
Tensions entre besoin spirituel et accompagnement pastoral des malades : Enjeux et perspectives

Mémoire réalisé par

Rodolph SOMA AKUENIBA

Promoteur

Pr. Arnaud JOIN-LAMBERT

Lecteurs

Pr. Marcela LOBO BUSTAMANTE

Pr. Geert VAN OYEN

Année académique 2025-2026

Master en Théologie, à finalité approfondie

DÉDICACE

À tous les professionnels de la santé, pour votre engagement et votre sensibilité aux soins de vos patients ;

À tous les malades du monde entier qui font l'expérience de la souffrance et de la vulnérabilité de l'être humain ;

À toutes les personnes qui nous sont chères ;

Je dédie ce mémoire.

REMERCIEMENTS

À l'issue de ce travail, qui marque la clôture de cette aventure académique en Master en Théologie et Étude des Religions à l'Université catholique de Louvain, je rends grâce à l'Éternel pour ses bienfaits accordés à ma modeste personne. Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à Son Éminence le cardinal Fridolin Ambongo Besungu qui m'a permis de poursuivre et d'approfondir mes études en théologie pratique en Belgique. Mes remerciements s'adressent également aux évêques auxiliaires, Messieurs Charles Ndaka, Édouard Isango Komi et Édouard Tsimba, pour leur sollicitude paternelle.

J'adresse aussi ma reconnaissance aux évêques de Namur (Belgique), Mgr Pierre Warin (émérite) et Mgr Fabien Lesjeune, ainsi qu'au vicaire général, le chanoine Joël Rochette, pour leur bienveillant accueil et pour la confiance avec laquelle ils m'ont intégré dans la pastorale diocésaine.

J'exprime ma profonde gratitude au professeur Arnaud Join-Lambert qui a accepté de m'accompagner avec disponibilité et bienveillance tout au long de la rédaction de ce mémoire de Master, malgré ses nombreuses responsabilités. Ses observations rigoureuses et pertinentes, portées par une grande rigueur scientifique et intellectuelle, ont considérablement enrichi ce travail tant sur le plan du fond que de la forme. Mes remerciements s'adressent également à la professeure Marcela Lobo Bustamante et au professeur Geert Van Oyen, qui ont accepté de faire partie du jury de lecture et de soutenance de ce mémoire. Je remercie enfin l'ensemble des enseignants de la faculté de Théologie et Études des Religions de l'UCLouvain, ainsi que tout le personnel administratif, pour la qualité de leur accompagnement.

À vous, chanoine Freddy Mulopo, abbés Christophe Bikuika, Raphaël Kwasi, Éric Monyene, Darcy Kakese, Ernest Nkandu, Amand Malundu, Rémy Luzolo, Godefroid Miandambu ; pères (Fidèle Delingi, André Bakampaka, Jean-Pierre Lakika) ; Joseph et Alexandra Bacq ; aux équipes d'aumônerie des hôpitaux Sainte-Élisabeth, Saint-Luc et CHRSM ; ainsi qu'à tous les fidèles du Secteur pastoral de Saint-Servais, en particulier ceux de la paroisse Sainte-Croix, je vous exprime ma reconnaissance fraternelle pour votre soutien constant et votre accompagnement.

Enfin, j'adresse mes sincères remerciements à tous les collègues étudiants et étudiantes, amis de cette aventure académique, avec lesquels j'ai pu tisser des liens fraternels. Je n'oublie pas tous les miens, qui continuent et continueront à m'accompagner par leurs soutiens spirituels, moraux et matériels.

Rodolph SOMA AKUENIBA.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

- C.E.C : Catéchisme de l'Église catholique
- CEPL : Centre d'Étude et de Promotion de la Lecture
- Cf. : Confer
- CHRSM : Centre Hospitalier Régional Sambre et Meuse
- CHU UCL : Centre Hospitalier Universitaire affilié à l'Université catholique de Louvain
- CHUV : Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
- CNRS : Centre national de la recherche scientifique
- Col. : Collection
- Const. dogm. : Constitution dogmatique
- Const. past. : Constitution pastorale
- Dir. : Directeur
- Dr. : Docteur
- (éd.) : Sous la direction
- Éd. ou éd. : Édition (s)
- Exhort. apost. : Exhortation apostolique
- GHdC : Grand Hôpital de Charleroi
- G.S : Gaudium et Spes
- I.A : Intelligence artificielle
- Ibid. : Même ouvrage et à la même page ou même ouvrage, mais à une page différente
- Lettre apost. : Lettre apostolique
- Lettre encycl. : Lettre encyclique
- Mgr : Monseigneur
- (n°) : Numéro
- O.M.S : Organisation mondiale de la Santé
- PUF : Presses Universitaires de France
- PUL : Presses universitaires de Louvain
- PUS : Presses Universitaires de Strasbourg
- RESSPIR : Réseau Santé, Soins et Spiritualités
- RTL : Revue Théologique de Louvain
- UCAO : Université Catholique de l'Afrique de l'Ouest
- UCL ou UCLouvain : Université catholique de Louvain

INTRODUCTION GÉNÉRALE

0.1. Problématique

La maladie constitue l'une des expériences les plus profondes de vulnérabilité humaine. Elle ne touche pas uniquement le corps, mais affecte également les dimensions psychologique, sociale, relationnelle et spirituelle de la personne. Face à cette réalité, le malade se trouve souvent confronté à des interrogations fondamentales sur le sens de son existence, de la souffrance, de la mort, de l'espérance et de la présence de Dieu. Ces questionnements révèlent des besoins spirituels qui dépassent largement les seules réponses biomédicales.

Dans le même temps, les sociétés contemporaines connaissent une profonde mutation culturelle caractérisée par la sécularisation, le pluralisme religieux, l'individualisation des croyances et la diversification des parcours spirituels. Dans ce contexte, les institutions ecclésiales ne constituent plus l'unique référence dans l'accompagnement des personnes souffrantes. Cette situation crée une crise qui affecte aussi les pratiques religieuses. Jean-Louis Schlegel a démontré comment l'Église, en s'excluant de la culture contemporaine, « organise son suicide »¹. Les hôpitaux font désormais appel à des équipes interdisciplinaires où interviennent médecins, psychologues, assistants sociaux, accompagnateurs spirituels, accompagnatrices spirituelles, aumôniers et aumônières, chacun apportant une contribution spécifique au bien-être des personnes malades.

Cette évolution soulève une interrogation fondamentale pour la théologie pratique, à savoir : Comment l'accompagnement pastoral institutionnel répond-il aux besoins spirituels diversifiés des patients dans un contexte sécularisé ?

Cette recherche repose sur les hypothèses suivantes : la première hypothèse considère que l'accompagnement pastoral institutionnel actuel répond aux besoins spirituels diversifiés des patients dans un contexte sécularisé. La deuxième hypothèse affirme qu'il y a une tension interne dans l'Église entre une vision traditionnelle (centrée sur les sacrements) et une vision renouvelée (centrée sur l'écoute) alliant l'accompagnement pastoral et les besoins spirituels des malades dans un contexte sécularisé. La dernière hypothèse soutient qu'il existe une tension entre l'autonomie des malades et les normes religieuses.

¹ Cf. D. HERVIEU-LÉGER, J.-L. SCHLEGEL, *Vers l'implosion ? Entretiens sur le présent et l'avenir du catholicisme*, Paris, Seuil, 2022, p. 67-69.

0.2. État actuel de la question

Depuis plusieurs décennies, la question de la spiritualité dans les soins fait l'objet d'un intérêt croissant aussi bien dans les sciences médicales que dans les sciences humaines et la théologie pratique. Les recherches contemporaines reconnaissent désormais que la qualité des soins ne dépend pas uniquement des traitements médicaux, mais également de la prise en compte de la dimension spirituelle de la personne.

En effet, c'est à partir du milieu du XX^e siècle que la question des besoins spirituels et de l'accompagnement pastoral des personnes malades a suscité un intérêt croissant, notamment dans le contexte des sociétés plurielles. La modernité, en mettant l'accent sur la liberté individuelle, a révélé certains signes de la crise que traverse l'Église, spécialement dans ses pratiques d'accompagnement au sein des institutions hospitalières. Les travaux de Dominique Jacquemin ont largement contribué à démontrer que les besoins spirituels constituent une dimension fondamentale de l'expérience humaine et qu'ils ne peuvent être réduits à la seule pratique religieuse. Stéphanie Monod-Zorzi, de son côté, propose une approche bio-psycho-sociale et spirituelle intégrée qui invite les professionnels de santé à considérer le patient et la patiente dans toutes les dimensions de son existence. Cosette Odier souligne, quant à elle, l'importance de l'interprofessionnalité et du dialogue entre les différents intervenants dans l'accompagnement des patients et des patientes.

Tout en considérant les approches des auteurs et autrices cités ci-haut, notre approche de la problématique se veut théologique en intégrant les apports sociologiques et anthropologiques. Nous sommes convaincus que, malgré le contexte sécularisé et pluriel, la dimension spirituelle de l'être humain reste aussi fondamentale que les autres dimensions. Notre effort sera ici de trouver les voies et moyens pour concilier le besoin spirituel d'une personne malade avec l'approche de l'accompagnement pastoral des malades basée sur l'autonomie et la dignité des malades, tout en tenant compte également de la multiculturalité et de la multiconfessionnalité.

Dans les sociétés pluralistes contemporaines, la spiritualité constitue une ressource essentielle pour soutenir les personnes malades en favorisant leur résilience et leur qualité de vie. L'accompagnement pastoral répond à cette dimension fondamentale de la personne en offrant un soutien spirituel et existentiel. Les expériences du réseau Resspir ainsi que les approches du spiritual care et du pastoral care en confirment la pertinence. Dès lors, la pastorale de la santé est appelée à renouveler ses pratiques afin de répondre aux besoins spirituels des malades, conformément à l'appel du concile Vatican II (*Gaudium et Spes*, § 4).

0.3. Limites et difficultés

L'étude sur l'accompagnement pastoral des malades exige une compréhension des réalités du domaine de la santé. La principale limite de cette recherche réside dans notre absence d'expérience comme aumônier en milieu hospitalier, ce qui nous conduit à nous appuyer sur les témoignages de personnes ressources et sur la littérature scientifique. La clarification des concepts, présentée dans le premier chapitre, vise à mieux circonscrire notre objet d'étude. Enfin, l'accès limité à certaines publications rédigées en anglais et en néerlandais constitue une difficulté supplémentaire pour cette recherche.

0.4. Méthode et division du travail

Afin d'atteindre les objectifs de cette recherche, deux méthodes principales seront utilisées. Il s'agit de l'analyse et de la critique. L'analyse documentaire permettra d'examiner les données, d'identifier les principaux enjeux et de mieux comprendre les composantes de la problématique, tandis que la démarche critique, appuyée sur les travaux de plusieurs auteurs et autrices, favorisera une évaluation rigoureuse des résultats et des arguments. Cette approche sera complétée par des entretiens menés auprès des équipes d'aumônerie de trois hôpitaux de Namur afin d'examiner leurs pratiques face aux besoins spirituels des malades dans un contexte pluriconfessionnel. Les données recueillies contribueront à proposer des pistes de renouvellement de la pastorale de la santé. Enfin, cette recherche s'appuie sur l'Écriture Sainte, le Magistère de l'Église, ainsi que sur les travaux de théologiens, de théologiennes, de philosophes, en particulier ceux de Paul Ricoeur, Emmanuel Levinas et Emmanuel Kant, ainsi que sur des approches interdisciplinaires. L'intelligence artificielle a également été utilisée comme outil d'assistance pour la relecture et l'amélioration formelle du manuscrit.

Voici les trois chapitres qui constitueront la charpente de notre travail :

1. Cadre conceptuel des notions de besoin spirituel et d'accompagnement pastoral
2. Apports christologiques et ecclésiologiques sur la tension entre besoin spirituel et accompagnement pastoral des malades
3. Enjeux et défis de la pastorale de la santé aujourd'hui.

Chapitre I : Cadre conceptuel des notions de besoin spirituel et d'accompagnement pastoral

Ce premier chapitre de notre dissertation théologique apporte un éclairage sur les concepts clés qui vont encadrer notre réflexion sur la tension entre le besoin spirituel et l'accompagnement pastoral. Nous avons fait le choix d'une analyse de différentes polarités pour mieux faire ressortir cette tension dialectique. Cette méthode des polarités nous permet d'organiser notre réflexion tout en intégrant l'expérience existentielle dans la réflexion théologique. Marc Dumas affirme que

« pour Tillich, cette ancienne méthode lui apparaît comme le chemin le meilleur pour faire théologie, c'est-à-dire pour articuler son travail théologique de médiation qu'il saisit essentiellement comme un va-et-vient entre la vérité éternelle du message chrétien et la situation temporelle dans laquelle cette vérité doit être reçue² ».

Cet exercice théologique autour des différentes polarités articule mieux les concepts clés tout en évitant de les opposer. Les polarités nous offrent une vision holistique des réalités d'une tension théologique profonde. Cette vision holistique de la personne nous permet de comprendre l'agir humain dans sa dimension psychologique. Le dialogue permanent entre la psychologie clinique et le besoin spirituel dans le contexte de l'accompagnement pastoral est important à saisir dans ce premier chapitre avant d'aller plus loin.

L'intérêt de la psychologie clinique dans notre cadre conceptuel est à placer dans le vécu existentiel des malades. En effet, elle facilite la connexion entre les concepts abstraits (fragilité, résilience, liberté, altérité, etc.) et la matérialisation concrète dans le vécu de l'être humain. Elle vient donc démystifier ces notions en exposant les mécanismes concrets (déné, transfert, sublimation) par lesquels le besoin spirituel se manifeste dans et par la souffrance. Cet exercice nous empêche donc de faire une théologie désincarnée des réalités humaines.

Dans ce contexte, nous pouvons affirmer que l'accompagnement spirituel ou pastoral des malades appelle impérativement à une herméneutique incarnée. C'est justement là que la psychologie clinique se présente comme un prisme révélateur. Ainsi, l'illustration des concepts hautement théologiques vient révéler ce que nous pouvons appeler ici une grâce conflictuelle. Il s'agit en effet d'une liberté qui se teste dans l'angoisse, mais également d'une altérité qui s'éprouve dans la solitude et d'une résilience qui se mesure dans la répétition des échecs.

Autrement dit, la psychologie clinique tente d'examiner de quelle manière toutes ces notions abstraites apparaissent dans la trajectoire existentielle de la personne. Elle veille non seulement au

² M. DUMAS, « Corrélation – Tillich et Schillebeeckx », dans *Précis de théologie pratique* (Théologies pratiques), Montréal-Namur, Novalis-Lumen vitae, 2017, p. 73, 2^e édition augmentée.

réalisme du discours philosophico-théologique dans l'existence humaine, mais elle dévoile également la complexité dans tous ces concepts. L'exemple le plus concret est celui de l'expérience de la souffrance psychique d'un être humain. Car, devant cette réalité de la souffrance, la psychologie clinique peut fournir une herméneutique diversifiée qui alimente la réflexion philosophico-théologique pour éviter une théologie désincarnée du vécu humain. C'est dans cette perspective que Jean-Baptiste Lecuit aborde la question. Il trouve que toutes ces notions évoquées ci-haut jouent un rôle central dans l'existence humaine.

À ce propos, prenant appui sur la réflexion d'Antoine Vergote, Jean-Baptiste Lecuit touche le point de liaison entre la psychologie et la théologie. Voilà pourquoi il note qu'on ne peut concevoir l'anthropologie théologique sans mentionner la discipline psychanalytique. Sa réflexion prouve la possibilité que l'intelligence de la foi soit éclairée et éprouvée par l'expérience et les théories analytiques. Cela constitue « un modèle d'articulation entre psychanalyse et théologie, sans réductionnisme ni dualisme, sans psychologisme ni spiritualisme »³.

Cette interdisciplinarité nous écarte de deux écueils, à savoir : le spiritualisme (qui ignore la médiation du corps et de l'histoire) et le psychologisme (qui naturalise la transcendance). Dans ce cadre, le besoin spirituel est pensé avant tout comme désir et non comme un manque à combler. Il s'articule comme une blessure ouverte où Dieu se donne à reconnaître. Ainsi, l'accompagnement se transforme en dialogue entre la parole analytique (qui nomme la souffrance) et la parole théologique (qui en assume l'espérance). Cela met en évidence la complémentarité de l'interdisciplinarité scientifique.

D'ailleurs, les polarités, avec leur fonction herméneutique et thérapeutique, nous servent de grilles de lecture dynamiques pour révéler les tensions intrapsychiques et existentielles entre le besoin spirituel et l'accompagnement pastoral. La psychologie clinique examine les effets de ces tensions dans l'existence réelle d'un individu afin de déceler certains éléments déclencheurs de dysfonctionnement. Ce dysfonctionnement crée un déséquilibre psychique dans le parcours de l'individu. En ce sens, la psychologie clinique devient une démarche qui se fonde, à la fois, sur l'observation des effets concrets et sur l'explication fournie par ces observations. À cet égard, Lydia Fernandez et Jean-Louis Pedinielli attestent que

« la psychologie clinique désigne à la fois un domaine (celui de la psychopathologie) et une méthode (clinique) qui s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapeutique, une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu⁴ ».

³ J.-B. LECUIT, *L'anthropologie théologique à la lumière de la psychanalyse. La contribution majeure d'Antoine Vergote* (Cogitatio fidei), Paris, Cerf, 2007, 4^{ème} de couverture.

⁴ L. FERNANDEZ, Jean-Louis PEDINIELLI, « La recherche en psychologie clinique », dans *Recherche en soins infirmiers*, 84, 1, 2006, p. 41, en ligne : <https://stm.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-1-page-41?lang=fr> (consulté le 07 avril 2026).

Cette démarche privilégie donc une herméneutique symbolique par laquelle les polarités sont lues comme des langages de l'expérience spirituelle, où les patients se découvrent à la fois blessés et appelés à se reconstruire. Cette façon d'aborder cette problématique nous soustrait au dogmatisme aveugle. L'anthropologie théologique est aussi utilisée ici comme un outil de décryptage des signes des temps psychiques, où la grâce opère dans les interstices des contradictions humaines. Cette perspective ouvre à la guérison spirituelle en passant par une réconciliation avec les polarités constitutives de l'existence, réconciliation toujours inachevée et ouverte à la transcendance.

C'est dans un tel contexte que la psychologie clinique trouve sa place dans l'articulation du cadre conceptuel de l'ensemble de notre réflexion, dans la mesure où elle interprète les tensions psychiques comme des lieux où se révèle la quête de sens sans réduire cette dernière à une explication psychologique. Elle établit un équilibre entre les concepts abstraits et la réalité existentielle. Voilà l'intérêt fondamental d'intégrer cette discipline de la psychologie clinique dans le cadre conceptuel de ce travail qui orientera toute notre réflexion théologique sur les tensions entre le besoin spirituel et l'accompagnement pastoral.

Deux sections orientent notre réflexion, à savoir : « Éclairage sur les concepts importants » et « notion de psychologie clinique ». Nous terminerons ce chapitre par une conclusion partielle.

1.1. Éclairage sur les concepts importants

Au regard de la complexité de notre sujet d'étude et de sa diversité sémantique, nous avons retenu deux principales polarités : « Fragilité – résilience » et « liberté humaine – cadre institutionnel. » Ces principales polarités expriment l'essentiel de la tension entre le besoin spirituel et l'accompagnement pastoral. Elles regroupent différentes sous-polarités qui donnent davantage de lumière sur cette tension. Signalons que l'aspect de l'accompagnement pastoral fera particulièrement l'objet de notre troisième chapitre.

1.1.1. Polarité : « Fragilité – Résilience »

La nature humaine est intrinsèquement marquée par une dualité entre la fragilité (maladie, vieillissement, traumatismes, etc.) et la résilience comprise comme une capacité à surmonter les épreuves et à se reconstruire. Ce processus, soutenu par l'environnement, permet de transformer la vulnérabilité en force et en apprentissage. Bernard Michallet atteste que « [...] la résilience amène à dépasser ce côté sombre de l'événement en offrant la possibilité d'envisager celui-ci, et la vie elle-même sous le sceau de

ce traumatisme, comme une occasion d'apprentissage, de dépassement de soi, de création, parfois même de bonheur⁵ ».

Cette première polarité est soutenue par plusieurs sous-polarités, à savoir : besoin – désir, maladie – vulnérabilité et douleur – souffrance.

1.1.1.1. *Besoin-Désir*

Cette sous-polarité « besoin-désir » désigne une tension constitutive de l'être humain. Nous sommes traversés à la fois par des besoins fondamentaux (manque, vulnérabilité, recherche de sécurité) et par des désirs (élan, aspiration, quête de sens). Dans le cadre d'une tension entre besoin spirituel et accompagnement pastoral, ce pôle devient particulièrement éclairant.

En effet, le concept de « besoin » renvoie à une nécessité fondamentale, naturelle et commune à tous. Le besoin peut être satisfait et demeure limité et son absence met en péril l'équilibre ou la survie. Il est un

« état psychologique ou psychophysique d'une personne qui ressent un manque. Le besoin agit comme un signal d'alarme et conduit l'individu à accomplir l'action nécessaire pour combler cette carence et le satisfaire. L'être vivant est en effet un organisme actif dont l'équilibre précaire nécessite des réajustements perpétuels⁶ ».

On y distingue souvent des besoins physiologiques (respirer, boire, manger, dormir) et des besoins psycho-sociaux (sécurité, affection, reconnaissance, accomplissement)⁷.

Virginia Henderson donne une nouvelle orientation à la théorie des besoins dans le monde médical. Elle propose une théorie des besoins qui recense quatorze besoins fondamentaux de l'être humain, à savoir :

« Respirer, boire et manger, éliminer, se mouvoir et maintenir une bonne posture, dormir et se reposer, se vêtir et se dévêtir, maintenir la température du corps dans les limites de la normale, être propre et soigné et protéger ses téguments, éviter les dangers, communiquer avec ses semblables, agir selon les croyances et ses valeurs, s'occuper en vue de se réaliser, se récréer, apprendre⁸ ».

Cette théorie de Virginia Henderson retrace les besoins fondamentaux universels de l'être humain en ouvrant d'autres pistes de réflexion intéressantes dans certaines disciplines scientifiques, notamment dans les sciences humaines.

⁵ Cf. B. MICHALLET, « Résilience : perspective historique, défis théoriques et enjeux cliniques », dans *Frontières*, 22, 1-2, 2009, p. 17, en ligne : <https://www.erudit.org/fr/revues/fr/2009-v22-n1-2-fr3943/045021ar.pdf> (consulté, le 27 mars 2026).

⁶ N. SILLAMY, « Besoin », dans *Dictionnaire encyclopédique de psychologie*, Paris, Bordas, 1980, p. 153.

⁷ Cf. G. NAMOURIC, *Besoins et motivations : une nouvelle pyramide de MASLOW ?*, en ligne : <https://www.revuegestion.ca/besoins-et-motivations-une-nouvelle-pyramide-de-maslow> (consulté le 17 février 2026).

⁸ D. JACQUEMIN, *Besoins spirituels. Soins, désir, responsabilités*, (Col. Soins et Spiritualités, 7), Namur, Lumen vitae, 2016, p. 38 (Note en bas de page).

Au-delà des approches psychologiques, la question des besoins fondamentaux de l'être humain nous aide à cerner ce qui est indispensable au bien-être d'une personne, surtout lorsque cette dernière est fragilisée par la maladie. Dans le domaine de la santé, la théorie de Virginia Henderson a également identifié un besoin lié à la vie intérieure. Il s'agit d'un besoin spirituel qui se comprend comme « le besoin de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances en intégrant les événements historiques de son existence qui donnent sens à sa vie et s'ouvrent aussi à la transcendance⁹ ».

En intégrant cette dimension spirituelle dans la liste des besoins de base, l'auteure montre que l'être humain a fondamentalement besoin de cohérence avec ses croyances et ses valeurs pour s'épanouir, en particulier face à l'adversité. Selon Gwennola Rimbault, citée par Dominique Jacquemin, la dimension spirituelle parcourt toute l'échelle de l'existence humaine dans la mesure où chaque besoin vital présente, d'une manière ou d'une autre, cet aspect de la spiritualité. D'où l'affirmation suivante : « le spirituel marque donc tout l'homme »¹⁰. Ainsi, ce besoin spirituel ne serait pas comblé comme les autres besoins vitaux, mais il interviendrait dans la démarche permettant le désir de garder sa lueur vive afin de s'épanouir¹¹.

Dans la pratique des soins contemporains, on insiste de plus en plus sur la prise en compte de cette dimension spirituelle. Une approche holistique des personnes souffrantes ne s'arrête pas aux symptômes physiques ni même au psychisme, mais englobe la totalité de la personne.

Il convient, finalement, de souligner que les besoins spirituels d'un être humain sont étroitement liés à d'autres besoins humains fondamentaux, tels que le besoin d'être aimé et compris. Une personne gravement malade a plus que jamais besoin de se sentir comprise par les personnes qui la soignent et **soutenue** par ses proches. Prendre soin d'une personne malade dans sa globalité implique de veiller à ses besoins corporels (soulager la douleur, traiter la maladie), à ses besoins psychologiques (l'écouter, la rassurer, traiter éventuellement la dépression ou l'anxiété) et à ses besoins spirituels (l'aider à trouver du sens, à conserver l'espoir, à se sentir en paix). Ces dimensions sont interconnectées dans l'expérience vécue des personnes malades.

Par ailleurs, le « désir » est un sentiment inné de tout être humain vivant qui le pousse vers des aspirations matérielles ou immatérielles. À cet effet, Michel Cresta note que « le désir compose de

⁹ J. HUBERT, *Soins infirmiers – Virginia Henderson et sa conception de la profession*, en ligne : <https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/soins-infirmiers-virginia-henderson-et-sa-conception-de-la-profession> (consulté le 07 janvier 2026).

¹⁰ Cf. G. RIMBAULT, *Soutenir une démarche spirituelle en milieu hospitalier ...*, cité par D. JACQUEMIN, *Besoins spirituels. Soins, désir, responsabilités*, p. 21.

¹¹ Cf. B. MARCHAND, *L'accompagnement spirituel dans l'action sociale...*, cité par D. JACQUEMIN, *Besoins spirituels. Soins, désir, responsabilités*, p. 21.

l'intime, du plus vif en nous. Cette part de l'humain, radicale, violente, parfois encombrante et souvent secrète, donne son tempo et son sens à l'existence¹² ».

En philosophie, le désir est défini comme une tension née d'un sentiment de manque, qui pousse l'être humain à rechercher un objet imaginé, une personne ou un idéal pour combler un vide. Il souligne clairement l'aspect du manque de ce qui est perçu comme agréable ou satisfaisant¹³. Il est subjectif, culturel, souvent illimité et lié au plaisir et à l'imaginaire. Par exemple, manger est un besoin de survie, tandis que goûter un plat raffiné relève du désir de plaisir.

Ce concept « désir » est utilisé non seulement en philosophie, mais également en psychanalyse et en psychologie. En effet, il désigne « à la fois la tendance, le souhait, le besoin, la convoitise, l'appétit, c'est-à-dire toute forme de mouvement en direction d'un objet dont l'âme et le corps subissent l'attrait spirituel ou sexuel¹⁴ ». Le désir est ambivalent. S'il demeure une force vitale motrice et créatrice, il est aussi une source de souffrance et d'aliénation si la raison ne le régule pas. Maîtriser ses désirs ou les assumer comme moteur d'existence reste un débat éthique central.

Dans le cadre de l'accompagnement pastoral, le désir est un élan, une tension vivante qui pousse à chercher un accompagnement pour un besoin profond de sens et de relation avec le divin (besoin spirituel). C'est un moteur qui pousse à dépasser une foi routinière pour chercher une rencontre personnelle avec Dieu.

Au regard de ce qui vient d'être évoqué, posons-nous la question de savoir quelle distinction existe entre le désir et le besoin. Existe-t-il une nette frontière entre les deux ? Dans quel sens les deux s'articulent-ils mutuellement ?

Le « désir » et le « besoin » diffèrent principalement par leur caractère indispensable. Nous reconnaissons que le besoin et le désir sont des moteurs existentiels inscrits au plus profond de l'être humain depuis sa création pour l'orienter vers sa plénitude. Le besoin peut assurer la survie (nécessité physique) tandis que le désir, inhérent à la nature humaine, l'appelle au dépassement et à l'union avec le divin¹⁵. Le désir et le besoin restent des réalités psychologiques essentiellement qualitatives. Ils sont également des réalités spécifiques, et donc distinctes.

Un besoin vital, par exemple, manger, dormir, se soigner, etc., donne sens à l'existence d'un être humain, tandis qu'un désir n'est pas vital et relève d'aspirations supplémentaires (plaisir, réussite sociale, accomplissement). Cela peut être schématisé ainsi : les besoins structurent les motivations de survie et

¹² M. CRESTA, « Désir », dans *Dictionnaire encyclopédique d'éthique chrétienne*, Paris, Cerf, 2013, p. 571.

¹³ Cf. J. JOSSET, *Le Désir - Définition*, dans *La-Philo*, 2018, en ligne : <https://la-philosophie.com/desir-definition> (consulté le 17 février 2026).

¹⁴ E. ROUDINESCO, M. PLON, « Désir », dans *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Fayard, 1997, p. 213.

¹⁵ Cf. C. GEFFRE, « L'approche de Dieu par l'homme d'aujourd'hui », dans *Revue des Sciences Religieuses*, 68,4, 1994, p. 504.

de stabilité, tandis que les désirs concernent l'épanouissement et la réalisation personnelle au-delà du strict nécessaire. Cette distinction reste cependant nuancée : un même élément du repas peut être vécu comme un besoin quand il s'agit de ne pas mourir de faim, et comme un désir quand il s'agit d'un choix gastronomique. Dominique Jacquemin pense plutôt que « le besoin pouvant être comblé et s'éteindre avec la satisfaction du besoin, le désir, au contraire, ne cesse de se creuser lorsqu'on cherche à le satisfaire¹⁶ ».

1.1.1.2. *Maladie – Vulnérabilité*

La maladie et la vulnérabilité constituent des composantes de la condition humaine finie, souvent vécue dans la tension entre la souffrance et la recherche de sens. Les deux concepts de cette polarité restent très proches et liés.

En effet, la maladie est une « altération plus ou moins profonde et durable de la santé ; état d'une personne malade [...] atteinte d'un ou de plusieurs organes, de leurs fonctions, qui se traduit par divers signes et symptômes [...] Ce qui trouble l'état, le fonctionnement de quelque chose ; perturbation, altération¹⁷ ». Elodie Giroux affirme qu'« il ne semble exister aucune définition unique et générale de la maladie ou de la santé. Les définitions ne cessent d'évoluer en fonction des cultures, des époques, des savoirs¹⁸ ». Elle est un état pathologique de l'organisme humain qui se manifeste par des signes inhabituels dans le corps d'un être humain qui perturbe son fonctionnement normal. Pour Claire Marin, la maladie « est rupture, fracture dans la continuité de l'expérience, mais aussi violente perturbation, brouillage de la représentation du monde et de soi, perte de repères¹⁹ ».

En face de la maladie, chaque patient réagit de manière différente. Cette singularité de la personne malade est absolument importante à prendre en compte par le personnel médical et l'accompagnateur pastoral. La maladie rend vulnérable en créant de diverses formes de fragilité chez l'être humain, exposant l'individu à des risques accrus, une perte d'autonomie et des difficultés à se protéger²⁰. Elle ébranle l'identité, restreint les projets, génère souvent une détresse psychique et peut causer une précarité financière, notamment pour les maladies chroniques.

¹⁶ D. JACQUEMIN, *Besoins spirituels. Soins, désir, responsabilités*, p. 14.

¹⁷ DICTIONNAIRE DE L'ACADÉMIQUE FRANÇAISE (9^{ème} édition/actuelle), *Maladie*, en ligne : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9M0285> (consulté le 28 mars 2026).

¹⁸ E. GIROUX, « Qu'est-ce qu'une maladie ? », dans *La Santé. Un enjeu de société* (Synthèse/Résumé), Éd. Sciences Humaines, 2021, p. 13, en ligne : <https://shs.cairn.info/sante--9782361066390-page-13?lang=fr> (consulté le 02 mars 2026).

¹⁹ C. MARIN, *La maladie, catastrophe intime*, Paris, PUF, 2014, p. 6.

²⁰ Cf. F. ARMI, E. GUILLEY, « La fragilité dans le grand âge. Définition et impact sur les échanges de services », dans *Gérontologie et société* (Fondation nationale de Gérontologie), 27, 109, 2, 2004, p. 49, en ligne : https://shs.cairn.info/article/GS_109_0047?tab=texte-integral (consulté le 27 février 2026).

Quant à la « vulnérabilité », elle est la condition ontologique d'un individu exposé à des risques ou à des blessures, et dont la capacité de protection est limitée. Une personne vulnérable est plus susceptible d'être touchée négativement par un événement (physique, émotionnel, économique, social) qu'une personne moins vulnérable. Sur le plan médical, cela désigne par exemple un patient âgé ou une patiente âgée, gravement malade en situation de handicap ou très affaiblie qui nécessite des précautions et des soins renforcés. Maxime Allard conçoit la vulnérabilité comme étant

« [...] une modalité de l'existence humaine, une conséquence de sa porosité à l'entourage, de sa vitalité, de sa sensibilité, de sa sociabilité, de son être politique et « religieux ». Elle se manifeste comme passions tristes (aversions, désespoirs, anxiétés) sur un horizon d'insécurité et de mort, à cause de violences craintes ou criantes, à cause de la reconnaissance de la présence d'abominations réelles ou imaginaires²¹ ».

En outre, l'altération de notre environnement (catastrophes, crises) peut aussi créer de la vulnérabilité collective. Appuyant sa réflexion sur Robert Goodin, Dany Rondeau note que la vulnérabilité engendre une obligation morale, ainsi qu'une responsabilité individuelle et collective avec la participation active de l'État²².

Dans ce contexte, la maladie fragilise, créant ainsi une cassure intérieure et rappelle constamment à l'homme sa vulnérabilité. Cette polarité « maladie – vulnérabilité » appelle à une attention morale accrue. Elle souligne le besoin de soutien aux plus fragiles et la responsabilité de plus forts à l'égard de plus de faibles, soit de la société d'assurer la sécurité et la dignité de tous.

1.1.1.3. *Souffrance – Douleur*

Cette polarité « souffrance-douleur » affecte profondément l'être humain. La souffrance et la douleur sont intimement liées. La douleur s'arrête au niveau de la sensation corporelle ou physiologique (par exemple : une fracture) et la souffrance va au-delà de cette sensation corporelle qui affecte la sensation émotionnelle et psychologique (par exemple : une angoisse). Ces deux notions sont très complexes. À ce propos, Dominique Jacquemin dit :

« [...] traiter de la douleur ne peut être dissocié de la problématique plus large de la souffrance puisque, au-delà de l'usage quasi équivalent qui est fait de ces deux termes dans le langage courant, le vécu de la douleur en son excès et son absence de traitement adéquat atteignent la totalité du sujet humain²³ ».

En effet, la « souffrance » désigne l'état de douleur ou de détresse intense que peut éprouver une personne. Elle peut être physique (douleur due à une maladie, une blessure) ou psychique (angoisse, chagrin, sentiment d'humiliation ou de désespoir). On distingue souvent la douleur (la sensation

²¹ M. ALLARD, « Vulnérabilité », dans *Dictionnaire encyclopédique d'éthique chrétienne*, p. 2153.

²² Cf. D. RONDEAU, « La vulnérabilité engendre-t-elle une obligation morale ? », dans *Revue des Sciences Religieuses*, 93, 1-2, 2019, p. 22-23.

²³ D. JACQUEMIN, « Douleur/souffrance », dans *Dictionnaire encyclopédique d'éthique chrétienne*, p. 640-641.

sensorielle) de la souffrance, qui englobe le retentissement émotionnel et existentiel de cette douleur. Jean-Michel Longneaux affirme que sous le choc, l'existence de l'être humain malade peut s'arrêter sur ce mot assassin : « cancer »²⁴.

Par ailleurs, en médecine et en psychothérapie, soulager la souffrance est un objectif central (soulagement de la douleur, accompagnement psychologique). La souffrance a une dimension subjective et personnelle. Ce qui fait souffrir l'un ne fait pas souffrir l'autre de la même façon. Certains philosophes, comme Albert Camus, ont vu dans la souffrance une composante inévitable de la condition humaine, mais aussi une source potentielle de sens ou de solidarité. Il faut nuancer que des souffrances ont pu mener, pour certaines personnes, à une croissance morale ou à un sentiment de sens retrouvé (résilience). Dans tous les cas, la reconnaissance de la souffrance d'autrui engage une réponse éthique (compassion, assistance, respect des malades), puisque « [...] nous ne pouvons pas évoquer la souffrance ou le mal, sans parler de l'insurmontable altérité de l'autre qui, si elle appelle la réciprocité et la solidarité, renvoie irrémédiablement chacun à sa responsabilité en tant que personne, etc.²⁵ ».

La souffrance humaine s'inscrit dans la grande question existentielle de la quête du sens de l'être humain. Cette question reste une énigme pour l'être humain. Dans son article « douleur/souffrance », Dominique Jacquemin reconnaît clairement la complexité de ces phénomènes douloureux qui supposent l'implication d'une diversité de mécanismes physiologiques et biochimiques sans qu'on puisse toujours en rendre compte²⁶. La question de la souffrance est aussi liée à la question du mal. La perturbation qu'apporte la souffrance ou le mal s'oppose au destin et au bonheur de l'être humain.

À travers la collection *Dieu pour penser*, Adolphe Gesché nous a éclairés sur l'homme et son énigme. Il affirme que le mystère de l'être humain en quête de sens demeure exactement une énigme, malgré l'apport des sciences, particulièrement la théologie. Celles-ci sont incapables de la supprimer, car elle est au centre de l'existence humaine²⁷.

Aussi, la « douleur » demeure une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable qui affecte l'être humain et nécessite des soins valables et appropriés selon la réceptivité de chaque individu. Pour Jean-Marc Nores, « la douleur est une constante dans la condition humaine et sans elle le problème du mal serait bien pâle, sinon inexistant [...] la douleur est le signe d'une dégradation, d'une division du composé humain. L'unité est remise en question [...] la douleur est le signe de la finitude de l'homme²⁸ ». En effet, la douleur peut apparaître comme un phénomène mystérieux du fait qu'elle n'est pas tellement objective et reste parfois invisible, incommunicable. À travers l'expérience humaine de la

²⁴ Cf. J.-M. LONGNEAUX, *Finitude, solitude, incertitude. Philosophie du deuil*, Paris, PUF, 2020, p. 50.

²⁵ P. SABUY SABANGU, *Subjectivité et solidarité. L'être-personne en question*, Paris, L'Harmattan, 2023, p. 15.

²⁶ Cf. D. JACQUEMIN, « Douleur/souffrance », dans *Dictionnaire encyclopédique d'éthique chrétienne*, p. 640-641.

²⁷ Cf. A. GESCHÉ, *Dieu pour penser*, t. 1 : *L'homme*, Paris, Cerf, 1993, p. 19.

²⁸ J.-M. NORES, *La douleur et la condition humaine* (Thèse), Paris, Nanterre, 1987, en ligne : <https://theses.fr/1987PA100200> (consulté le 27 décembre 2025).

douleur, la raison humaine est quelquefois limitée pour l'exprimer et l'expliquer. C'est une réalité qui présente des contrastes. Et pourtant, une existence sans cette réalité de la douleur resterait imaginable et inconcevable. Elle s'explique de différentes manières, selon les réactions, et de compréhension selon chaque personne souffrante.

En commentant les écrits du philosophe Paul Ricoeur, Claire Marin et Nathalie Zaccai-Reyners communiquent la grande interrogation de ce philosophe sur l'expérience de la souffrance²⁹. Pour Ricoeur : « la souffrance n'est pas la douleur » et « la douleur n'est pas nécessairement la souffrance ». Ces considérations précisent une nette distinction entre la douleur et la souffrance. Pour lui, la douleur est une expérience singulière qui s'arrête au niveau de la sensibilité corporelle. Elle est plus subjective tandis que la souffrance transcende cette sensibilité corporelle et subjective pour atteindre la sensibilité de l'autre.

Dans sa description de l'agir-pâtir, Paul Ricoeur va plus loin en montrant que « la souffrance n'est pas uniquement définie par la douleur physique, ni même par la douleur mentale, mais par la diminution, voire la destruction de la capacité d'agir, du pouvoir-faire, ressentis comme une atteinte à l'intégrité du soi³⁰ ». Dans ce sens, la souffrance passe de la subjectivité pour s'ouvrir à l'intersubjectivité. La souffrance permet aux patients et aux patientes de se découvrir et de découvrir l'autre.

Résumons ici l'acquis de notre bref parcours. L'analyse de la première polarité « fragilité – résilience » a rappelé la vulnérabilité et la capacité intérieure de l'être humain à traverser les tensions « besoin-désir » ; « maladie-vulnérabilité » et « souffrance-douleur ». Cette polarité n'exclut pas le respect de la liberté humaine et de son cadre institutionnel. Ces derniers jouent un rôle important dans le processus thérapeutique des personnes prises en charge.

1.1.2. Polarité : « liberté humaine – cadre institutionnel »

Cette deuxième polarité principale met en valeur la liberté humaine et le cadre institutionnel. La quête personnelle de sens et les normes ecclésiales sont souvent en tension. Le besoin spirituel est lié à une recherche de paix ou d'identité. Il est ainsi soutenu par l'institution. Ce cadre est une force de socialisation³¹. Cette seconde polarité sera soutenue par deux sous-polarités, à savoir : « Autonomie – hétéronomie » et « altérité – responsabilité ».

²⁹ Cf. C. MARIN, N. ZACCAÏ-REYNEERS, *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricoeur*, Paris, PUF, 2013, 4^{ème} couverture.

³⁰ Cf. P. RICOEUR, *Soi-même comme un autre*, Paris, Éd. du Seuil, 1990, p. 223.

³¹ Cf. G. DEFOIS, « L'Église, acteur social », dans *L'Église : Institution et foi* (Théologie), Bruxelles, Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles, 2019, en ligne : <https://books.openedition.org/pu/sl/8837#:~:text=L%27Eglise%2C%20acteur%20social%20par,de%20socialisation%20et%20d%27intégration> (consulté le 08.02.2026).

1.1.2.1. Autonomie – Hétéronomie

Le concept « autonomie » peut être perçu comme la capacité d'une personne à se donner à elle-même ses propres règles et à agir selon sa volonté réfléchie, sans contrainte extérieure injustifiée. Abordant l'autonomie chez Kant, Julien Josset dit :

« l'autonomie, dans la philosophie morale d'Emmanuel Kant, est le fait de se donner à soi-même sa propre loi. L'autonomie s'oppose donc à l'hétéronomie, qui renvoie à une loi extérieure ou transcendante, et à l'anarchie qui caractérise le refus de toute loi [...]»³².

Ce sens moral de l'autonomie implique l'indépendance de pensée et de responsabilité : une personne autonome choisit ses actions en accord avec sa raison et ses valeurs. On distingue l'autonomie individuelle (liberté de choix personnel), l'autonomie morale (obéissance à la raison plutôt qu'à un désir passager) et même l'autonomie institutionnelle (un groupe ou une région qui se gère lui-même).

L'autonomie est étroitement liée à la responsabilité : un acte autonome signifie aussi qu'on en assume les conséquences. En santé, par exemple, le respect de l'autonomie des personnes souffrantes se traduit par le droit au consentement éclairé : les personnes malades décident librement de leur traitement après information. Plus largement, être autonome, c'est posséder le pouvoir (et le devoir) de choisir et de donner un sens à sa vie. Cet éclairage nous permet de comprendre que l'autonomie, la liberté et l'indépendance se distinguent mutuellement. Cette indépendance demeure l'exigence extérieure d'une liberté ne faisant aucune référence à une autorité. En plus, ces trois concepts peuvent également se rapprocher. Quelquefois, on pourrait penser être indépendant ou libre sans l'autonomie, vice-versa. On est toujours soumis aux contraintes, à la loi du vivre-ensemble.

En effet, le concept de l'autonomie est proche du concept de la « liberté ». Celle-ci peut être conçue comme l'état d'une personne qui n'est pas soumise à une contrainte arbitraire. C'est la faculté de penser et d'agir selon sa volonté, dans le respect des lois et des droits d'autrui. On distingue souvent la liberté négative (absence d'obstacle extérieur, de coercition) de la liberté positive (capacité réelle d'agir pour réaliser ses buts). Politiquement, la liberté inclut la liberté d'expression, d'association, de culte, etc., et signifie qu'on peut mener sa vie sans oppression (dans la limite où l'exercice des libertés de chaque personne ne nuit pas aux autres). Sur le plan personnel, c'est aussi la liberté de choisir son parcours de vie et sa conduite.

La liberté implique également des limites éthiques : par exemple, la maxime kantienne « agis de telle sorte que la liberté de chacun puisse coexister avec celle des autres » définit la frontière entre liberté personnelle et devoir moral. Jean-Paul Sartre conçoit la liberté comme une condition de l'existence

³² J. JOSSET, *L'autonomie chez Kant*, en ligne : <https://la-philosophie.com/kant-autonomie> (consulté le 08 janvier 2026).

humaine. En effet, « la liberté est une des conséquences de la responsabilité. Cela détermine un certain contenu de la responsabilité qu'il convient de mettre en relief : responsabilité envers autrui et responsabilité envers la nature³³ ». Au final, la liberté est indissociable de la responsabilité : elle exige de prendre en compte l'égalité des droits et l'impact de nos choix sur les autres, et se fonde sur l'idée qu'un individu est digne d'agir par lui-même. Ceci appelle à un véritable équilibre entre la liberté et la responsabilité. En ce sens, la foi, par exemple, repose sur la liberté personnelle, du fait qu'elle se propose, mais ne s'impose pas.

Vivant dans un contexte où l'individu est libre dans ses choix existentiels et de ses convictions, voire de ses convictions religieuses, il faut savoir que l'absolu de cette liberté est démystifié par l'altérité. Car, celle-ci délimite, dans certaines circonstances, la liberté qui se croit intouchable et infaillible. L'être humain reste toujours un être en connexion avec autrui. Jean-Michel Longneaux atteste que « l'être humain se constitue, jusque dans la conscience intime de soi, comme être de relation. Il est habité par les autres³⁴ ».

En revanche, l'« hétéronomie », tiré du grec « heteros » (autre) et « nomos » (loi), est l'action de la loi venant de l'extérieur qui influe sur l'agir de l'être humain. Par rapport à l'autonomie dont l'individu reste libre d'agir selon sa volonté et sa rationalité, l'hétéronomie impose une certaine ligne de conduite à suivre par l'individu. Dans une certaine mesure, il y a une certaine contrainte exigée à la personne humaine au sein de la communauté. En ce sens, parler de l'autonomie, de la liberté et de l'hétéronomie nous permet de faire aussi référence au concept de la « dépendance ».

En effet, la dépendance demeure la situation dans laquelle l'individu perd une certaine autonomie au détriment de l'autorité extérieure. Ceci peut être bien expliqué à travers l'insertion de l'individu au sein de la communauté où il est obligé d'entrer dans la marche de cette communauté sociétale avant de poser ses empreintes raisonnées et réfléchies. En d'autres termes, l'individu est d'abord pétri par la couleur de la communauté humaine dans laquelle il est inséré. Et cette communauté est liée à plusieurs réalités, telles que la tradition, la croyance (la religion et la vision ou la philosophie du monde), la législation étatique (le pouvoir), les émotions (passions, instincts), etc. Malgré notre autonomie, l'hétéronomie nous accompagne tout au long de notre existence, depuis les entrailles maternelles jusqu'à la mort. Marie-Christine Bernard affirme que « l'altérité demeure : je ne peux jamais [...] pas de « je » sans « tu », pas de « nous » sans « vous », sans « ils » [...] »³⁵.

³³ S. PERERA, « La responsabilité et la relativité historique de la liberté », dans *Archives de philosophie du droit, Existence et liberté*, 63, 1, 2022, p. 26, en ligne : <https://droit.cairn.info/revue-archives-de-philosophie-du-droit-2021-1-page-25> (Consulté le 02 avril 2026).

³⁴ J.-M. LONGNEAUX, *Finitude, solitude, incertitude. Philosophie du deuil*, p. 229.

³⁵ M.-C. BERNARD, *Les fondamentaux de la foi chrétienne. Une énergie spirituelle de terre et de ciel*, Paris, Éd. des Presses de la Renaissance, 2009, p. 102.

Dans cette logique, la dépendance pousse l'individu à l'obéissance à certaines lois auxquelles il n'est pas lui-même l'auteur. Ces lois sont considérées comme des garde-fous pour l'intérêt de la personne et des autres au sein de la communauté pour éviter des scandales. Néanmoins, ces lois doivent chercher ou viser toujours l'épanouissement ou le bien-être de la personne humaine. Plusieurs auteurs ont réfléchi à ce sujet. Nous prenons comme référence originelle Emmanuel Kant. Pour lui, l'hétéronomie s'oppose à l'autonomie. Cette opposition se situe entre les lois de la nature et la loi de la liberté. L'hétéronomie reste la « source de tous les principes illégitimes de la moralité³⁶ ».

En somme, cette polarité « autonomie-hétéronomie » favorise un équilibre dans la vie sociale de l'homme. Aucune ne peut écarter ou fragiliser l'autre. Les deux concepts se complètent mutuellement. La relation entre autonomie et hétéronomie peut être comprise à travers la métaphore du navigateur et des étoiles : si le sujet conserve la maîtrise de sa trajectoire (autonomie), il ne peut néanmoins s'orienter sans des repères extérieurs stables (hétéronomie). Loin de s'opposer, ces deux dimensions se conditionnent mutuellement et participent à une dynamique d'orientation libre et éclairée. De plus, nous reconnaissons que le besoin spirituel se trouve vraiment à la croisée de ces deux réalités existentielles : liberté et hétéronomie. Au-delà de l'autonomie qui permet à l'être humain de se déterminer, elle ne peut avoir de sens qu'en connexion avec les autres (l'altérité). L'hétéronomie prouve que l'agir de l'être humain reste susceptible d'être influencé par l'autorité extérieure, ce qui veut dire l'individu demeure l'acteur principal de ses actions. Il a le droit d'endosser la responsabilité des effets de ces actions vis-à-vis des autres.

1.1.2.2. *Altérité – Responsabilité*

Ces deux concepts « altérité » et « responsabilité » se rapprochent dans la mesure où l'altérité engage une certaine responsabilité mutuelle de l'être humain. Ces concepts jouent un rôle fondamental dans le processus existentiel de tout être humain. L'« altérité » désigne le caractère de ce qui est autre, différent de soi, et implique la reconnaissance de l'autre comme distinct de soi. Elle concerne la relation avec autrui dans sa différence, par exemple un individu d'une autre culture, religion ou simplement d'une histoire personnelle différente.

Philosophiquement, l'altérité est souvent associée à la pensée d'Emmanuel Levinas, pour qui la rencontre du visage d'autrui crée une « éthique » fondée sur la responsabilité infinie envers autrui. En d'autres termes, l'épiphanie du visage d'autrui suscite, non seulement la révélation, mais aussi la relation éthique. Cette épiphanie du visage de l'autre devient une source de rencontre³⁷.

³⁶ E. KANT, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Paris, Librairie philosophique J. Vrin, 1992, p. 121.

³⁷ Cf. E. LEVINAS, *Totalité et infini. Essai sur l'extériorité* (Phaenomenologica, 8), La Haye, Martinus Nijhoff, 1984, p. 161-179.

Concrètement, accueillir l'altérité signifie respecter la dignité de chaque personne malgré ses différences, et être prêt à dialoguer avec autrui. L'altérité met aussi en lumière l'identité de soi qui se définit en partie en contraste avec l'« autre ». Elle engage un effort d'empathie : comprendre l'autre sans le juger selon ses propres critères. Valoriser l'altérité, c'est reconnaître la singularité de chaque personne et en tirer une obligation morale de tolérance et même d'entraide.

Cette notion de l'altérité nous renvoie également à la notion de pluralité. Au fait, la pluralité demeure un facteur capital dans l'existence de l'être humain dans la mesure où son identité est marquée déjà par la diversité de traditions, de cultures, de religions, de philosophies, etc. Au-delà de sa singularité et de sa spécificité, l'être humain reconnaît l'importance de cette diversité qui enrichit sa vision du monde et lui permet d'entrer en relation avec les autres à travers la vertu de tolérance lors du dialogue afin de savoir apprécier les opinions des autres. À cet effet, Mordecai Roshwald atteste :

« Un homme ou une femme civilisés sont supposés tolérer les opinions et les comportements qui diffèrent de leurs propres convictions et conduites, en se fondant sur l'idée que les autres hommes et femmes ont le droit d'avoir leurs propres opinions et de choisir leur mode de vie. C'est cette attitude tolérante qui facilite la diversité des styles, la pluralité des opinions, la richesse des modèles de civilisation. Le pluralisme social et culturel émergent – ou pour utiliser un autre mot à la mode, le multiculturalisme – n'offre pas seulement aux individus une large gamme de choix, leur donnant ainsi un sentiment de liberté, il enrichit aussi la société et l'humanité en encourageant la diversité³⁸ ».

Vivant dans le contexte actuel marqué par les sociétés modernisées et sécularisées où le christianisme n'exerce plus une influence considérable au sein de la communauté sociétale, la pluralité occupe une place croissante et vise toujours un certain équilibre entre les valeurs communes et la reconnaissance de la différence existant à l'intérieur d'une même structure.

Quant à la « responsabilité » est l'obligation d'un individu (ou d'un groupe) de répondre de ses actes et d'en subir les conséquences. Cela signifie être comptable de ses décisions au regard d'une norme morale ou d'une règle de droit. Par exemple, on parle de responsabilité civile (dommages causés à autrui), pénale (infractions à la loi), professionnelle (application du devoir de diligence dans son métier) ou morale (devoir envers autrui). Être responsable implique donc un devoir de prévoyance et de réparation : on cherche à empêcher le mal avant d'agir, et on assume les réparations si on en a causé.

En effet, la responsabilité entraîne une prise de conscience face à une humanité vulnérable et fragile. Pour Emmanuel Levinas, notre liberté doit toujours avoir une visée éthique en face de l'autre, puisque nous sommes déjà responsables de nos actes. À cet effet, « l'ordre de la responsabilité où la

³⁸ M. ROSHWALD, « Tolérance, pluralisme et vérité », dans *Diogène*, 3, 219, 2007, p. 31, en ligne : <https://shs.cairn.info/revue-diogene-2007-3-page-31?lang=fr> (consulté le 05 janvier 2026).

gravité de l'être inéluctable glace tout rire, est aussi l'ordre où la liberté est inéluctablement invoquée de sorte que le poids irrémissible de l'être fait surgir ma liberté [...]»³⁹.

Les repères éthiques proposés par le moraliste Xavier Thévenot permettent d'exercer la liberté, qui fait toujours appel à la responsabilité avec la visée humaine et spirituelle. Cette éthique vise à humaniser la personne humaine en lui proposant la voie du bonheur. Assurément, « [...] la visée dernière de la morale, c'est donc le bonheur de la personne, c'est le développement le plus harmonieux possible de tout l'homme et de tous les hommes⁴⁰ ». Il faut arriver à articuler la foi et l'autonomie. Son invitation sur certaines questions éthiques sociales consiste à exercer le sens du discernement pour ne pas se limiter à condamner.

Cette polarité « altérité-responsabilité » donne à la liberté humaine de s'articuler avec le cadre institutionnel à travers une responsabilité partagée, où justement l'accompagnement spirituel joue un rôle de médiation. Ce lien structure la tension entre besoin spirituel et règles institutionnelles, favorisant l'altérité et l'autonomie, tout en garantissant la cohésion sociale et la protection contre les dérives.

Après avoir analysé les polarités, la psychologie clinique intervient comme une discipline complémentaire. Elle nous permet de mieux comprendre la souffrance humaine dans le contexte de la tension entre besoin spirituel et accompagnement pastoral. La psychologie clinique vient également distinguer les registres spirituel et psychique. Cette distinction est importante pour éviter les confusions dans l'accompagnement des personnes. Nous voyons donc que l'enjeu n'est pas de remplacer le spirituel par le psychologique, mais de les articuler. Tel sera notre exercice dans cette deuxième section qui garde une place capitale pour une compréhension holistique de la problématique qui nous concerne ici.

En somme, cette première section nous a permis d'acquérir une compréhension plus précise sur les concepts clés qui encadrent notre problématique. Chaque polarité nous a ramené à une vision holistique de la personne malade dans l'accompagnement pastoral. Posons-nous la question suivante « que ressent le malade psychologiquement ? » Cette question sera traitée dans la section suivante.

1.2. Psychologie clinique : « Que ressent le malade ? »

La psychologie demeure un chantier vaste et complexe. Nous parlerons spécifiquement de la psychologie clinique. Cette dernière s'intéresse à l'expérience vécue des patients et des patientes en souffrance. La question « que ressent le malade ? » reste une question importante que l'on doit se poser. Ce questionnement revêt un caractère interdisciplinaire, mobilisant à la fois plusieurs connaissances, notamment en psychologie et en théologie pratique. Il s'agit d'adopter une approche humaniste devant

³⁹ E. LEVINAS, *Totalité et infini. Essai sur l'extériorité*, p. 175.

⁴⁰ X. THÉVENOT, P. BORDEYNE, *Éthique pour un monde nouveau. Repères éthiques pour un monde nouveau. Souffrance, bonheur, éthique. Les péchés, que peut-on en dire ?*, Paris, Salvator, 2005, p. 27, Nouvelle édition.

cette réalité de la douleur et de la souffrance qui considère la personne malade dans sa globalité, incluant ses dimensions physiques, psychologiques, sociales et spirituelles. Comprendre ce que ressent un malade, c'est chercher à appréhender son monde intérieur constitué de peur, d'espoir, de détresse, etc. Précisons d'abord la compréhension de la psychologie générale avant de parler de la psychologie clinique.

1.2.1. Psychologie générale

La psychologie générale peut être définie comme la science qui étudie l'esprit humain et les lois du comportement de façon globale. Plus simplement, ce champ consiste en l'étude « de la vie mentale, des données de conscience, des facultés et des opérations de l'esprit [...] la psychologie s'est développée comme une science expérimentale⁴¹ ». En outre, la psychologie générale cherche à comprendre comment les êtres humains pensent, ressentent et agissent de manière générale. Cette science englobe plusieurs domaines, tels que la psychologie de la santé qui s'occupe de l'impact de la psychologie sur la santé physique et mentale, la psychologie sociale qui étudie l'influence de la présence d'autrui sur les individus, etc.

Comme toutes les sciences, la psychologie générale s'appuie sur des méthodes scientifiques pour atteindre ses objectifs. Il s'agit principalement des méthodes expérimentales et statistiques. Cependant, l'être humain demeure une complexité indéchiffrable puisque chaque individu est unique. Son agir détermine aussi sa personnalité, car son adaptabilité comportementale varie toujours selon les circonstances existentielles. À cet égard, Edgar Morin a tenté de démontrer l'existence de cette complexité dans le vécu de chaque individu. Sa conception de cette complexité anthropo-sociale inclut les autres dimensions, telles que : biologique, imaginaire, ... Il est qualifié « complexe : ce qui est tissé ensemble »⁴². La psychologie générale doit donc composer avec la diversité interindividuelle et contextuelle. Par exemple, face à un même événement de vie, chaque personne réagira différemment en fonction de sa personnalité, de son histoire et de son état au moment de fait,...

Parmi les méthodes fondamentales que la psychologie générale utilise lors de l'accompagnement pour les soins d'un patient ou d'une patiente, le récit de vie occupe une place centrale. En effet, le récit de vie est la narration organisée de l'histoire personnelle d'un individu. Le récit de vie permet de comprendre comment une personne se perçoit comme un « même » à travers le temps. Il s'agit ici de faire un travail social qui présente le récit de vie comme une aide qui met en valeur les atouts personnels d'un individu et diagnostique également certains dysfonctionnements. Par exemple, un coach de vie ou

⁴¹ DICTIONNAIRE DE L'ACADÉMIE FRANÇAISE (9^{ème} édition/actuelle), *Psychologie*, en ligne : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9P4931> (consulté le 28 mars 2026).

⁴² Cf. E. MORIN, *La complexité humaine* (Champs. Essais), Paris, Flammarion, 2024, 4^{ème} de couverture, Nouvelle édition.

un psychologue peut demander à ses patients d'écrire leur histoire pour faire ressortir les moments fondateurs.

Nous comprenons que le récit de vie demeure indissociable de la notion de l'identité narrative. Cette dernière est la manière dont une personne se définit à travers le récit qu'elle fait de sa vie. En effet, la notion de l'identité est bien résumée par Paul Ricoeur. Pour lui, l'identité est un processus qui reste toujours dynamique. Il s'agit pour Ricoeur de comprendre que le vécu de l'être humain constitue une histoire qui se construit et se reconstruit constamment. De plus, le récit de vie permet à l'être humain de faire une auto-évaluation de son parcours à travers des épisodes marquant son existence. Autrement dit, le récit de vie donne la possibilité à chacun de faire l'introspection personnelle afin de déceler ses capacités, révèle ses forces et ses faiblesses.

Comme l'identité narrative est donc dynamique et évolutive, elle se réécrit lorsque surviennent des bouleversements majeurs (traumatismes, changements de vie). Dans la pratique (psychologie, soins palliatifs, accompagnement spirituel), la technique du « récit de vie » aide les personnes à prendre conscience de leur parcours et à reformuler leur identité de façon plus résiliente. D'ailleurs, Guibert Terlinden dit :

« En choisissant un témoin à qui se raconter, il [patient] manifeste que la maladie n'arrête décidément pas son interrogation sur le sens de son existence, sur ce qui en constitue la cohérence et souvent aussi l'énigme. Il restaure ainsi sa dignité en permettant à l'histoire de sa maladie de trouver une place et un sens dans l'ensemble de sa vie⁴³ ».

Ainsi, l'identité narrative insiste sur le rôle de la mémoire, du langage et de la culture dans la constitution de l'identité personnelle.

De plus, la psychologie générale est essentiellement une science qui évalue l'impact des interactions sociales et de la culture sur le comportement en explorant la nature des émotions et des motivations humaines. La connaissance de la psychologie générale nous permet de faire plusieurs applications dans les domaines, comme l'éducation, la santé, le monde du travail et la politique, pour mieux comprendre le comportement humain et concevoir des interventions efficaces.

La psychologie générale fournit donc le cadre théorique pour comprendre les mécanismes universels de la pensée et du comportement. Elle sert de socle à des domaines plus appliqués, parmi lesquels figure la psychologie clinique, qui va quant à elle se focaliser sur l'étude approfondie des individus dans leur singularité.

⁴³ G. TERLINDEN, *J'ai rencontré des vivants. Ouverture dans le temps de la maladie*, Namur-Paris, Éd. Fidélité, 2006, p. 19.

1.2.2. Psychologie clinique

L'adjectif « clinique » vient du grec « klinikê » qui signifie « au lit du malade », ce qui illustre bien son origine médicale d'observation près des patients⁴⁴. En psychologie, il désigne une approche centrée sur la personne concrète dans sa situation singulière. La psychologie clinique est à la fois un domaine et une méthode de la psychologie qui vise l'étude approfondie des cas individuels dans toute leur complexité. En réalité, la psychologie clinique étudie

« l'individu en profondeur, dans la singularité de son histoire et du cas qu'il pose, dépasser les approches partielles de la psychologie expérimentale [...]. La psychologie clinique met au premier plan de ses méthodes celles qui lui permettent de saisir la personne dans les relations qu'elle entretient avec le monde : avec autrui, avec elle-même, dans l'image qu'elle forge de sa vie, et le système de valeurs qui organise sa conduite [...]»⁴⁵.

Il s'agit donc d'appréhender l'être humain dans sa globalité, en considérant à la fois ses dispositions internes (par exemple son tempérament, son histoire personnelle, ses conflits psychiques) et le contexte dans lequel il évolue (son milieu de vie, les événements qu'il traverse, etc.).

Traditionnellement, la psychologie clinique s'intéresse aux souffrances psychiques et aux troubles mentaux, mais son champ est en réalité très large. Comme les soulignent Élisabeth Roudinesco et Michel Plon, la psychologie clinique demeure une « pratique thérapeutique fondée sur l'entretien direct et sur l'examen de cas à partir de l'observation des conduites individuelles⁴⁶ ». Contrairement à la psychologie générale qui cherche des principes universels, la psychologie clinique met l'accent sur l'étude du cas particulier, souvent via des méthodes qualitatives (entretiens cliniques, observations, études de cas, tests projectifs, etc.). Les cliniciens, psychologue ou psychiatre, recueillent ainsi la parole du sujet, explorer son vécu et tenter de comprendre le sens de ses symptômes ou de sa détresse dans le contexte de son histoire personnelle. Comme l'a bien souligné Hélène Brioschi Levi en préfaçant l'ouvrage de Cosette Odier, mettre son « savoir au service du patient⁴⁷ ». Ces éléments de psychologie clinique permettent d'avoir quelques bases pour mieux connaître et comprendre les patients qui se trouvent en face de l'accompagnateur ou de l'accompagnatrice.

Il est important de noter que la psychologie clinique ne se limite pas à la psychopathologie (l'étude des maladies mentales). Elle inclut également l'accompagnement de personnes ordinaires confrontées aux difficultés de la vie quotidienne ou à des situations de crise. Par exemple, un psychologue clinicien peut tout autant aider un individu en bonne santé mentale traversant un deuil

⁴⁴ Cf. F. DANVERS, « Clinique », dans *Approches cliniques des apprentissages*, 63, 2010, p. 105, en ligne : <https://journals.openedition.org/rechercheformation/325?lang=en> (consulté le 06 janvier 2026).

⁴⁵ M. et F. GAUQUELIN, al., *La psychanalyse moderne de A à Z. Comprendre, savoir et agir*, Paris, Bibliothèque du CEPL, 1971, p. 152.

⁴⁶ E. ROUDINESCO, M. PLON, « Psychologie clinique », dans *Dictionnaire de la psychanalyse*, p. 835.

⁴⁷ C. ODIER, *L'accompagnement spirituel en mouvement. Aumônerie hospitalière (1974-2016)* (Soins et Spiritualités, 9), Montpellier, Sauramps Medical, 2019, p. 8.

difficile, qu'un patient ou une patiente souffrant de dépression sévère. Dans le domaine de la santé, la psychologie clinique s'intéresse aussi à la dimension psychique des maladies physiques : elle prend également en compte les troubles psychosomatiques. Autrement dit, lorsqu'une personne est atteinte d'une maladie corporelle (cancer, maladie chronique, etc.), le vécu émotionnel et mental engendré par la maladie fait pleinement partie de la prise en charge clinique. De fait, « le patient malade ne peut pas se réduire qu'à sa pathologie ou à son dossier, car sa singularité implique le traitement de sa maladie de manière holistique (dimension physique, psychique, sociale et spirituelle)⁴⁸ ».

Ce qui caractérise surtout l'approche clinique, c'est son empathie et son effort pour comprendre le patient comme sujet. La relation thérapeutique est centrale. Le clinicien ou la clinicienne cherche à établir un lien de confiance qui permet au malade d'exprimer son monde intérieur. La « démarche clinique » est ainsi une posture d'écoute et d'implication, qui souligne l'importance du lien interpersonnel et vise à « connaître de l'intérieur » l'expérience que vit le sujet⁴⁹. Cela laisse entrevoir qu'il ne s'agit pas seulement d'objectiver des symptômes, mais bien de saisir comment la personne vit sa souffrance, ce qu'elle ressent intimement, afin de mieux l'aider. On rejoint ici la question essentielle : « Que ressent le malade ? ». En effet, comprendre le vécu des malades implique de décoder leurs émotions (peur, tristesse, colère, espoir...), ses pensées (inquiétudes, croyances, désespoir éventuel) et ses besoins profonds dans la situation de maladie.

En contexte médical, cette approche humaniste rejoint l'adage que « le clinicien ne soigne pas la maladie, il soigne le malade⁵⁰ ». En d'autres termes, la finalité n'est pas seulement de traiter une pathologie, mais d'accompagner une personne, avec tout ce qu'elle éprouve. Dans cette optique, poser la question « que ressent le malade ? » revient à reconnaître la valeur de l'expérience subjective des personnes malades. Cela oriente l'attention des soignants vers la souffrance globale de la personne malade, au-delà des seuls signes cliniques objectifs. On remarque, dans l'exercice de son travail, que le psychologue clinicien souvent dans un établissement hospitalier accorde une importance capitale à la parole du patient afin d'identifier les causes du malaise de celui-ci et de lui proposer des soins appropriés au diagnostic établi. Pour mieux y arriver, sans vouloir être malade, les soignants doivent se mettre à la perspective des malades, tout en conservant la distance professionnelle nécessaire pour un accompagnement adéquat. Cet accompagnement psychologique peut apporter du soulagement en complément des soins médicaux proprement dits.

En psychologie clinique, chaque malade réagit différemment, même si plusieurs personnes souffrent de la même maladie. Il peut ressentir une multitude de choses pendant la période de sa maladie.

⁴⁸ D. BAUDE, M. LOBO BUSTAMANTE, B. MATHOT, « Mutations spirituelles et religieuses au sein de l'hôpital : le cas du GHDC », dans *Thaumazein*, Anno VIII, 11, 21, 2018, p. 55-56, en ligne : <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/thaumazein/article/view/2521/pdf> (consulté le 27 mars 2026).

⁴⁹ Cf. F. DANVERS, « Clinique », dans *Approches cliniques des apprentissages*, p. 106.

⁵⁰ *Ibid.*, p. 107.

Il peut aller de l'anxiété et de la peur, à la colère et au désespoir. Durant cette période de la maladie, le patient ou la patiente peut modifier ses attitudes, ses comportements, ses visions, etc.

Face à certaines maladies graves, la personne malade est généralement en quête du sens de sa vie. C'est à ce moment précis qu'intervient le soutien des accompagnateurs médicaux et spirituels ou des accompagnatrices médicales et spirituelles pour aider les personnes malades à trouver des pistes réalistes par rapport aux diagnostics révélés. D'ailleurs, la maladie peut aussi avoir un impact profond sur son psychisme qui pourrait provoquer un éventail des émotions et de réactions psychologiques. Elle peut créer des sentiments négatifs, tels que la souffrance, l'anxiété, la peur, la dépression, la colère, la frustration, la solitude, l'isolement, le déni, la résignation, etc. Toutes ces attitudes durant cette période de la maladie engendrent évidemment des conséquences néfastes.

Cette prise en charge vise à aider les personnes malades à mieux gérer l'angoisse, à transformer des pensées négatives et à trouver un sens à sa vie. Cela lui permet de comprendre la personne est en chemin dans la quête d'elle-même⁵¹. Évidemment, l'environnement familial et amical joue également un rôle capital pour la thérapeutique de la personne malade. Certes, cette relation dépendra aussi de la manière à laquelle la personne souffrante l'entretient. Car, le soutien des proches (membres de famille, amis, camarades) des patients ou des patientes influence aussi son rétablissement.

Considérant le rôle majeur de la psychologie clinique dans l'existence d'un être humain tel qu'il a été décrit ci-haut, nous pouvons affirmer que la maladie n'affecte pas simplement la dimension corporelle, mais toutes les différentes dimensions de l'être humain qui sont touchées. Quelle que soit la gravité de la maladie, qu'elle soit aiguë ou chronique, elle perturbe l'identité propre de la personne souffrante, ses relations avec son entourage, ... Dans ce cas, l'accompagnateur ou l'accompagnatrice doit proposer au patient ou à la patiente des mécanismes dynamiques d'adaptation aux changements pour lui permettre de retrouver facilement certains repères existentiels, tels que son estime de soi, ses relations, ses convictions religieuses ou philosophiques, ... En ce sens, la psychologie clinique facilite effectivement la relation humaine entre les deux partenaires : les soignants et les patients. À travers son expérience et sa connaissance médicale, les soignants cherchent toujours à maîtriser le cas émotionnel difficile.

Par ailleurs, accompagner la personne malade dans sa singularité permet d'envisager le soin dans sa globalité, c'est-à-dire que la personne soignante est obligée de chercher à mieux comprendre les patients en face d'elle dans leur globalité afin de donner sens à leur existence ou leur bien-être thérapeutique. Il y a une véritable synergie entre les personnes soignées et les soignants. Chacun existe dans la relation à l'autre, et réciproquement. La relation thérapeutique peut être comparée à une danse à deux, dans laquelle les personnes malades et les soignants co-construisent le processus de soin. Les

⁵¹ Cf. C. ODIER, « Visiter et soigner les malades », dans *Précis de théologie pratique*, p. 817.

soignants proposent une orientation, tandis que les personnes souffrantes impriment son rythme et son vécu. Cette interaction dynamique, fondée sur l'écoute et l'ajustement réciproque, constitue le cœur de la synergie thérapeutique. En effet, cette singularité devient un mystère du fait qu'au-delà du diagnostic posé il y a toujours quelque chose qui demeure incompréhensible, parfois cela dépasse les personnes malades elles-mêmes. Il est sans doute difficile d'appréhender tous les contours de la souffrance des patients.

En outre, la psychologie clinique s'appuie sur la singularité des patients ou des patientes avec le poids de leur histoire, de leur vécu et leur contexte, ... Cet effort tente de recevoir et de comprendre l'expérience de la souffrance des personnes soignées afin de leur permettre d'interpréter les données mises à la disposition des soignants ou des soignantes. Ceci peut les aider à rechercher comment reconstituer la stabilité du vécu de l'histoire des personnes souffrantes. Le soin proposé aux personnes souffrantes porte toujours un caractère humanisant puisque c'est le patient ou la patiente qui est au centre de tout avec tous ses diagnostics découverts et analysés. La prise en charge des personnes malades dans leur globalité tient évidemment compte des domaines pluridisciplinaires visant sa guérison. Parmi les exigences fondamentales qui valorisent la relation intime entre les soignants et les patients, figurent le respect de la singularité de la personne souffrante, la confidentialité et sa dignité malgré son état vulnérable.

Au regard de ce qui précède, la psychologie clinique exprime tout ce que les malades ressentent dans leur corps et dans leur âme. Les notions de psychologie générale restent indispensables comme soubassement à la psychologie clinique. La notion de souffrance chez les malades permet de saisir les réactions émotionnelles de la personne malade qui s'expriment dans l'angoisse. La peur de la mort chez le malade demeure une réalité émotionnelle non négligeable. L'élément central entre l'accompagnateur-soignant ou l'accompagnatrice-soignante et les patients demeure la confiance qui crée la familiarité afin de trouver la voie de leur rétablissement.

Conclusion partielle

Dans cette première partie de notre analyse, nous avons clarifié certains concepts importants touchant directement à notre sujet de réflexion. Les différentes polarités étudiées ont éclairé notre compréhension des notions de « besoin spirituel et accompagnement pastoral ». Nous avons retenu que le « besoin spirituel » est une nécessité fondamentale de l'être humain qui est liée à la quête de sens, de cohérence intérieure, de valeurs et de relation à la transcendance, particulièrement éveillée dans les situations de fragilité, de souffrance ou de crise. Il se présente comme un besoin important, au même titre que d'autres besoins fondamentaux de l'être humain. Il est lié aux croyances, aux valeurs personnelles et à un besoin d'espérance et de paix intérieure. Il traverse toute l'existence humaine et

devient visible dans la maladie, la souffrance et la vulnérabilité. Nous comprenons que le « besoin spirituel » ne se limite pas à la religion, il exprime une quête profonde de sens et d'unité intérieure.

Quant à l'accompagnement pastoral, il est une démarche relationnelle d'aide et de soutien spirituel, par laquelle un accompagnateur ou une accompagnatrice aide une personne souffrante à donner sens à son expérience, à vivre sa foi et à traverser les épreuves en mobilisant ses ressources spirituelles. Il s'inscrit dans une relation d'écoute et de présence, mais également de médiation entre la personne, sa foi et sa situation de vie. Il vise à soutenir une personne dans la souffrance, à l'aider à trouver du sens existentiel dans son cheminement spirituel. Il respecte la liberté de la personne accompagnée tout en s'inscrivant également dans un cadre de l'institution croyante. L'accompagnement pastoral peut être une réponse concrète au « besoin spirituel », dans une relation humaine et croyante.

Les différentes polarités évoquées nous ont permis de mieux saisir le cadre théorique de notre problématique. Pour avoir une vision holistique de la personne humaine, la dimension psychologique a été abordée dans le but de favoriser la compréhension de la tension entre le besoin spirituel et l'accompagnement pastoral. Au cœur de cette tension, le débat théologique pourrait apporter une lumière et proposer certaines pistes d'ouverture intéressantes. Tel sera l'objet du second chapitre de notre travail de recherche.

Chapitre II : Apports christologiques et ecclésiologiques sur la tension entre besoin spirituel et accompagnement pastoral des malades

Dans le chapitre précédent, nous avons développé notre cadre conceptuel à travers les notions de besoin spirituel et d'accompagnement pastoral des malades. L'analyse des polarités nous a offert une vision holistique des réalités d'une tension théologique profonde entre besoin spirituel et accompagnement pastoral. La psychologie clinique nous a servi de point d'appui dans notre analyse. Elle a démontré la relation existante entre les soignants et les personnes soignées. Cette relation donne sens à l'existence humaine afin de bien comprendre la réalité de la souffrance endurée par la personne malade. Cet éclairage permet à l'accompagnement pastoral d'intégrer, dans sa démarche, toutes les dimensions de l'être humain dans sa globalité. Une question importante est restée toutefois en suspens au cours de notre réflexion à savoir : les disciplines psychologiques répondent-elles suffisamment à la réalité énigmatique de la souffrance d'une personne malade ?

Ce deuxième chapitre vient tenter d'apporter un éclairage christologique et ecclésiologique à la réponse à cette question. Il sera question de dégager les ressources théologiques qui font ressortir la tension entre le besoin spirituel des malades et les modalités concrètes de l'accompagnement pastoral. Cette approche permettra de saisir l'importance de la dimension spirituelle dans l'existence de l'être humain. L'approche théologique que nous développerons dans ce chapitre constitue un apport scientifique indispensable qui nous ouvre à la compréhension de la réalité énigmatique de la souffrance et de l'importance de l'accompagnement pastoral des malades à la lumière de la foi chrétienne.

Par ailleurs, les fondements anthropologiques et théologiques (christologiques et ecclésiologiques) poseront les bases pour éclairer les tensions entre le besoin spirituel et l'accompagnement pastoral des malades. Les fondements anthropologiques de cette tension reposent sur la nature profonde de la personne humaine. Par contre, les fondements christologiques et ecclésiologiques prennent appui sur la manière dont le Christ est compris comme modèle du salut et sur la manière dont l'Église accomplit sa mission d'accompagnement des fidèles dans le monde contemporain. Cette tension apparaît lorsque les attentes spirituelles personnelles des individus rencontrent les exigences doctrinales, sacramentelles et communautaires de l'Église.

Cette approche anthropologique et théologique propose des pistes d'orientation face aux défis actuels de la pastorale. L'objectif est de montrer que la tension entre besoin spirituel et accompagnement pastoral, loin d'être un obstacle, peut devenir un lieu privilégié de rencontre entre la personne souffrante, l'Église et le Dieu de miséricorde. Pour atteindre notre objectif, nous articulerons notre réflexion autour de trois points, à savoir : fondements anthropologiques, fondements théologiques (repères scripturaires, christologie et ecclésiologie) et déclarations doctrinales et réflexions théologiques contemporaines.

2.1. Fondements anthropologiques du besoin spirituel et de l'accompagnement pastoral

Cette section des fondements anthropologiques sera abordée en trois points. Le premier point sera consacré aux définitions de l'anthropologie proposées par certains auteurs. Le second traitera du fondement anthropologique du besoin spirituel. Le dernier point examinera le fondement anthropologique de l'accompagnement pastoral.

2.1.1. Définition de l'anthropologie

L'anthropologie présente une perspective valorisante pour aborder la question des fondements anthropologiques dans la tension entre le besoin spirituel et l'accompagnement pastoral des malades. Elle est une discipline qui étudie l'être humain dans toutes ses dimensions : biologique, culturelle, sociale, psychologique et spirituelle. Elle cherche à comprendre la manière dont l'être humain construit son identité, donne un sens à son existence et entre en relation avec les autres, avec la société et avec le transcendant. Dans les recherches contemporaines, plusieurs auteurs ont proposé des définitions qui mettent en évidence la complexité de la personne humaine et sa quête permanente de sens. Cette compréhension anthropologique permet d'éclairer la tension existante entre le besoin spirituel et l'accompagnement pastoral.

Selon Edgar Morin, l'anthropologie étudie l'homme comme un être complexe, à la fois biologique, culturel, affectif et spirituel. Dans son œuvre « La méthode », il affirme que l'être humain ne peut être compris uniquement à partir de sa dimension matérielle, car il porte également une aspiration intérieure liée au sens de la vie et à la transcendance⁵². Cette approche montre que le besoin spirituel fait partie intégrante de l'expérience humaine. L'homme cherche constamment des réponses aux questions existentielles concernant la souffrance, la mort, l'espérance et la finalité de l'existence.

De son côté, Marc Augé considère l'anthropologie comme une étude des relations humaines, des représentations symboliques et des pratiques culturelles qui donnent sens à la vie des êtres humains au sein de leur société⁵³. Cette perspective souligne que la spiritualité est souvent influencée par les contextes culturels et sociaux. Dans nos sociétés modernes marquées par la mondialisation et l'individualisme, les formes traditionnelles de la religion connaissent de profondes transformations. Beaucoup de personnes développent aujourd'hui une spiritualité plus personnelle, parfois éloignée des institutions religieuses classiques. Cette évolution explique en partie la tension entre le besoin spirituel individuel et certaines formes d'accompagnement pastoral jugées trop institutionnelles ou normatives.

⁵² Cf. E. MORIN, *La Méthode 5 : L'humanité de l'humanité*, Paris, Seuil, 2001, p. 51-52.

⁵³ Cf. M. AUGÉ, *Pour une anthropologie des mondes contemporains*, Paris, Aubier, 1994, p. 14-16.

Pour François Laplantine, l'anthropologie consiste à comprendre l'être humain dans sa diversité et dans son expérience vécue⁵⁴. L'auteur insiste également sur l'importance de la prise en compte de la singularité de chaque personne à travers son histoire, sa culture et son expérience propre. Cette approche rejoint les exigences de l'accompagnement pastoral contemporain, qui ne peut plus se limiter à transmettre des normes religieuses, mais doit également accueillir les réalités humaines concrètes : souffrances, doutes, crises existentielles et aspirations spirituelles. Lorsque la pastorale néglige cette dimension humaine et expérientielle, elle risque de créer une distance avec les besoins spirituels réels des personnes.

Dans la présentation de l'ouvrage « Anthropologie philosophique » de Paul Ricoeur, Johann Michel et Jérôme Porée reconnaissent que « l'anthropologie est associée aujourd'hui à un ensemble de disciplines qui ont pour but commun la connaissance de l'homme⁵⁵ ». Elle est une science qui focalise son attention sur l'étude de l'être humain sous divers aspects (biologique, culturel, temporel, spatial, religieux,...). Dans cette même perspective, elle est perçue comme

L'« étude des traits distinctifs qui caractérisent les populations humaines [...] discipline qui élabore les données de l'ethnographie et de l'ethnologie pour contribuer à une connaissance générale de l'homme [...] l'anthropologie sociale étudie les divers aspects que revêt la vie en société⁵⁶. »

Ces définitions touchent l'examen de l'agir humain au sein de la société.

Ainsi, l'anthropologie contemporaine montre que l'être humain est un être complexe, libre, vulnérable et en quête de sens. Le besoin spirituel naît de cette condition humaine marquée par l'incertitude, la souffrance et le désir de transcendance. L'accompagnement pastoral, quant à lui, cherche à répondre à cette quête à travers l'écoute, le conseil, la prière et l'annonce de l'Évangile. Toutefois, la tension apparaît lorsque les attentes personnelles des individus ne correspondent pas toujours aux formes institutionnelles ou doctrinales de la pastorale. Une approche anthropologique renouvelée invite donc l'accompagnement pastoral à privilégier davantage l'écoute, l'empathie, le dialogue et la prise en compte des réalités humaines contemporaines.

Ces considérations sur l'anthropologie nous permettent de nous poser la question : Comment l'anthropologie éclaire-t-elle le besoin spirituel de la personne humaine ?

2.1.2. Fondement anthropologique du besoin spirituel

Les fondements anthropologiques du besoin spirituel reposent sur la compréhension de l'être humain comme un être de relation, de quête de sens et de transcendance. L'anthropologie considère

⁵⁴ Cf. F. LAPLANTINE, *L'anthropologie*, Paris, Payot, 1995, p. 20-24.

⁵⁵ P. RICOEUR, *Anthropologie philosophique. Écrits et conférences 3*, Paris, Seuil, 2013, p. 7.

⁵⁶ DICTIONNAIRE DE L'ACADÉMIQUE FRANÇAISE (9^{ème} édition/actuelle), *Anthropologie*, en ligne : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9A1913> (consulté le 14 mai 2026).

que l'homme ne se réduit pas à sa dimension biologique ou matérielle ; il possède également une dimension intérieure qui l'oriente vers des questions existentielles profondes concernant le sens de la vie, la souffrance, la mort, l'espérance et la relation avec le sacré. Cette dimension spirituelle constitue une composante essentielle de l'identité humaine et se manifeste dans toutes les cultures et toutes les civilisations sous diverses formes religieuses, symboliques ou philosophiques.

Sous le regard anthropologique, le besoin spirituel est perçu comme une quête de sens qui donne une orientation à l'existence humaine. Cette quête de sens permet également à l'être humain d'entrer en connexion avec la transcendance selon sa croyance ou sa philosophie. Cette quête de sens lui accorde aussi la liberté d'intégrer la dimension de la souffrance dans son existence. Viktor Frankl pense que « [...] la vie humaine ne cessait jamais d'avoir un sens, quelles que soient les circonstances, et que ce sens infini justifiait les privations, la souffrance et la mort [...] »⁵⁷.

En effet, cette quête existentielle de sens à travers les fondements anthropologiques pourrait, sans doute, entrer en tension avec certaines formes institutionnelles de réponse au besoin spirituel de l'être humain, dans la mesure où l'anthropologie avec les autres sciences humaines s'appuie sur l'autonomie humaine ; tandis que l'accompagnement pastoral se réfère à la morale de la tradition ecclésiale. Elle peut être influencée par des facteurs psychologiques, sociaux et culturels, car elle peut parfois se heurter à des idées philosophiques ou religieuses qui cherchent à donner un sens plus profond à l'existence.

Les fondements anthropologiques du besoin spirituel reposent également sur la vulnérabilité humaine. L'homme est un être limité, confronté à la souffrance, à l'incertitude et à la conscience de sa propre finitude. Cette fragilité ouvre un espace où émergent les besoins de consolation, d'espérance, de réconciliation et de communion avec une réalité transcendante. L'anthropologie contemporaine reconnaît ainsi que la spiritualité joue un rôle important dans l'équilibre intérieur et dans la construction de l'identité personnelle.

C'est dans ce contexte qu'intervient l'accompagnement pastoral. Celui-ci cherche à répondre aux besoins spirituels des personnes à travers l'écoute, le conseil, la prière, la présence fraternelle et l'annonce de l'Évangile. L'accompagnement pastoral vise à aider l'individu à donner un sens à son expérience humaine et à renforcer son espérance face aux difficultés de la vie.

Toutefois, une tension peut apparaître entre le besoin spirituel et l'accompagnement pastoral. Cette tension naît souvent du fait que les attentes spirituelles des personnes évoluent dans des sociétés modernes marquées par l'individualisme, la liberté de conscience et la pluralité des croyances.

⁵⁷ V. E. FRANKL (Dr.), *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie*, Montréal, Les Éd. de l'Homme, 2012, p. 109.

Aujourd'hui, beaucoup de personnes recherchent une spiritualité plus personnelle et plus libre, parfois détachée des institutions religieuses traditionnelles. En revanche, l'accompagnement pastoral s'inscrit généralement dans un cadre ecclésial fondé sur des références doctrinales et communautaires. Lorsque la pastorale privilégie davantage les normes religieuses que l'écoute des réalités humaines concrètes, certaines personnes peuvent ressentir une distance ou une incompréhension. La tension se situe alors entre la quête personnelle de sens et les formes institutionnelles de l'accompagnement spirituel.

Ainsi, les fondements anthropologiques du besoin spirituel montrent que l'être humain porte en lui un désir profond de sens, de transcendance et de relation. Cette réalité constitue le point de départ de l'accompagnement pastoral, mais elle exige également une pastorale capable d'écoute, d'empathie et d'adaptation aux réalités humaines contemporaines afin de répondre de manière authentique aux aspirations spirituelles de l'homme moderne.

2.1.3. Fondement anthropologique de l'accompagnement pastoral

L'accompagnement pastoral trouve ses racines profondes dans une compréhension anthropologique de l'être humain comme un être relationnel, en quête de sens, de transcendance et d'unification intérieure. Loin de se réduire à une simple assistance morale ou religieuse, il s'inscrit dans une vision intégrale de l'être humain, articulant dimensions corporelle, psychique, sociale et spirituelle. L'être humain est un « exister pluriel », démontre Emmanuel Levinas. Pour lui, « le visage de l'autre » demeure cette « épiphanie de la personne ». Évidemment, l'être humain reste une réalité dynamique selon la temporalité et la spatialité de son existence.

Laurence Flachon montre clairement comment l'accompagnement pastoral s'appuie sur les trois principes essentiels soulignés par Paul Tillich. Il s'agit des principes de

« l'universalité (le souci de l'autre et le conseil ne sont pas une prérogative des pasteurs), la prise en compte de la personne en son entier (vision holistique) et la réciprocité [...] C'est dans ce dernier principe que réside l'originalité essentielle de sa conception de l'accompagnement⁵⁸. »

Cette affirmation nous fait comprendre que l'accompagnement pastoral ne se limite pas à une seule dimension psychologique, mais il répond aux besoins existentiels liés à l'être humain. Autrement dit, l'accompagnement pastoral intègre toutes les dimensions existentielles de l'être humain, telles que la quête de sens, la transcendance, l'harmonisation avec soi-même et le monde, ... sans toutefois les opposer.

⁵⁸ L. FLACHON, « L'accompagnement pastoral selon Paul Tillich enjeux ontologiques et théologiques », dans *Études théologiques et religieuses*, 81, 4, 2006, p. 503.

Au-delà de l'unicité de l'être humain, l'anthropologie valorise aussi la dimension singulière de l'individu au sein de la société. Car, l'accompagnement pastoral ou médical prend appui sur la rencontre individuelle, surtout quand l'être humain exprime ses désirs profonds. Cette rencontre ouvre le sujet à l'altérité. En effet, l'être humain est façonné par la dimension relationnelle qui renforce ses liens interhumains. Son horizon s'élargit toutefois sur la base de l'intersubjectivité. C'est pourquoi, Marie-Laure Durand atteste que « l'effort du sujet ne doit donc pas être consacré à sauvegarder sa singularité comme un objet rare à protéger, mais conscient d'elle, de partir à la rencontre de celle des autres [...] La singularité est quelque chose à vivre plutôt qu'à défendre⁵⁹ ». Au fait, cette singularité le définit et le distingue des autres puisqu'il demeure un être absolument unique et irremplaçable.

Abordant la thématique de l'anthropologie sous l'angle de l'éthique, au-delà de sa théorie sur l'herméneutique, Paul Ricoeur nous propose quelques indices de l'agir humain. Pour lui, l'agir humain dans la société est considéré comme un texte qu'il faut bien interpréter. Son souci majeur était d'unifier l'historicité de l'expérience humaine avec la possibilité de la distanciation pour la meilleure compréhension et interprétation de soi-même comme texte⁶⁰. Autrement dit, la question du comprendre est une éthique qui ouvre le comprendre à l'action, à la responsabilité et à la communication de soi-même à l'autre. C'est là où il a évoqué cette notion de mêmeté et d'ipsité⁶¹. De plus, la visée éthique de toute action doit rester dans la droite ligne de l'agir humain, surtout dans les choix éthiques à opérer, pour une vie bonne à autrui dans une institution juste⁶².

L'ouvrage de Paul Ricoeur « Soi-même comme un autre » nous a permis de comprendre mieux quelques éléments majeurs de son anthropologie. En effet, sa visée anthropologique se fondant sur l'éthique et l'herméneutique peut constituer un véritable cadre d'appui pour l'accompagnement pastoral, dans la mesure où l'être humain ne doit pas être jugé uniquement par ses faiblesses, mais plutôt par ses capacités d'agir et ses compétences. Avec l'identité narrative, l'accompagnement pastoral devient un lieu de réinterprétation et de réappropriation du récit du souffrant afin de donner du sens à son existence. Dans la visée éthique ricoeurienne, l'accompagnement pastoral doit toujours opérer un discernement judicieux en tenant compte du contexte historique et de la situation psychologique de l'accompagné, etc. Ainsi, l'anthropologie ricoeurienne propose un itinéraire important à l'accompagnement pastoral. Ce dernier repose sur les éléments de la narration, de la relation, de l'éthique et de l'herméneutique qui permettent à l'accompagné de comprendre qu'il reste l'acteur principal de sa propre résilience⁶³.

⁵⁹ M.-L. DURAND, « Penser la personne dans une société d'individus. La singularité chez Martin Buber : La singularité comme lieu de rencontre possible », dans *Chemins de Dialogue*, 59, 2, 2022, p. 91.

⁶⁰ Cf. P. RICOEUR, *Du texte à l'action. Essais d'herméneutique II* (Points. Essais, 377), Paris, Seuil, 1998, p. 129.

⁶¹ Cf. P. RICOEUR, *Soi-même comme un autre*, p. 167.

⁶² Cf. *Ibid.*, p. 202.

⁶³ Cf. *Ibid.*, p. 27-39, 137-198, 199-344, 367-393.

Ainsi, les fondements anthropologiques de l'accompagnement pastoral ont permis de mettre en évidence que le besoin spirituel est constitutif de la personne humaine. Certes, la quête de sens est une véritable croisée des chemins entre le besoin spirituel et l'accompagnement pastoral. À ce propos, Dominique Jacquemin montre que la quête de sens dépasse même « le niveau des besoins pour les renvoyer au sens ultime de l'existence humaine⁶⁴ ». Dans une société sécularisée, cette quête spirituelle ne disparaît pas ; elle s'exprime plutôt sous des formes nouvelles, parfois discrètes ou implicites, tandis que les dispositifs de soins privilégient souvent une approche essentiellement technique et biomédicale. Cette tension entre le besoin spirituel profond du malade et les limites de l'accompagnement pastoral contemporain appelle un éclairage qui dépasse la seule analyse anthropologique. Il devient alors nécessaire de se tourner vers les fondements théologiques, afin de comprendre comment la révélation chrétienne éclaire la dignité de la personne souffrante et fonde la mission de l'Église dans l'accompagnement des malades.

C'est dans cette perspective que les fondements théologiques, articulés autour des repères scripturaires, de la christologie et de l'ecclésiologie, offrent le cadre interprétatif indispensable pour répondre à cette problématique. Ainsi, après avoir montré, sur le plan anthropologique, que le besoin spirituel est une dimension essentielle de l'être humain, il convient désormais d'examiner comment les fondements théologiques permettent de comprendre, de justifier et d'orienter l'accompagnement pastoral comme une réponse intégrale aux défis posés par la maladie dans une société marquée par la sécularisation.

2.2. Fondements théologiques : Repères scripturaires, Christologie et Ecclésiologie

Les fondements théologiques reposent sur l'anthropologie chrétienne. Ils prennent tout leur appui sur la révélation biblique, l'adhésion croyante ou chrétienne et la pensée philosophique. Ils sont soutenus par divers piliers nécessaires, notamment : la Révélation biblique, la théologie, la christologie, la doctrine de la Sainte Trinité, la rationalité philosophique, la Tradition ecclésiale, etc.

En effet, l'histoire de l'humanité devient un terrain théologique fondamental où se déploie l'offre même de la révélation divine. C'est le lieu de rencontre de l'Absolu avec l'être humain. Dans ce même sens, Siegfried Wiedenhofer atteste que « la révélation est donc en premier lieu discours de Dieu, dialogue et rencontre de Dieu avec l'homme, et donc en même temps ouverture à la vérité et invitation à la vie⁶⁵ ».

⁶⁴ D. JACQUEMIN, *Besoins spirituels. Soins, désir, responsabilités*, p. 31.

⁶⁵ S. WIEDENHOFER, « Révélation », dans *Nouveau dictionnaire de théologie*, Paris, Cerf, 1996, p. 870, 2^e éd. revue et augmentée.

L'anthropologie biblique nous révèle que l'être humain a été créé à l'image et à la ressemblance de Dieu. Cette vérité nous est dévoilée dans le récit de la création (Gn 1-2). Il porte désormais la marque divine. En effet, « le désir de Dieu est inscrit dans le cœur de l'homme, car l'homme est créé par Dieu et pour Dieu ; Dieu ne cesse d'attirer l'homme vers Lui, et ce n'est qu'en Dieu que l'homme trouvera la vérité et le bonheur qu'il ne cesse de chercher⁶⁶ ».

Malgré sa chute causée par le péché, la nature humaine créée libre n'est pas corrompue, mais elle est plutôt blessée, désirant la grâce divine (He 4, 15-16 ; Lc 15, 1-32, etc.). D'ailleurs, la liberté constitue un des aspects les plus importants lors de la création de l'être humain, que le Créateur respecte toujours en lui proposant la voie conduisant au vrai bonheur et au salut. Cette liberté fait la grandeur de l'être humain, surtout quand elle se conforme à la volonté divine.

Par ailleurs, à partir d'une anthropologie biblique (chrétienne), Béatrice Caliouw réaffirme une vision spécifique de l'être humain basée sur « l'anthropologie tripartite » : esprit, âme, corps, inspirée du verset 1 Th 5, 23 de l'apôtre Paul. Pour elle, « les différentes dimensions de la « tridimensionnalité » sont, non des composantes différenciées de l'être humain mais bien des « aspects » en lesquels il s'exprime tout entier⁶⁷ ». Elle affirme ensuite que l'esprit insufflé en l'homme lui met en relation avec un autre. C'est ici qu'elle parle d'une altérité et d'une dimension dialogale de l'être humain qui reste une réalité inexplicable qu'en langage chrétien on peut qualifier de spiritualité. S'appuyant sur son expérience d'aumônière dans un hôpital, elle pense que l'homme est appelé progressivement à évoluer en vue d'atteindre un horizon de « divinisation, de déification ». Pour cela, la vie spirituelle de l'être humain exige de ce dernier qu'il s'ouvre à l'altérité. Tel est l'un des objectifs de l'accompagnement spirituel⁶⁸.

2.2.1. Repères scripturaires

Précisons avant tout que, les concepts « besoin spirituel » et « accompagnement spirituel ou pastoral » ne se trouvent pas dans l'Écriture Sainte, mais les réalités qu'ils désignent y sont présents. Il sera question ici de commenter certains passages bibliques qui exploitent la problématique de la tension entre le besoin spirituel et l'accompagnement des personnes souffrantes.

⁶⁶ CATÉCHISME DE L'ÉGLISE CATHOLIQUE, n° 27 (Désormais en sigle C.E.C) ou Cf. *Gaudium et spes*, § 19, 1.

⁶⁷ B. CALIOUW, « la spécificité de l'accompagnement spirituel catholique en aumônerie d'hôpital. Réflexions à partir de l'anthropologie biblique », dans *Cahiers Internationaux de Théologie Pratique-CITP* (Recherche n° 29), en ligne : <https://www.pastoralis.org/recherches-n-29-beatrice-caliouw-la-specificite-de-laccompagnement-spirituel-catholique-en-aumonerie-dhopital-reflexions-a-partir-de-lanthropologie-biblique/> (Consulté, le 12 juillet 2026).

⁶⁸ Cf. *Id.*

2.2.1.1. *Écrits vétérotestamentaires :*

La réalité du besoin spirituel et de l'accompagnement pastoral n'est pas étrangère à l'Écriture Sainte. Au fait, ce besoin spirituel et cet accompagnement pastoral se présentent plus souvent à travers l'expérience de la souffrance. Soulignons que la réalité de la souffrance demeure au cœur même des textes sacrés. Dans l'Ancien Testament, plusieurs récits bibliques mettent en lumière la tension entre le besoin spirituel de l'être humain et la manière dont celui-ci est accompagné dans sa relation avec Dieu. Ces récits révèlent une humanité marquée par la fragilité, la souffrance, le péché, la peur et la quête de sens, mais aussi un Dieu qui accompagne son peuple à travers des médiateurs, tels que les prophètes, les prêtres, les juges ou les sages. Cette tension apparaît lorsque les attentes spirituelles profondes des hommes rencontrent les exigences de l'Alliance, de la loi divine ou de la conversion intérieure. L'Ancien Testament constitue ainsi une source importante pour comprendre les fondements bibliques de l'accompagnement pastoral.

Le premier récit significatif est celui de la chute de l'homme dans le livre de la Genèse (Gn 3). Après avoir désobéi à Dieu, Adam et Ève découvrent leur fragilité, leur honte et leur éloignement du Créateur. Ce passage révèle la naissance d'une tension spirituelle fondamentale : l'être humain aspire à la communion avec Dieu, mais il expérimente aussi la rupture, la peur et la souffrance causées par le péché. Le besoin spirituel apparaît ici comme le désir de retrouver la proximité divine perdue. Pourtant, l'accompagnement de Dieu prend une forme exigeante : Dieu interroge l'homme, lui révèle sa faute et lui rappelle les conséquences de ses actes. Cependant, cet accompagnement n'est pas un abandon. Dieu continue de protéger l'humanité malgré sa chute. Le Catéchisme de l'Église catholique affirme que « après la chute, l'homme n'a pas été abandonné par Dieu⁶⁹ ».

André Wénin va dans le même sens en révélant que ce n'est pas l'histoire de la chute de l'être humain avec ses conséquences qui compte, c'est plutôt l'histoire de l'alliance sans cesse recommencée qui importe. En réalité, « [...] dans les impasses, Dieu se tient à côté d'eux [les humains] pour leur rouvrir un chemin de vie, sans violer leur liberté ni les priver de leur responsabilité⁷⁰ ». Ces affirmations montrent que l'accompagnement divin demeure présent même dans la condition de péché et de souffrance.

Le récit de Moïse et de l'Exode (Ex 3, 1ss ; 7, 1ss ; 9, 1ss -12, 51ss) illustre également cette tension entre le besoin spirituel et l'accompagnement pastoral. Dans le livre de l'Exode, Dieu entend les cris de son peuple opprimé en Égypte et appelle Moïse à devenir médiateur de la libération. Le peuple d'Israël exprime un besoin profond de délivrance, de sécurité et de présence divine. Toutefois, le chemin

⁶⁹ C.E.C, n° 410.

⁷⁰ A. WÉNIN, *D'Adam à Abraham ou les errances de l'humain : lecture de Genèse 1,1-12,4*, Paris, Cerf, 2007, Éd. revue, 4^{ème} couverture.

vers la Terre promise est marqué par les murmures, les révoltes et les doutes du peuple face aux exigences de Dieu. Israël désire souvent des solutions immédiates à ses souffrances, tandis que Dieu invite son peuple à un chemin de foi, de confiance et de conversion. Cette tension rappelle les difficultés rencontrées aujourd'hui dans l'accompagnement pastoral : beaucoup recherchent un réconfort spirituel immédiat alors que le chemin spirituel demande patience, fidélité et transformation intérieure.

Le Catéchisme de l'Église catholique souligne que l'Exode représente une figure du salut et de la libération spirituelle accomplie par Dieu⁷¹. L'accompagnement pastoral trouve ici un modèle important : comme Moïse, l'accompagnateur spirituel ou l'accompagnatrice spirituelle est appelé.e à guider les personnes dans leurs épreuves tout en les aidant à grandir dans la foi. Cependant, cette mission devient parfois source de tension lorsque les attentes humaines se heurtent aux exigences du chemin spirituel.

Le récit du prophète Élie dans le premier livre des Rois (1 R 19, 1-18) met également en évidence cette réalité. Après avoir combattu les prophètes de Baal, Élie traverse une profonde crise spirituelle. Fatigué, découragé et menacé de mort, il demande à Dieu de reprendre sa vie. Ce passage montre qu'un homme de foi peut lui-même expérimenter le vide intérieur et le besoin d'accompagnement spirituel. Dieu ne répond pas à Élie par des reproches immédiats, mais par une présence attentive : il lui donne du pain, de l'eau et du repos avant de lui parler dans le murmure d'une brise légère. Ce récit révèle une dimension essentielle de l'accompagnement pastoral : avant d'enseigner ou de corriger, il faut écouter, soutenir et prendre soin de la fragilité humaine.

Le livre des Psaumes (Ps 23 ; 42 ; 22 ; 51 ; 121 ; 130) constitue également un témoignage profond de la tension entre le besoin spirituel et l'accompagnement divin. Dans plusieurs de ces psaumes, l'homme exprime son angoisse, son sentiment d'abandon et sa soif de Dieu. Le psalmiste cherche un soutien spirituel face à la souffrance et au silence apparent de Dieu. Pourtant, ces prières montrent aussi un chemin de confiance et d'espérance. Elles révèlent que l'accompagnement spirituel passe souvent par l'apprentissage de la persévérance dans la foi même au cœur de l'épreuve.

Le Catéchisme de l'Église catholique affirme que les Psaumes sont l'école de la prière du peuple de Dieu⁷². Ils montrent que la vie spirituelle comporte des moments de consolation, mais aussi de doute et de combat intérieur. Cette réalité éclaire les tensions actuelles entre les attentes spirituelles des personnes et les réponses pastorales parfois jugées insuffisantes face aux souffrances humaines.

Enfin, le livre de Job illustre de manière remarquable cette tension. Job, homme juste, traverse des souffrances extrêmes sans comprendre leur sens. Ses amis tentent de l'accompagner spirituellement, mais leur discours devient parfois accusateur et moraliste. Ils cherchent à expliquer la souffrance de Job

⁷¹ Cf. C.E.C, n° 1221.

⁷² Cf. C.E.C, n° 2585.

comme une conséquence de ses fautes, alors que celui-ci attend surtout écoute, compassion et compréhension. Cette expérience de la souffrance nous montre que « [...] dans le personnage de Job, chacun peut reconnaître ses souffrances, ses angoisses, ses révoltes, sa quête, son espérance⁷³ ». Par ailleurs, ce récit montre les limites d'un accompagnement pastoral centré uniquement sur les réponses doctrinales ou morales sans attention suffisante à la douleur humaine.

À travers ces récits de l'Ancien Testament, on découvre que la tension entre le besoin spirituel et l'accompagnement pastoral est profondément enracinée dans l'expérience humaine et biblique. L'homme cherche Dieu dans sa souffrance, ses doutes et ses fragilités, tandis que l'accompagnement spirituel est appelé à conjuguer vérité, compassion, écoute et espérance. Ces textes bibliques invitent aujourd'hui l'Église à développer une pastorale plus proche des réalités humaines, capable d'accueillir les blessures spirituelles tout en guidant les personnes vers une relation vivante avec Dieu. Les écrits néotestamentaires apporteront un éclairage supplémentaire dans la compréhension de cette tension entre besoin spirituel et accompagnement pastoral.

2.2.1.2. Écrits néotestamentaires

Dans le Nouveau Testament, plusieurs récits montrent que l'être humain porte une profonde soif spirituelle tout en ayant besoin d'un accompagnement concret, humain et pastoral. Cette tension apparaît dans les rencontres de Jésus-Christ avec les malades, les pécheurs, les exclus ou encore les disciples en crise. Le Christ ne répond pas seulement aux besoins matériels ou religieux ; il accompagne les personnes dans leur fragilité intérieure, leur doute et leur quête de sens. Ainsi, le Nouveau Testament présente l'accompagnement pastoral comme une présence compatissante qui aide la personne à découvrir Dieu au cœur de ses blessures.

En effet, le récit de la Samaritaine (Jn 4, 1-42) constitue l'un des plus beaux exemples de la tension entre besoin spirituel et accompagnement pastoral. Fatiguée par une vie marquée par l'instabilité affective et le rejet social, la femme vient puiser de l'eau au puits de Jacob. Cependant, Jésus-Christ l'amène progressivement à reconnaître une autre soif, plus profonde : la soif de Dieu. Jésus ne condamne pas immédiatement cette femme ; il engage un dialogue patient et respectueux. Son attitude révèle une véritable pédagogie pastorale fondée sur l'écoute, la compréhension et l'accompagnement progressif. Ce texte montre que le besoin spirituel est souvent caché derrière des blessures humaines, affectives ou sociales. L'accompagnement pastoral consiste alors à aider la personne à découvrir la source véritable capable de répondre à sa quête intérieure.

⁷³ G. CHÉREAU, *Job et le mystère de Dieu. Un chemin d'espérance*, Paris, Lethielleux, 2006, p. 283.

Par ailleurs, le récit des disciples d'Emmaüs (Lc 24, 13-35) illustre la situation de croyants découragés après la mort du Christ. Les disciples marchent dans la tristesse et l'incompréhension : « Nous espérions, nous, que c'était lui qui allait délivrer Israël » (Lc 24, 21). Leur besoin spirituel se manifeste dans la perte du sens et l'effondrement de leurs espérances. Jésus ressuscité les rejoint discrètement sur le chemin et les accompagne sans s'imposer immédiatement. Il écoute leur souffrance, explique les Écritures et partage le pain avec eux.

Ce texte révèle que l'accompagnement pastoral ne consiste pas d'abord à donner des réponses rapides, mais à marcher avec la personne dans son expérience de doute et de confusion. La présence attentive du Christ transforme progressivement leur désespoir en espérance. Ce passage montre également l'importance de la Parole de Dieu et de la communion fraternelle dans le processus d'accompagnement spirituel.

De plus, le récit de Bartimée (Mc 10, 46-52) met en lumière le besoin profond de salut et de reconnaissance. Bartimée, aveugle et marginalisé, crie vers Jésus malgré les tentatives de la foule pour le faire taire : « Jésus, fils de David, prends pitié de moi ». Son cri représente celui de toute personne en quête de lumière intérieure et de dignité humaine. Jésus s'arrête, écoute son appel et lui demande : « Que veux-tu que je fasse pour toi ? » Cette question révèle une attitude pastorale fondamentale : reconnaître la parole et la souffrance de l'autre. Jésus ne traite pas Bartimée comme un simple malade, mais comme une personne capable d'exprimer son désir profond. L'accompagnement pastoral suppose ainsi l'écoute attentive des besoins spirituels réels de la personne.

Dans le discours du Bon Pasteur (Jn 10, 1-18), Jésus-Christ se présente comme celui qui connaît ses brebis et donne sa vie pour elles : « Je suis le bon pasteur ; je connais mes brebis et mes brebis me connaissent » (Jn 10,14). Ce texte constitue un fondement théologique majeur de la pastorale chrétienne. Jésus ne dirige pas de manière autoritaire ; il accompagne avec proximité, connaissance personnelle et amour sacrificiel. Les brebis symbolisent les croyants confrontés aux dangers, aux peurs et aux besoins spirituels de l'existence. Le véritable accompagnement pastoral exige donc : l'écoute, la compassion, la disponibilité, la protection des plus fragiles et le don de soi.

Après avoir renié Jésus pendant la Passion (Jn 21, 15-19), Pierre vit une profonde crise intérieure. Pourtant, après la résurrection, Jésus ne l'humilie pas. Il lui pose trois fois la question : « M'aimes-tu ? » Cette rencontre manifeste une pastorale de la miséricorde et de la restauration. Jésus accompagne Pierre dans sa blessure morale afin de lui redonner confiance et mission : « Pais mes brebis ». Le texte montre que l'accompagnement pastoral authentique doit intégrer la faiblesse humaine, le pardon et la reconstruction intérieure.

Ainsi, les textes du Nouveau Testament révèlent que le besoin spirituel de l'être humain s'exprime souvent dans la souffrance, le doute, la solitude, la culpabilité ou la quête de sens. Face à cette

réalité, Jésus-Christ adopte une attitude pastorale fondée sur : l'écoute, la compassion, le dialogue, la patience et la proximité humaine. Il montre que l'accompagnement pastoral ne consiste pas seulement à enseigner une doctrine, mais à marcher avec les personnes dans leur fragilité afin de les conduire progressivement vers l'espérance et la rencontre avec le Seigneur.

2.2.2. Aspects christologiques

La réflexion sur la tension entre le besoin spirituel de l'être humain et l'accompagnement pastoral trouve son centre dans la personne de Jésus-Christ. Dans la perspective chrétienne, le Christ apparaît non seulement comme révélateur de Dieu, mais également comme modèle parfait de l'accompagnateur pastoral. Son ministère montre que les besoins spirituels de l'homme comme quête de sens, désir de salut, de souffrance intérieure, de besoin de consolation et de réconciliation rencontrent une réponse dans une présence attentive, miséricordieuse et profondément humaine. La christologie éclaire ainsi la mission pastorale de l'Église, appelée à prolonger dans le monde l'œuvre d'accompagnement du Christ.

En effet, les écrits néotestamentaires, en particulier les évangiles, nous révèlent évidemment les aspects christologiques qui prouvent que le désir spirituel et l'accompagnement spirituel font partie de la condition humaine. Sans doute, la motivation cachée de toutes les démarches de guérison physique sollicitées par les personnes souffrantes ou par leur communauté auprès de Jésus-Christ dévoile la nécessité de la recherche de sens et du désir d'attachement relationnel. Ce désir s'exprime de plusieurs manières, notamment : le désir de se réconcilier avec soi-même, avec les autres, avec l'être transcendant, etc. La rencontre avec Jésus donne effectivement, à celui ou à celle qui se laisse saisir par lui, du sens profond à l'être chrétien. À ce propos, Robert Dumont l'a bien exprimé dans son article « Jésus, la boussole de ma vie sur le chemin des hommes » en disant :

« Ce qui demeurait solide à mes yeux, c'était mon ancrage dans le témoignage que Jésus avait rendu de son vivant. Son accueil sans réserve à tous ceux qu'il rencontrait, sa manière personnelle de les écouter, de les mettre en confiance, de leur permettre d'exprimer ce qui les poignait au plus profond d'eux-mêmes, son admiration pour leur vérité intérieure et leur souci de s'humaniser, ces éminentes qualités relationnelles du Nazaréen, source de vitalité humaine retrouvée ou renouvelée chez tant de femmes et d'hommes qu'il croisait sur ses chemins [...]»⁷⁴.

D'ailleurs, dans chaque rencontre personnelle de Jésus avec la personne malade, il y avait toujours la relation qui s'est créée, sauf dans certains cas exceptionnels. Autrement dit, Jésus allait à la rencontre des personnes pour toucher du doigt la réalité concrète de la souffrance des personnes. Il les accompagnait pour qu'elles prennent conscience de leurs états psychologiques afin de les orienter vers une autre dimension qui transcende le monde matériel. Là, il touchait déjà la dimension spirituelle. Dans cette perspective, la sensibilité physique ou corporelle facilite ce contact direct pour entrer en relation

⁷⁴ R. DUMONT, « Jésus, la boussole de ma vie sur le chemin des hommes », dans B. QUELQUEJEU, J. MUSSET, *La foi et ses raisons... Des chrétiens s'expliquent* (Sens & Conscience), Paris, Karthala, 2022, p. 140-141.

lors d'un dialogue. Ceci nous prouve combien la présence physique reste très importante lors de l'accompagnement. Cette présence peut paraître plus capitale que les paroles à prononcer. L'illustration du récit de la mort de Lazare (Jn 11, 1-45) reste un exemple éloquent. Jésus s'est fait proche de ceux qui se sont laissés toucher par lui.

L'objectif poursuivi par Jésus dans sa mission lors de cette démarche spirituelle vise surtout la restauration de la dignité de la personne malade ternie par le regard de la communauté et son insertion au sein de la société. Certains récits, tels que la femme adultère (Jn 8, 1-11), l'aveugle de naissance (Jn 9, 5-41), la femme atteinte d'une perte de sang (Mc 5, 25-34), le paralytique de Bethesda (Jn 5, 1-15), ..., témoignent de l'exclusion totale des malades à la vie sociétale. Ces personnes malades souffrent physiquement, psychologiquement et spirituellement puisqu'elles portent le poids social et spirituel imposé par la communauté sociétale. Leurs besoins spirituels se manifestent à travers les aspects du pardon divin, de la réconciliation, de l'ouverture à la transcendance, de la réhabilitation de la dignité humaine, de la grâce divine,... Après avoir décelé ces besoins spirituels, l'accompagnement pastoral devient un véritable lieu pratique de la concrétisation.

Par ailleurs, l'Incarnation constitue le premier aspect christologique fondamental dans cette réflexion. En devenant homme, le Fils de Dieu entre dans la condition humaine avec toutes ses fragilités, ses douleurs et ses limites, à l'exception du péché. Le mystère de l'Incarnation montre que Dieu ne sauve pas l'homme à distance, mais en partageant concrètement son existence. Cette proximité divine répond au besoin profond de l'être humain d'être compris et accompagné dans sa réalité quotidienne. En effet, ce mystère de l'Incarnation demeure la matérialisation concrète de l'autocommunication de Dieu qui tient compte de l'histoire et de l'expérience humaine. C'est Dieu qui rejoint l'être humain dans son humanité tout en respectant sa liberté octroyée. Et la grâce divine façonne intérieurement l'être humain. À travers sa théologie de l'Incarnation et de l'autocommunication, Karl Rahner montre que « Dieu pour nous est donné en autocommunication absolue [...] cette autocommunication de Dieu est donnée sous le mode de la proximité⁷⁵ ». Cette pensée souligne clairement que la rencontre avec Dieu passe par une expérience existentielle et intérieure. Ainsi, l'accompagnement pastoral ne peut être réduit à une simple transmission doctrinale ; il doit aider la personne à vivre une véritable rencontre avec le Christ dans les épreuves de l'existence.

Le Christ apparaît également comme celui qui accueille la souffrance humaine avec compassion. Les Évangiles présentent continuellement Jésus proche des malades, des exclus, des pauvres et des pécheurs. Il ne se contente pas d'enseigner ; il écoute, console, touche et restaure les personnes blessées. Dans la guérison de l'aveugle Bartimée (Mc 10, 46-52), Jésus s'arrête devant le cri d'un homme

⁷⁵ K. RAHNER, E. MAURICE, O. RIAUDEL, *Traité fondamental de la foi : études sur le concept de christianisme*, Paris, Cerf, 2011, p. 143.

marginalisé et lui demande : « Que veux-tu que je fasse pour toi ? » Cette attitude révèle une dimension essentielle de l'accompagnement pastoral : reconnaître la dignité et la parole de la personne souffrante.

Dans cette perspective, Gilles Godbout développe la figure de l'« aidant vulnérable » comme un véritable altruisme. Dans son article « Accompagner. La relation d'aide ou le counseling pastoral », il affirme : « Accompagner, c'est d'abord se laisser guider par l'autre sur son chemin. Ai-je assez confiance en moi, en mes ressources, pour m'aventurer ainsi en terre étrangère ? C'est aussi se faire proche du prochain [...] »⁷⁶. Pour Godbout, le véritable accompagnateur spirituel est celui qui accepte sa propre vulnérabilité et rejoint l'autre avec compassion. Cette réflexion trouve son fondement christologique dans le fait que le Christ lui-même sauve l'humanité à travers ses blessures et sa passion. L'accompagnement pastoral authentique ne repose donc pas sur une supériorité morale, mais sur une proximité humaine éclairée par la grâce.

Par ailleurs, la croix du Christ révèle la profondeur de la tension entre le besoin spirituel et l'expérience du silence de Dieu. Sur la croix, Jésus prononce les paroles du Psaume 22, exprimant l'angoisse humaine face à la souffrance et à l'abandon apparent. Cet événement montre que même dans l'obscurité spirituelle, Dieu demeure présent au cœur de l'expérience humaine. La christologie de la croix enseigne que l'accompagnement pastoral doit parfois accepter de marcher avec la personne dans le silence, sans réponses immédiates.

En outre, la figure du Bon Pasteur (Jn 10,1-18) constitue un modèle majeur de la pastorale chrétienne. Jésus affirme : « Je suis le bon pasteur ; je connais mes brebis. » Cette image traduit une relation personnelle, protectrice et aimante entre le Christ et les croyants. Le Bon Pasteur guide, protège et donne sa vie pour ses brebis. Cette dimension christologique rappelle que toute action pastorale doit être animée par l'amour, le service et le souci des plus fragiles.

L'Église catholique rappelle dans le Catéchisme de l'Église catholique : « Le Verbe s'est fait chair pour nous rendre participants de la nature divine (2 P 1, 4)⁷⁷ ». Cette affirmation montre que l'œuvre du Christ vise la restauration intégrale de l'homme. L'accompagnement pastoral participe ainsi à cette mission de guérison spirituelle et humaine.

En définitive, les aspects christologiques de la tension entre besoin spirituel et accompagnement pastoral révèlent que le Christ est à la fois : celui qui partage la condition humaine ; celui qui écoute et console ; celui qui accompagne dans l'épreuve et celui qui conduit vers l'espérance et le salut. À travers l'Incarnation, la compassion, la croix et la figure du Bon Pasteur, Jésus devient le modèle fondamental de tout accompagnement pastoral authentique. La mission de l'Église consiste alors à rendre visible

⁷⁶ G. GODBOUT, « Accompagner. La relation d'aide ou le counseling pastoral », dans *Précis de théologie pratique*, p. 764.

⁷⁷ C.E.C, n° 460.

cette présence du Christ auprès des personnes blessées, en répondant à leurs besoins spirituels avec écoute, miséricorde et proximité humaine.

2.2.3. Apports ecclésiologiques

La maladie bouleverse profondément l'existence humaine. Elle n'atteint pas seulement le corps ; elle fragilise aussi l'image de soi, modifie le rapport aux autres, fait naître des dépendances nouvelles et réveille des questions que la vie ordinaire maintenait parfois en silence. Dans l'épreuve, le malade peut se demander pourquoi cela lui arrive, ce qu'il peut encore espérer, qui demeure réellement près de lui, et parfois quelle place Dieu occupe encore dans cette traversée. C'est pourquoi les approches contemporaines de la santé reconnaissent de plus en plus que la personne malade ne peut être accompagnée de manière adéquate si l'on ne prend pas en compte aussi sa dimension intérieure et spirituelle, notamment dans le contexte des soins palliatifs⁷⁸.

Cependant, l'accompagnement pastoral des malades se déploie aujourd'hui dans des institutions fortement structurées par des normes précises : autonomie des patients, neutralité, pluralisme religieux, confidentialité, protection des données et exigences d'efficacité. Dès lors, une tension apparaît. Comment répondre à un besoin spirituel réel sans réduire la spiritualité à une fonction thérapeutique ? Comment proposer une présence ecclésiale sans imposer une réponse religieuse là où elle n'est ni demandée ni souhaitée ? Cette tension mérite une réflexion théologique sérieuse, car elle engage à la fois la dignité de la personne malade et la manière dont l'Église comprend sa propre mission.

En ce sens, l'ecclésiologie nous offre des repères précieux. Elle ne nous dit pas seulement ce qu'il faut faire ; elle nous aide aussi à comprendre qui agit, au nom de quoi, avec quels signes et dans quel horizon de communion. Accompagner les malades n'est pas un simple service périphérique de l'Église. Comme le rappelle le Magistère, « l'Église a toujours ressenti le service aux malades comme une « partie intégrante de sa mission » [...] »⁷⁹. Dès lors, réfléchir à la tension entre besoin spirituel et accompagnement pastoral, c'est réfléchir à une manière concrète pour l'Église de se rendre présente au cœur de la vulnérabilité humaine.

Nous estimons que le premier apport ecclésiologique consiste à reconnaître la profondeur du besoin spirituel qui surgit dans l'épreuve de la maladie comme une réalité humaine. Ce besoin ne coïncide pas nécessairement avec une demande religieuse explicite. Il peut s'exprimer comme une quête

⁷⁸ Cf. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Soins palliatifs (5 août 2020)*, en ligne : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (consulté 14 avril 2026).

⁷⁹ CONSEIL PONTIFICAL POUR LES PERSONNELS DE LA SANTÉ (POUR LA PASTORALE DE LA SANTÉ), *Nouvelle Charte des personnels de la santé*, Rome, Libreria editrice Vaticana, 2021, p. 3, en ligne : <https://www.humandevlopment.va/content/dam/sviluppoumano/pubblicazioni-documenti/documenti/nuova-carta-degli-operatori-sanitari/Nuova-Carta-Operati-Sanitar---FR.pdf> (consulté le 14 avril 2026).

de sens, un besoin de réconciliation, un désir de paix intérieure, une peur devant l'avenir, ou plus simplement comme le besoin de ne pas être abandonné. Autrement dit, le spirituel ne commence pas seulement lorsque le malade réclame un sacrement ou une prière ; il se manifeste déjà dans cette part de l'existence qui cherche à relire l'épreuve et à lui donner une signification. C'est en ce sens que dans les soins palliatifs, on reconnaît que la prise en charge doit inclure également les problèmes d'ordre « spirituel »⁸⁰.

Sur le plan ecclésiologique, cela nous oblige à tenir ensemble deux vérités. D'une part, la foi chrétienne ne peut être réduite à une simple technique d'apaisement psychologique ; elle est relation au Christ, traversée par l'espérance pascalienne. D'autre part, nous devons reconnaître qu'il existe un espace plus large, plus discret, où le malade exprime quelque chose de son intériorité sans encore utiliser un langage confessionnel. Jean-Marc Charron montre à ce propos que l'expérience spirituelle rejoint profondément la quête d'identité et la recherche de sens dans les moments de crise⁸¹. Cette perspective est importante, car elle nous rappelle que l'Église ne rencontre pas d'abord une « fonction religieuse » chez le malade, mais une personne en situation de vulnérabilité.

Cette situation s'inscrit aussi dans un contexte de mutation du monde sanitaire. Effectivement, ces « mutations sont mues par plusieurs facteurs : [...] la laïcisation de la gouvernance [...] et l'intérêt marqué de la biomédecine pour l'expérience spirituelle en temps de maladie⁸² ». Ce constat met bien en lumière la tension actuelle : d'un côté, la biomédecine cherche à intégrer la spiritualité dans une approche globale du soin ; de l'autre, l'Église veut accompagner le malade sans se laisser absorber par un langage purement clinique. L'apport de l'ecclésiologie est ici de rappeler que la personne malade est toujours plus que ce qui peut être mesuré, évalué ou codifié. Elle est un sujet de parole, de relation et d'espérance.

Le deuxième apport ecclésiologique consiste à situer l'accompagnement pastoral dans le cœur même de la mission ecclésiale. La pastorale de la santé n'est pas une activité annexe ; elle manifeste une Église qui se fait proche, qui visite, qui écoute, qui prie et qui soutient. Dans la tradition catholique, cet accompagnement prend des formes diverses mais complémentaires : les sacrements, surtout l'onction des malades, l'eucharistie et la réconciliation, mais aussi la présence fraternelle, l'écoute spirituelle, les rites et le soutien offert aux familles. À travers ces gestes, l'Église ne fait pas qu'apporter un réconfort ; elle témoigne que la souffrance humaine n'est pas abandonnée hors du champ de la communion ecclésiale.

La pastorale des personnes souffrantes permet notamment de maintenir les liens entre les personnes abandonnées avec leur communauté de base. À cet égard, le pape François atteste :

⁸⁰ Cf. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Soins palliatifs* (5 août 2020).

⁸¹ Cf. J.-M. CHARRON, « Expérience spirituelle et quête de l'identité », dans G. JOBIN, A. LEGAULT, N. PUJOL, *L'accompagnement de l'expérience spirituelle en temps de maladie* (Religio), Bruxelles, PUL, 2017, p. 52-53.

⁸² G. JOBIN, A. LEGAULT, N. PUJOL, « Préface », dans Guy JOBIN, Alain LEGAULT, Nicolas PUJOL, *Op. cit.*, p. 7.

« Voici très beau secret pour rêver et faire de notre vie une belle aventure. Personne ne peut affronter la vie de manière isolée. Nous avons besoin d'une communauté qui nous soutient, qui nous aide et dans laquelle nous nous aidons mutuellement à regarder de l'avant [...] »⁸³.

L'Église se reconnaît comme corps du Christ qui assume sa souffrance. Cette dernière trouve sa guérison par un de ses membres, c'est le Christ qui est le vrai soignant. Le savoir-être de ses pratiques ecclésiales peut devenir de véritables « communautés de guérison »⁸⁴.

Le contexte hospitalier contemporain montre cependant que cette mission doit s'exercer avec finesse. La Conférence des évêques de France rappelle que « l'aumônier a la charge d'assurer le service du culte, d'assister les patients et de répondre à leurs besoins spirituels⁸⁵ ». Cette déclaration est éclairante. Elle nous montre que répondre au besoin spirituel des malades ne se réduit ni à célébrer des rites ni à offrir une simple écoute psychologique. Il s'agit d'une articulation délicate entre service du culte, présence humaine et discernement spirituel. En d'autres termes, accompagner pastoralement suppose d'abord de recevoir la parole, le rythme et parfois le silence du malade. Nous comprenons alors que la justesse pastorale ne réside pas dans la multiplication des actes religieux, mais dans la qualité d'une présence ajustée.

Dans cette perspective, l'ecclésiologie nous aide à penser l'Église comme présence sacramentelle et relationnelle. Elle ne vient pas d'abord occuper l'espace médical, mais habiter humblement un lieu de fragilité humaine. Cela apparaît avec force dans *Samaritanus bonus*, qui rappelle que « le soin psychologique et spirituel du patient tout au long de la maladie doit être une priorité [...] en prenant soin de placer le patient et sa famille au centre⁸⁶ ». Une telle affirmation éclaire profondément l'accompagnement pastoral. Elle nous invite à comprendre que l'Église est fidèle à sa mission lorsqu'elle place réellement la personne malade au centre, non pour la récupérer, mais pour la servir. L'accompagnement pastoral devient alors un ministère de proximité, où l'on prend soin de la liberté de l'autre autant que de sa souffrance.

Cette ecclésiologie privilégie davantage le savoir-être, sans porter de jugement aux personnes accompagnées, qu'au savoir-faire basé sur les acquis théologiques et philosophiques. Ce savoir-être peut être évalué à partir de la qualité de la présence réelle de l'Église auprès de toutes les personnes souffrantes qui se trouvent dans le besoin. Ce propos rejoint l'invitation pressante du pape François qui parle d'une « Église en sortie » cherchant à atteindre toutes les périphéries existentielles de notre planète⁸⁷.

⁸³ FRANÇOIS (Pape), *Lettre encycl. Fratelli tutti*, Paris-Bruxelles, Salvator-Fidélité, 2020, § 8.

⁸⁴ Cf. CONGRÉGATION POUR LA DOCTRINE DE LA FOI, *Lettre sur le soin des personnes en phases critiques et terminales de la vie* *Samaritanus bonus*, Paris, Pierre Téqui, 2021, p. 7.

⁸⁵ CONFÉRENCE DES ÉVÊQUES DE FRANCE, *Fiche-mission-aumônier-hospitalier ...* : « Mission de l'Aumônier Hospitalier catholique », 2023, p. 1, en ligne : <https://eglise.catholique.fr/wp-content/uploads/sites/2/2023/11/Fiche-mission-aumônier-hospitalier.pdf> (consulté, le 14 avril 2026).

⁸⁶ CONGRÉGATION POUR LA DOCTRINE DE LA FOI, *Lettre sur le soin des personnes en phases critiques ...*, p. 76.

⁸⁷ Cf. FRANÇOIS (Pape), *Exh. Apost. post-synodale Evangelii gaudium*, Namur, Fidélité, 2013, § 20, 46 et 49.

Un autre apport consiste à éclairer les tensions concrètes qui traversent aujourd'hui l'accompagnement pastoral. Il s'agit de tensions entre les institutions hospitalières et les critères d'un accompagnement ecclésial ajusté. La première concerne l'autonomie des patients et des patientes. La personne malade peut exprimer une détresse spirituelle sans souhaiter un langage religieux ; une autre peut, au contraire, demander un sacrement sans vouloir entrer dans un long échange. L'Église doit alors apprendre à proposer sans imposer. La posture pastorale, comme le souligne *Samaritanus bonus*, ne peut être intrusive ; elle doit être consentie, respectueuse et centrée sur la personne. C'est précisément dans cette capacité de retenue et d'attention que se joue une forme authentiquement évangélique de la présence ecclésiale.

Une autre tension majeure vient de la médicalisation et de la gestionnarisation du soin. Nicolas Pujol et ses collaborateurs le décrivent avec justesse lorsqu'ils écrivent que

« les cadences s'accroissent, le temps passé au codage de l'activité se fait au détriment de la relation de soin, la rationalité économique supplante parfois la rationalité éthique dans les décisions médicales, les temps de convivialité s'amenuisent et la standardisation des pratiques ne permet plus d'honorer la part singulière du soin⁸⁸ ».

Cette analyse est particulièrement importante pour notre sujet. Le besoin spirituel des malades est souvent singulier, narratif, parfois contradictoire. Or l'institution préfère ce qui se laisse formuler rapidement, transmettre et mesurer. Dans ce contexte, l'accompagnement pastoral risque soit d'être réduit à une fonction utilitaire, soit d'être marginalisé comme réalité secondaire. L'ecclésiologie intervient alors pour rappeler que toute personne humaine surplante les catégories de l'évaluation gestionnaire.

Enfin, le pluralisme religieux et la confidentialité obligent à préciser davantage les critères d'un accompagnement juste. L'Église est envoyée vers tout malade, mais ses signes sacramentels appartiennent à une tradition déterminée. Nicoleta Sacagiu insiste, à juste titre, sur la pluralité religieuse comme cadre incontournable des milieux de soins, ce qui exige des compétences de dialogue, de relais interreligieux et d'accompagnement sans prosélytisme⁸⁹. De plus, la confidentialité crée un autre point de tension : tout ce qui est confié dans l'espace spirituel ne peut devenir une simple information circulante dans l'institution. Ici encore, l'ecclésiologie propose des repères précieux. Elle invite à distinguer sans séparer le soin spirituel et l'accompagnement pastoral, à préserver l'irréductibilité de l'expérience intérieure, et à privilégier la relation, le récit et le discernement. Guy Jobin le dit clairement : « [...] ce langage permet une circulation de l'information clinique entre les divers soignants, mais il ne

⁸⁸ N. PUJOL, C. PRODHOMME, A. CHASSAGNE, « Travail du Care et spiritualité : résultats d'une enquête auprès de soignants travaillant dans des unités de soins palliatifs françaises », dans *Revue internationale d'anthropologie culturelle et sociale*, 2022, p. 124, en ligne : <http://www.cargo.canthel.fr/wp-content/uploads/2022/01/Cargo11-Nicolas-Pujol-Chloé-Prodhomme-Aline-Chassagne.pdf> (consulté, le 14 avril 2026).

⁸⁹ Cf. N. SACAGIU, « Être accompagnant spirituel au CHUV : quelles compétences pour aujourd'hui ? », dans Guy JOBIN, Alain LEGAULT, Nicolas PUJOL, *Op. cit.*, p. 102-103.

reflète pas nécessairement l'expérience subjective de la personne malade⁹⁰ ». Nous voyons alors que la mission de l'Église est aussi de sauvegarder des espaces où la parole humaine peut être reçue autrement que comme une donnée exploitable.

Nous pouvons dire que la tension entre besoin spirituel et accompagnement pastoral des malades est une tension réelle, structurelle, et même inévitable. Elle naît de la rencontre entre une expérience humaine profondément singulière - celle de la souffrance, de la vulnérabilité, de la quête de sens - et un cadre institutionnel régi par des normes de neutralité, d'autonomie, de pluralisme et d'efficacité. L'enjeu est de taille parce qu'il n'est donc pas de supprimer cette tension, mais de l'habiter avec intelligence théologique et justesse pastorale.

C'est ici que l'ecclésiologie se révèle particulièrement féconde. Elle nous rappelle d'abord que le service des malades appartient au cœur même de la mission de l'Église. Elle nous montre ensuite que l'accompagnement pastoral n'est authentique que s'il respecte la liberté de la personne, accueille son rythme, reconnaît la pluralité des situations et refuse toute instrumentalisation du spirituel. Enfin, elle nous aide à comprendre que l'Église demeure fidèle à elle-même lorsqu'elle se fait présence, écoute, consolation et espérance au cœur même de l'épreuve.

Ainsi, accompagner les malades ne consiste ni à médicaliser la foi ni à sacraliser artificiellement la souffrance. Il s'agit plutôt de tenir ensemble l'humanité du soin et la vérité de la mission ecclésiale. Lorsque cette articulation est juste, l'accompagnement pastoral peut répondre au besoin spirituel sans le réduire, et il peut humaniser profondément l'expérience du soin sans perdre son identité propre. En ce sens, nous comprenons que la présence ecclésiale auprès des malades n'est pas seulement une aide offerte dans la fragilité ; elle est aussi une manière concrète pour l'Église de manifester, dans l'histoire, la proximité miséricordieuse du Christ.

Après avoir été éclairé par quelques repères scripturaires, aspects christologiques et apports ecclésiologiques sur la tension entre le besoin spirituel et l'accompagnement pastoral des malades, nous pensons que les déclarations doctrinales et les réflexions théologiques contemporaines nous donneront davantage de lumières sur ce sujet.

2.3. Déclarations doctrinales et réflexions théologiques contemporaines

Parler de tension entre besoin spirituel et accompagnement pastoral des malades suppose de tenir ensemble deux réalités. La première est existentielle : la maladie « éprouve » la vie humaine, met au contact de l'impuissance et de la finitude, peut conduire à « l'angoisse » et parfois « au désespoir », mais

⁹⁰ G. JOBIN, « L'accompagnement, la spiritualité et le bien-être », dans Guy JOBIN, Alain LEGAULT, Nicolas PUJOL, *Op. cit.*, p. 33.

peut aussi ouvrir un discernement de l'essentiel qui est la « recherche de Dieu »⁹¹. La seconde est institutionnelle et pratique : l'accompagnement pastoral se vit aujourd'hui à l'intérieur de systèmes de santé où la relation « soignants–soignés » risque d'être réduite à une relation technique, contractuelle, ou fragmentée par la spécialisation. Les textes récents du Magistère sur la fin de vie notent explicitement ce danger de déshumanisation et rappellent que, même « quand il semble qu'il n'y a plus rien à faire, il reste encore beaucoup à faire » : en particulier « se tenir » auprès du malade⁹².

Quand on parle de « besoin spirituel », on ne voit pas forcément une demande religieuse explicite. Dans les soins palliatifs, les définitions contemporaines décrivent un besoin de sens, de repères, de valeurs, de réconciliation, de paix intérieure, parfois d'une parole non religieuse mais profondément existentielle. C'est ainsi que l'Organisation Mondiale de la Santé décrit les soins palliatifs comme une approche qui traite la douleur et d'autres problèmes d'ordre physique, psychosocial ou spirituel⁹³.

L'enjeu pastoral est alors moins de « rajouter du spirituel » au médical que d'éviter deux réductions symétriques : (a) spiritualiser la souffrance (comme si la douleur devenait une exigence ou un mérite en soi) ; (b) évacuer la souffrance spirituelle (comme si le soulagement pharmacologique épuisait le soin). Le Magistère pose précisément cette dialectique : oui à l'analgésie et à la sédation proportionnée, non à la suppression intentionnelle de la vie ; oui à la sollicitude sacramentelle, non à une pastorale « magique » ou tardive⁹⁴.

Ici, notre propos sera traité en deux temps. Le premier sera consacré à donner quelques déclarations doctrinales du Magistère. Le second s'attellera aux réflexions théologiques contemporaines.

2.3.1. Magistère

L'orientation magistériellement la plus stable est l'anthropologie chrétienne du soin : l'humain est un, mais non réductible à une seule dimension. Le Catéchisme de l'Église catholique (C.E.C) souligne que la maladie peut faire entrevoir la mort, provoquer une crise intérieure et susciter une quête de Dieu⁹⁵. Cette description est importante pastoralement : elle refuse le déni (tout ira bien) autant que la fatalité (il n'y a plus rien à faire). Dans ce cadre, le C.E.C explicite le geste fondateur : Jésus est venu guérir

⁹¹ Cf. C.E.C, n° 1500-1501.

⁹² Cf. CONGRÉGATION POUR LA DOCTRINE DE LA FOI, *Lettre sur le soin des personnes en phases critiques ...*, p. 42, 53-55 et 76.

⁹³ Cf. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Soins palliatifs. Principaux faits (5 août 2020)*, en ligne : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (consulté, le 15 avril 2026).

⁹⁴ Cf. CONGRÉGATION POUR LA DOCTRINE DE LA FOI, *Déclaration « Iura et bona » sur l'euthanasie et sur l'observation d'un usage thérapeutique droit et proportionné des médicaments analgésiques (5 mai 1980)*, en ligne : https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_eutanasia_fr.html (consulté, le 15 avril 2026).

⁹⁵ Cf. C.E.C, n° 1501.

l'homme tout entier, âme et corps⁹⁶. Cette phrase condense l'orientation doctrinale : l'accompagnement spirituel n'est pas un supplément facultatif, mais une dimension du salut et du soin, sans confusion avec l'acte médical. Le même passage rappelle que le Christ s'identifie au malade : « J'ai été malade et vous m'avez visité » (Cf. Mt 25, 36), ce qui donne à la visite, à la présence et à l'écoute une densité théologique.

Le Magistère liturgique du concile Vatican II déplace ensuite une pratique qui avait tendance à réserver l'onction aux derniers instants. La constitution *Sacrosanctum Concilium* affirme que « l'extrême-onction [...] n'est pas seulement le sacrement de ceux qui se trouvent à la dernière extrémité⁹⁷ ». Cette précision crée une exigence pastorale très concrète : ne pas réduire l'accompagnement sacramentel à une « urgence terminale », mais l'inscrire dans un parcours, dès que la maladie met « en danger de mort » par affaiblissement ou vieillesse⁹⁸.

En ce sens, *Lumen gentium* relie explicitement le sacrement des malades à la vie ecclésiale : « [...] l'Église tout entière [...] recommande les malades au Seigneur souffrant et glorifié, pour qu'il les soulage et les sauve⁹⁹ ». Cette constitution ajoute une dimension souvent source de malentendus : l'exhortation de s'associer librement à la passion et à la mort du Christ¹⁰⁰. Notons que cette exhortation n'est pas une sacralisation de la douleur, mais un appel à une liberté spirituelle qui transforme l'épreuve en offrande, si et seulement si cette union est réellement consentie.

Cette nuance est développée par Jean-Paul II dans *Salvifici Doloris*, un des textes de référence sur le sens chrétien de la souffrance. D'un côté, la souffrance humaine est reconnue comme plurielle (physique, morale, spirituelle) et partiellement hors d'atteinte de seules techniques médicales¹⁰¹. Elle est une réalité très complexe. De l'autre, le texte affirme une théologie de la participation : la souffrance du Christ « a ouvert sa souffrance rédemptrice à toute souffrance de l'homme » et surtout : « la Rédemption, opérée par la force de l'amour réparateur, reste constamment ouverte à tout amour qui s'exprime dans la souffrance humaine¹⁰² ». L'expression « tout amour » est forte. Elle veut dire que ce n'est pas la douleur en elle-même qui est valorisée, mais l'amour qui peut parfois se frayer un passage à travers elle, sans invalider le devoir de soulager.

C'est ici que l'éthique du soin entre de front dans la tension contemporaine. Le C.E.C pose une triade structurante : condamnation de l'euthanasie intentionnelle, légitimité du refus de l'acharnement thérapeutique et légitimité des analgésiques même s'ils risquent d'abrégier la vie, si la mort n'est pas

⁹⁶ Cf. C.E.C, n° 1503.

⁹⁷ CONCILE ŒCUMÉNIQUE VATICAN II, *Const. sur la sainte liturgie Sacrosanctum concilium*, § 73.

⁹⁸ Cf. *Id.*

⁹⁹ CONCILE ŒCUMÉNIQUE VATICAN II, *Const. dogm. Lumen gentium*, § 11.

¹⁰⁰ Cf. *Id.*

¹⁰¹ Cf. JEAN-PAUL II, *Lettre apost. Salvifici doloris* (1984), Paris, Pierre Téqui, 2000, § 5.

¹⁰² *Ibid.*, § 24.

voulue. À cet égard, une affirmation prend valeur de boussole pastorale et clinique : « Les soins palliatifs constituent une forme privilégiée de la charité désintéressée¹⁰³ ». Elle situe la charité au niveau du soin concret (soulager, entourer, accompagner), tout en refusant la confusion entre charité et suppression de la vie. Car, « [...] le respect de la dignité de la personne humaine, en toutes circonstances, soit placé au centre de l'engagement pour le bien commun [...] »¹⁰⁴.

Par ailleurs, la déclaration *Iura et bona*, fournit un langage éthique devenu classique : « Par euthanasie, nous entendons une action ou une omission qui, de soi ou dans l'intention, donne la mort afin de supprimer ainsi toute douleur¹⁰⁵ ». Ce document ajoute une phrase pastoralement importante, souvent citée mais pas toujours assimilée : « Les supplications de très grands malades demandant parfois la mort ne doivent pas être comprises comme l'expression d'une vraie volonté d'euthanasie ; elles sont en effet presque toujours des demandes angoissées d'aide et d'affection¹⁰⁶ ». Pour le dire mieux, une demande de mourir, même juridiquement formulée, est fréquemment le symptôme relationnel d'un besoin spirituel (ne pas être seul, être reconnu), autant qu'un problème médical.

Sur la douleur et les médicaments, la déclaration *Iura et bona* admet la place d'une « attitude héroïque » (supporter une part de souffrance par union au Christ), mais refuse d'en faire une norme générale ; en pratique, « la prudence humaine et chrétienne conseillera souvent l'emploi des moyens médicaux aptes à atténuer ou supprimer la souffrance¹⁰⁷ ». Au cœur de la tension, le texte cite le discours du pape Pie XII (24 février 1957) : si la suppression de la douleur par narcotiques abrège la vie, elle est permise « s'il n'existe pas d'autres moyens, et si, dans les circonstances données, cela n'empêche pas l'accomplissement d'autres devoirs religieux et moraux¹⁰⁸ ». Cette dernière clause signifie notamment que la vie spirituelle (réconciliation, prière, adieu, signe sacramentel) fait partie des « devoirs » à préserver autant que possible.

En outre, la condamnation magistérielle de l'euthanasie est également portée par *Gaudium et spes* qui stipule que tout ce qui s'oppose à la vie elle-même, même l'euthanasie, est infâme¹⁰⁹. Dans la même perspective, l'encyclique *Evangelium vitae*, dans son numéro 66, reprend la définition intentionnelle de l'euthanasie et formule une critique de la « compassion » comprise comme élimination du souffrant. Elle ajoute

« [...] même que le motif n'est pas le refus égoïste de porter la charge de l'existence de celui qui souffre, on doit dire de l'euthanasie qu'elle est une fausse pitié, et plus encore une inquiétante « perversion » de la pitié : en effet, la vraie

¹⁰³ C.E.C, n° 2279.

¹⁰⁴ DICASTÈRE POUR LA DOCTRINE DE LA FOI, *Déclaration sur la dignité humaine. Une infinie dignité* Dignitas infinita, Paris, Salvator, 2024, n° 64.

¹⁰⁵ CONGRÉGATION POUR LA DOCTRINE DE LA FOI, *Déclaration « Iura et bona »...*, Point II.

¹⁰⁶ *Id.*

¹⁰⁷ *Ibid.*, Point III.

¹⁰⁸ *Id.*

¹⁰⁹ Cf. CONCILE ŒCUMÉNIQUE VATICAN II, *Const. past. Gaudium et spes*, § 27.

« compassion » rend solidaire de la souffrance d'autrui, mais elle ne supprime pas celui dont on ne peut supporter la souffrance¹¹⁰ ».

Cette critique fait directement écho aux dilemmes pastoraux contemporains, où le vocabulaire de la compassion est massivement mobilisé dans l'espace public ou mieux laïc. En effet, dans ce cadre, la compassion est dépouillée de son mentaux pastoral ou mieux religieux.

Par ailleurs, le texte du Magistère le plus opérationnel sur la tension « spirituel–pastoral–médical » en phase terminale est la lettre Samaritanus bonus. En réalité, elle décrit explicitement la présence, l'écoute, la compréhension et la compassion comme attitudes nécessaires de l'accompagnement, et insiste sur le fait qu'« aucun croyant ne devrait mourir dans la solitude et dans l'abandon¹¹¹ » selon les mots du pape Benoît XVI. Elle définit aussi l'accompagnement pastoral comme entrée dans la solitude de l'autre, afin qu'il « se sente aimé, accueilli, accompagné, soutenu¹¹² ». En même temps, elle encadre strictement le discernement sacramentel face à une demande explicite d'euthanasie : l'absolution et les sacrements sont différés s'il n'y a pas modification de la décision, tout en maintenant « aide et écoute »¹¹³. Surtout, elle interdit tout geste pouvant être interprété comme approbation :

« Il n'est pas admissible de la part de ceux qui assistent spirituellement ces malades de faire quelque geste extérieur que ce soit qui puisse être interprété comme une approbation de l'euthanasie, comme par exemple rester présent au moment de sa réalisation. Une telle présence ne peut être interprétée que comme une complicité¹¹⁴ ».

Le Magistère insiste sur le fait que les soins palliatifs authentiques ne sont pas d'abord une technique, mais un signe de proximité. Dans un message adressé en 2024, le pape François affirme que les soins palliatifs « sont donc une véritable forme de compassion car ils répondent à la souffrance, qu'elle soit physique, émotionnelle, psychologique ou spirituelle en affirmant la dignité fondamentale et inviolable de toute personne [...] »¹¹⁵, et qu'ils « sont radicalement différents de l'euthanasie qui n'est jamais une source d'espérance ni une authentique préoccupation pour les malades et les mourants¹¹⁶ ». Cette insistance est relayée, à un niveau local, par la Conférence des évêques de France, qui décrit la demande d'euthanasie comme souvent liée à la solitude et à l'abandon, et réaffirme la priorité des soins

¹¹⁰ JEAN-PAUL II, *Lettre encycl. Evangelium vitae*, Paris, Pierre Téqui, 1995, § 66.

¹¹¹ BENOÎT XVI, Discours aux participants au Congrès [...] (25 février 2008), cité par CONGRÉGATION POUR LA DOCTRINE DE LA FOI, *Lettre sur le soin des personnes en phases critiques ...*, p. 69.

¹¹² *Ibid.*, p. 71.

¹¹³ Cf. *Ibid.*, p. 73-75.

¹¹⁴ *Ibid.*, p. 75.

¹¹⁵ FRANÇOIS (Pape), *Message aux participants d'un symposium « vers un récit d'espérance : un symposium international interconfessionnel sur les soins palliatifs »* (Toronto, mai 2024), en ligne : <https://www.vatican.va/content/francesco/fr/messages/pont-messages/2024/documents/20240522-messaggio-palliative-care.html> (consulté, le 14 avril 2026).

¹¹⁶ *Id.*

palliatifs comme « impératif d'humanité »¹¹⁷. Voyons quel sera l'apport des théologiens par rapport à notre problématique.

2.3.2. Théologiens

Les débats contemporains, en théologie morale et pastorale, se concentrent moins sur l'existence du besoin spirituel (largement admise) que sur la manière de le reconnaître et de l'accompagner, surtout lorsque les dispositifs médicaux et juridiques proposent des issues ambivalentes (sédation, aide à mourir). Ce sont des questions très délicates à traiter. Les discussions portent sur le statut de l'inquiétude, la place du rituel et le risque de réduire la fin de vie à un acte technique¹¹⁸.

Une première famille d'approches peut être illustrée par Marie-Jo Thiel (1957) dont les analyses relient vulnérabilité, anthropologie et critique sociale. Dans un texte programmatique, elle récusé à la fois l'idéalisation et la diabolisation de la souffrance : « La souffrance reste un péril, un mal [...], un danger qu'il convient de prévenir, de contenir, d'enrayer autant que possible parce que parfois, elle s'avère néantisation¹¹⁹ ». Dans la même dynamique, elle nomme une tension structurante de la modernité palliative : « l'antagonisme surgit pourtant dès le départ entre les possibilités de traiter jusqu'à anesthésier, voire endormir ("sédater") définitivement quelqu'un et le respect de la situation existentielle de tout un chacun¹²⁰ ». Dans cette approche, le point théologique sous-jacent est subtil : soulager est un devoir, mais la sédation (ou plus largement la médicalisation) peut parfois effacer la dimension existentielle et relationnelle dans laquelle se joue le besoin spirituel, notamment la question du « pourquoi moi ? » Et même le cri « pourquoi Dieu ne fait-il rien ? ».

Une deuxième approche, portée par Hans Küng (1928-2021), déplace la question vers une théologie de l'autonomie en fin de vie. Dans *La mort heureuse*, il décrit l'idéal d'« une paix intérieure » et d'un acquiescement à la mort : « Mourir heureux signifie pour moi une mort sans tristesse et sans douleur de la séparation, une mort dans un consentement total, dans un acquiescement profond et dans la paix intérieure¹²¹ ». Cet argument consiste à articuler foi et décision sur sa propre mort (par exemple via l'idée qu'une espérance eschatologique permettrait de ne pas absolutiser la prolongation biologique). Il prône la liberté, la dignité et la conscience de chaque personne humaine. Cette distinction entre en

¹¹⁷ Cf. CONFÉRENCE DES ÉVÊQUES DE FRANCE, « *Ne dévoyons pas la fraternité !* ». *Déclaration des évêques de France sur le projet de loi sur la fin de vie* (Lourdes, 19 mars 2024), en ligne : <https://eglise.catholique.fr/conference-des-vevques-de-france/cef/assemblees-plaineries/assemblee-plainiere-de-mars-2024/550565-ne-devoyons-pas-la-fraternite-declaration-des-vevques-de-france-sur-le-projet-de-loi-sur-la-fin-de-vie/> (consulté, le 14 avril 2026).

¹¹⁸ Cf. M.-J. THIEL, « Liminaire. Théologie et souffrance. L'enjeu d'une Présence », dans *Revue des sciences religieuses*, 93/1-2, 2019, p. 7-16.

¹¹⁹ *Ibid.*, p. 7.

¹²⁰ *Ibid.*, p. 9.

¹²¹ H. KÜNG, *La mort heureuse. « J'ai le droit, le moment venu, de décider quand et comment je vais mourir »*, Paris, Seuil, 2015, p. 17.

collision directe avec l'axiome magistériel selon lequel l'euthanasie est un meurtre intentionnel moralement inacceptable, même si l'imputabilité subjective peut être diminuée.

Ces divergences ne doivent pas masquer des convergences importantes, utiles pastoralement. Tous ces auteurs, malgré leurs désaccords éthiques, reconnaissent que la demande de mort n'est pas réductible à une « volonté pure » : elle s'enracine dans l'angoisse, la solitude, la peur de dépendre, le sentiment d'être un fardeau, et le besoin d'être reconnu, comme souligné précédemment¹²². Tous dénoncent, chacun à sa manière, une fin de vie purement technique. La ligne de fracture porte surtout sur la manière théologiquement légitime d'accompagner quand la décision posée est jugée objectivement immorale par le Magistère : proximité sans approbation, ou proximité jusqu'au geste.

Par ailleurs, il existe certains théologiens qui ont un autre regard positif et optimiste sur cette réalité de la souffrance qui crée une tension entre le besoin spirituel et l'accompagnement pastoral. Citons par exemple : J. Moltmann (1926-2024), X. Thévenot (1938-2004), D. Jacquemin (1959), A. Gesché (1926-2003), H. U. V. Balthasar (1905-1988), Jean-Paul II (1920-2005), K. Barth (1886-1968), etc. Sans négliger la pensée des autres auteurs, notre choix se fixe beaucoup sur les trois premiers : J. Moltmann, X. Thévenot et D. Jacquemin.

Jürgen Moltmann a marqué l'histoire de la théologie contemporaine avec sa théologie de l'espérance. Pour lui, cette dernière trouve son sens profond dans la réalité de la souffrance du Christ sur la croix. Dans son célèbre ouvrage *Le Dieu crucifié*¹²³, il développe une théologie de la souffrance. Il affirme que Dieu n'est pas étranger à la douleur de l'être humain. Dans son être profond, il endure la souffrance par amour pour sa créature. Par conséquent, la souffrance devient le lieu paradoxal où Dieu manifeste son amour incommensurable. Cette solidarité divine s'incarne pleinement dans l'histoire humaine. Sa conviction de la présence de Dieu mise au centre de la souffrance a été marquée par son expérience personnelle du traumatisme de la Seconde Guerre mondiale.

En effet, pour lui, la croix du Christ n'est pas seulement un événement historique, mais l'acte par lequel Dieu assume la fragilité et la vulnérabilité humaines. C'est une preuve tangible montrant que Dieu continue à habiter l'histoire humaine. En endurent la souffrance, Dieu ne se retire pas de l'histoire ; au contraire, il y demeure présent, transformant la douleur en une dynamique d'espérance. La résilience qui en découle n'est pas un simple dépassement de la souffrance, mais une force intérieure née de la communion avec le Dieu crucifié. Sa théologie de la souffrance présente ainsi une orientation centrée sur la présence solidaire de Dieu dans la pastorale d'accompagnement spirituel.

¹²² Cf. CONGRÉGATION POUR LA DOCTRINE DE LA FOI, *Déclaration « Iura et bona » ...*, Point III.

¹²³ J. MOLTSMANN, *Le Dieu crucifié. La croix du Christ, fondement et critique de la théologie chrétienne*, Paris, Cerf-Mame, 1974, 387 p.

Dans son ouvrage intitulé « La souffrance a-t-elle un sens ?¹²⁴ », Xavier Thévenot donne une réponse claire à la question. Il dit que « la souffrance n'a pas de sens en elle-même ». Elle est une réalité à combattre et non à sacraliser. Pour lui, la souffrance reste une épreuve universelle qui se vit singulièrement. Elle brise les élans existentiels et les rêves de tout être humain, où on devient comme un étranger au sein de sa propre existence. La souffrance déshumanise l'être humain comme l'a bien dit Paul Ricoeur (1913-2005) : « l'énigme de la souffrance irréductible », cité par Thévenot.

Il existe toujours une lueur d'espérance en l'homme au-delà de cette épreuve existentielle de la souffrance. La souffrance est « un chemin pleinement humain et donc authentiquement spirituel » (p. 8). Car, l'être humain trouve du sens à son existence à travers la présence relationnelle, la solidarité, etc. Ceci exige un engagement de la part des accompagnants qui feraient appel à une éthique de compassion active et de respect de la liberté intérieure des personnes prises en charges. Pour notre théologien, la souffrance peut alors devenir un lieu d'humanisation et de transformation, sans être valorisée.

Approfondissant ses réflexions sur les approches interdisciplinaires, Dominique Jacquemin, dans son ouvrage « Quand l'autre souffre : éthique et spiritualité¹²⁵ », réfléchit à la manière d'accompagner humainement et spirituellement les personnes souffrantes sans banaliser leur douleur. Il met d'abord en évidence l'importance de la rencontre entre les soignants et les patients, où la souffrance devient un appel à l'écoute, à la présence respectueuse et à une véritable relation d'altérité fondée sur une éthique de proximité. Ensuite, il insiste sur une nécessité d'une approche interdisciplinaire afin de mieux comprendre la complexité des situations de soin dans la médecine contemporaine, en associant les dimensions médicales, éthiques, psychologiques et spirituelles. Enfin, il montre que l'accompagnement des personnes en souffrance, particulièrement dans les soins palliatifs, révèle une tension constante entre agir, accompagner et respecter la liberté de l'autre. Les soins palliatifs deviennent une croisée des chemins entre l'éthique médicale et la spiritualité. La spiritualité apparaît alors comme une ouverture intérieure qui permet de réfléchir au sens de la souffrance et de l'existence humaine.

Avec Moltmann, Thévenot et Jacquemin, nous retenons que l'accompagnement spirituel et pastoral constitue l'une des voies capitales permettant aux malades de comprendre qu'au-delà de leurs épreuves, l'espérance demeure réellement envisageable. Elle peut redynamiser l'existence de la personne souffrante, sans ignorer leur douleur. En plus, la mobilisation des ressources relationnelles, spirituelles et humaines constitue également un appui indéfectible dans la démarche thérapeutique des personnes souffrantes. Ces ressources augmentent la capacité psychologique des patients et des patientes à surmonter les épreuves de la vie.

¹²⁴ X. THÉVENOT, *La souffrance a-t-elle un sens ?* (Col. Souffle), Paris, Éd. Don Bosco, 2011, 104 p.

¹²⁵ D. JACQUEMIN, *Quand l'autre souffre, éthique et spiritualité* (Col. Donner raison), Bruxelles, Éd. Lessius, 2010, 208 p.

Conclusion partielle

Au terme de ce deuxième chapitre, notre réflexion a permis de mettre en lumière la profondeur de la tension entre le besoin spirituel et l'accompagnement pastoral des malades. L'apport anthropologique a effectivement eu sa place dans notre démarche. Elle nous a donné un essai de compréhension de l'être humain dans ses diverses dimensions (spirituelle et matérielle). Elle nous a également ouvert à une réflexion théologique concrète du vécu humain au sein de la société.

L'analyse des repères bibliques, des aspects christologiques ainsi que des apports ecclésiologiques a montré que cette tension traverse toute l'expérience humaine de la souffrance. Les textes scripturaires étudiés révèlent que la maladie ne touche pas uniquement le corps, mais atteint également la dimension intérieure de la personne, en suscitant des questions liées au sens de la vie, à la peur, à la solitude, à la culpabilité et à la quête d'espérance. Face à cette réalité, Jésus-Christ apparaît comme le modèle parfait de l'accompagnement pastoral, lui qui accueille la souffrance humaine avec compassion, écoute, proximité et miséricorde.

Les aspects christologiques développés ont également montré que l'Incarnation, la passion et la figure du bon pasteur donnent un fondement théologique essentiel à l'accompagnement des personnes souffrantes. En entrant dans la condition humaine, le Christ manifeste que Dieu rejoint l'homme au cœur même de sa vulnérabilité. Ainsi, l'accompagnement pastoral ne consiste pas seulement à transmettre des vérités doctrinales ou à administrer des rites religieux ; il devient une présence humaine et spirituelle capable d'aider le malade à retrouver sa dignité, son espérance et le sens de son existence. Les réflexions de K. Rahner, J. Moltmann, D. Jacquemin et d'autres théologiens contemporains ont confirmé que l'expérience spirituelle authentique surgit souvent dans l'épreuve et nécessite un accompagnement marqué par l'écoute, l'empathie et la compassion.

Par ailleurs, les apports ecclésiologiques ont permis de comprendre que cette mission pastorale s'inscrit aujourd'hui dans un contexte hospitalier complexe, marqué par le pluralisme religieux, les exigences institutionnelles, l'autonomie des patients et la médicalisation croissante des soins. L'Église est donc appelée à exercer une présence discrète mais significative, respectueuse de la liberté des malades et attentive à ses besoins spirituels réels. Cette tension montre que l'accompagnement pastoral demeure une mission délicate qui exige discernement, maturité humaine et compétence spirituelle afin d'éviter aussi bien la réduction thérapeutique du spirituel que l'imposition religieuse.

Cependant, malgré les richesses anthropologiques, théologiques et pastorales mises en évidence, cette tension n'est pas sans produire des conséquences concrètes sur les malades, les familles, les soignants, les soignantes et les agents pastoraux eux-mêmes. Les difficultés liées à l'écoute du besoin spirituel, les limites institutionnelles, les incompréhensions entre monde médical et monde pastoral, les

risques de déshumanisation du soin ou encore les défis du pluralisme religieux soulèvent plusieurs questions importantes pour la pratique pastorale contemporaine. Dès lors, il devient nécessaire d'approfondir cette réflexion en analysant les conséquences et les défis que cette tension engendre dans le contexte actuel de l'accompagnement des malades.

C'est dans cette perspective que s'inscrit le troisième chapitre de notre travail, consacré aux « conséquences et défis centrés sur le besoin spirituel et l'accompagnement pastoral des malades ». Ce chapitre cherchera à mettre en évidence les impacts humains, spirituels, pastoraux et institutionnels de cette tension, tout en proposant quelques pistes de réflexion susceptibles de favoriser un accompagnement plus humain, intégral et davantage adapté aux réalités contemporaines du monde de la santé.

Chapitre III : Enjeux et défis de la pastorale de la santé aujourd'hui

Après avoir établi, dans le précédent chapitre, les fondements anthropologiques, théologiques et pastoraux de l'accompagnement spirituel des personnes malades ainsi que les mutations contemporaines qui affectent la compréhension du besoin spirituel, il convient désormais de confronter cette réflexion aux réalités concrètes du terrain. En effet, la tension entre le besoin spirituel des personnes malades et l'accompagnement pastoral ne peut être pleinement comprise sans une analyse des pratiques actuelles de la pastorale de la santé dans les institutions hospitalières. Les profondes transformations des sociétés occidentales, marquées par la sécularisation, le pluralisme religieux, la médicalisation du soin et la professionnalisation des pratiques d'accompagnement, obligent aujourd'hui l'Église à repenser les modalités de sa présence auprès des personnes souffrantes.

L'hôpital constitue un lieu privilégié d'observation de ces mutations. Il est à la fois un espace de haute technicité médicale et un lieu où surgissent avec une particulière intensité les interrogations existentielles relatives à la souffrance, à la vulnérabilité, au sens de la vie, à la mort et à l'espérance. Si les progrès biomédicaux permettent de mieux traiter les maladies, ils ne répondent pas, à eux seuls, aux attentes spirituelles des personnes malades prises en charge. Celles-ci expriment souvent le besoin d'être écoutées, reconnues dans leur dignité, accompagnées dans leur quête de sens ou réconciliées avec elles-mêmes, avec leurs proches ou avec Dieu. Cette réalité confirme que la dimension spirituelle demeure constitutive de la personne humaine et qu'elle conserve toute sa pertinence dans les parcours de soins.

C'est dans cette perspective que ce troisième chapitre se propose d'analyser les enjeux contemporains de la pastorale de la santé à partir d'un dialogue entre les apports de la littérature scientifique et les données recueillies lors des entretiens réalisés auprès de plusieurs équipes d'aumônerie hospitalière de la région de Namur. Cette confrontation entre réflexion théologique et expérience pastorale permettra de mettre en évidence les tensions concrètes auxquelles sont confrontés les accompagnateurs spirituels et les accompagnatrices spirituelles, mais également les ressources et les perspectives susceptibles de renouveler la mission de l'Église dans le domaine de la santé.

Ce chapitre s'organise en trois temps complémentaires. La première partie présente le contexte actuel de la pastorale hospitalière ainsi que les principaux enseignements issus des entretiens de terrain, afin de faire apparaître les formes concrètes du besoin spirituel et les modalités de son accompagnement. La deuxième partie analyse les conséquences et les défis que la sécularisation, le pluralisme et les évolutions institutionnelles font peser sur la pastorale de la santé, tout en mettant en lumière les tensions qu'ils génèrent entre les attentes des patients et les pratiques pastorales. Enfin, la troisième partie ouvre des perspectives d'avenir en proposant plusieurs orientations fondées sur le discernement théologique, la synodalité et la formation des agents pastoraux affectés à la pastorale de la santé. L'ensemble de cette

réflexion vise à montrer que les mutations actuelles, loin de constituer uniquement des obstacles, peuvent devenir de véritables occasions de renouveler la présence évangélique de l'Église auprès des personnes malades, dans une fidélité créative à sa mission de compassion, d'écoute et d'espérance.

3.1. Accompagnement pastoral et pastorale de la santé

Nous allons développer cette section avec une structure tripartite. Dans un premier temps, nous dégagerons la compréhension des concepts de l'accompagnement « pastoral » et « spirituel ». Dans un deuxième temps, nous décrirons le contexte de la pratique de la pastorale de santé dans le diocèse de Namur en Belgique. Dans un dernier temps, nous présenterons les fruits de nos entretiens avec les équipes de trois différentes aumôneries de Namur centre.

3.1.1. Compréhension du concept de l'accompagnement « pastoral » et « spirituel »

La pastorale de la santé tourne autour d'un concept important. Il s'agit de l'accompagnement « pastoral » et « spirituel ». En effet, chaque individu peut éprouver le désir d'être accompagné. Cet accompagnement se fait de diverses manières. Il va au-delà de circonstances de la maladie et de la souffrance. Et beaucoup d'aspects entrent aussi en jeu, notamment : la sensibilité humaine, l'accueil et l'écoute lors de la rencontre, l'ouverture, la disponibilité, la patience, le discernement, le respect de la dignité de l'autre, la confidentialité, etc.

En effet, l'accompagnement peut être compris comme le fait « être avec », et « aller vers » l'autre dans une visée de partage [...] ¹²⁶ ». Cette définition met plus l'accent sur la dimension relationnelle. C'est une démarche de soutien ou d'aide sollicitée par l'autre. L'accompagnement touche directement l'aspect de l'éthique. En plus, ce concept de l'accompagnement est polysémique puisqu'il aborde plusieurs domaines et disciplines de la vie. Son contenu dépend absolument au prisme à travers lequel il est examiné. On peut parler de l'accompagnement : pédagogique, éducationnel, familial, juridique, social, administratif, médical, thérapeutique, psychologique, spirituel, pastoral, fiscal ou comptable, etc. Toutes ces démarches de relation tissée reposent sur l'écoute attentive, la confiance, le respect réciproque, le discernement, etc. D'une certaine manière, l'accompagnement exige une certaine expertise pour atteindre son objectif visé.

Par ailleurs, l'accompagnement spirituel et pastoral reste très proche. Leur différence se situe au niveau de l'objet et de la portée de chacun. L'accompagnement spirituel se fonde sur l'aspect intérieur de l'être humain, sa dimension relationnelle avec la transcendance, sa quête de sens, sa croissance spirituelle et son discernement spirituel. À cet effet, « l'accompagnement spirituel permet de ne pas vivre

¹²⁶ M. PAUL, « Penser la relation d'accompagnement », dans *Cahiers pédagogiques*, 545, 4, 2018, p. 12, en ligne : <https://shs.cairn.info/revue-cahiers-pedagogiques-2018-4-page-12?lang=fr> (Consulté le 04 juin 2026).

à la surface de soi-même, en étant ballotté par les événements extérieurs ou emprisonné dans ceux du passé. Il invite au contraire à prendre conscience de cette vie intérieure où Dieu est présent¹²⁷ ».

En plus, l'accompagnement pastoral inclut, non seulement, la dimension spirituelle, mais aussi les autres besoins anthropologiques (humains, communautaires et sociaux) de l'être humain dans la structure organisationnelle de la mission ecclésiale. Dans cet accompagnement pastoral, le pape François affirme que « l'Église doit accompagner d'une manière attentionnée ses fils les plus fragiles, marqués par un amour blessé et égaré, en leur redonnant confiance et espérance [...] »¹²⁸. Il faut souligner que tout accompagnement spirituel n'est pas forcément pastoral dans la mesure où la tâche de l'accompagnement spirituel peut être assumée par des laïcs, des autres croyants ou des non-croyants. Ces derniers ont la capacité de discerner l'intervention divine dans l'existence d'un être humain. À ce propos, Cosette Odier atteste : « les équipes d'aumônerie sont composées de clercs et de laïques, d'hommes et de femmes, de professionnelles et de bénévoles¹²⁹ ».

Malgré cette différence entre ces deux adjectifs (spirituel et pastoral), la dimension spirituelle est déjà incluse dans l'accompagnement pastoral. Ce dernier se situe dans un cadre précis de l'Église qui accompagne les personnes dans leur existence humaine et spirituelle à la lumière de la Sainte Écriture et de la doctrine ecclésiale. En effet, l'accompagnement pastoral est un « acte essentiellement ecclésial et missionnaire » qui s'inscrit dans une dynamique de relation de compagnonnage avec une autre personne ou un groupe de personnes pour la croissance globale, unifiant leur relation avec la transcendance, avec les autres afin d'accomplir leur mission au sein du monde¹³⁰. Dans cette démarche pastorale, l'accompagnement pastoral est fondé sur certains éléments importants, tels que l'accueil lors de la rencontre, l'écoute attentive, les sages conseils, la prière, le soutien spirituel, etc.

En outre, l'accompagnement pastoral concrétise ici la pastorale de la santé. En réalité, elle a une mission spécifique de l'Église mandatée par les équipes de l'aumônerie au sein des institutions hospitalières et les services de visite aux malades, les acteurs, les actrices et les experts du terrain. Au fait, toutes ces équipes de l'aumônerie des différentes confessions au sein de l'institution hospitalière montrent l'importance capitale et le rôle concret que jouent la spiritualité lors du processus du soin thérapeutique des personnes malades, surtout lors de leur hospitalisation. Dans cette perspective,

« L'accompagnement spirituel vise à faciliter le processus de recherche de sens de la personne malade, en aidant cette dernière à rétablir une certaine cohérence narrative dans son histoire perturbée par la maladie. De plus, cet

¹²⁷ I. MOREL, *Transmettre la foi en temps de crise*, Paris, Cerf, 2020, p. 135.

¹²⁸ FRANÇOIS, *Exhort. apost. post-synodale Amoris laetitia*, Paris, Bayard-Mame-Cerf, 2016, § 291.

¹²⁹ C. ODIER, *L'accompagnement spirituel en mouvement. Aumônerie hospitalière...*, p. 65.

¹³⁰ Cf. UNIVERSITÉ LAVAL, *Qu'est-ce que l'on dit, lorsque l'on dit : « l'accompagnement pastoral » ?*, en ligne : <https://www.sdp.ulaval.ca/formation-continue/formations/on-dit-lorsque-on-dit-accompagnement-pastoral> (Consulté le 07 juin 2026).

accompagnement cherche également à nourrir et à soutenir les capacités relationnelles de la personne accompagnée de manière constructive, notamment en ce qui concerne la relation à soi, aux autres et au transcendant¹³¹ ».

Contrairement à la religion (plus institutionnalisée), la spiritualité est plus personnelle et se décline de façons très variées : pratique de la méditation, contemplation de la nature, quête philosophique ou religieuse plus intime. Elle s'exprime par la recherche de valeurs (amour, compassion, justice) et de connexions profondes (avec soi-même, les autres ou quelque chose de plus grand : Dieu pour la religion). Pour Guy Jobin, « la spiritualité dépasse et englobe toute forme de religions, ainsi que les institutions qui s'y rattachent¹³² », restant toujours à la quête de sens avec son authenticité par l'aide des relations au sein de la communauté.

Ainsi, cette notion de l'accompagnement pastoral, couvrant une large étendue de la mission de l'Église, elle nous a permis de comprendre que la dimension spirituelle demeure son nœud fondateur. Cet accompagnement pastoral intègre une diversité de dimensions de l'être humain, notamment : la dimension anthropologique, psychologique, sociale et relationnelle, spirituelle et philosophique, professionnelle et environnementale, etc. De plus, la dimension spirituelle occupe une place fondamentale dans la vie d'un être humain, et surtout au sein de ses services des institutions hospitalières puisqu'elle donne sens à l'existence des personnes souffrantes pendant leur passage de l'hospitalisation lors de l'accompagnement spirituel. Ce dernier ne concerne pas simplement les patients et les patientes, mais aussi le personnel des institutions hospitalières afin de comprendre l'importance et l'impact de la spiritualité dans la vie humaine et dans la prise en charge thérapeutique des personnes malades.

3.1.2. Sécularisation de la pastorale de la santé dans le diocèse de Namur en Belgique

La pastorale de la Santé dans le diocèse de Namur en Belgique est fortement influencée par le phénomène de la sécularisation en Europe. En effet, la sécularisation des sociétés européennes constitue le cadre sociologique incontournable dans lequel s'exerce la pratique de la pastorale de la santé. Guy Jobin (et collaborateurs) décrit ce phénomène comme « la sécularisation de plus en plus poussée de la culture, accompagnée de manière presque paradoxale d'une importance accrue de la spiritualité pour les contemporains [...] »¹³³. Le paradoxe est en effet saisissant : plus les institutions traditionnelles de la religion perdent de leur emprise, plus la quête de sens, la recherche d'une spiritualité personnelle et le besoin d'une vie intérieure semblent s'affirmer, y compris et peut-être surtout dans l'épreuve de la maladie.

¹³¹ D. KHECHAF, « Spiritualités en milieux de santé : quel avenir ? Colloque international du RESSPIR, Louvain-la-Neuve, 12-14 avril 2023 », dans *Lumen Vitae*, 78, 2, 2023, p. 236.

¹³² G. JOBIN, *Des religions à la spiritualité : une appropriation biomédicale du religieux dans l'hôpital* (Soins et Spiritualités), Bruxelles, Lumen Vitae, 2012, p. 11-12.

¹³³ G. JOBIN, A. LEGAULT, N. PUJOL, « Préface », dans Guy JOBIN, Alain LEGAULT, Nicolas PUJOL, *Op. cit.*, p. 7.

C'est dans ce même contexte que s'inscrit la pastorale de la santé dans l'Église catholique belge, en général, et le diocèse de Namur, en particulier. Par ailleurs, trois dimensions de cette sécularisation méritent d'être distinguées :

3.1.2.1. *La sécularisation de la société*

Charles Taylor, dans *L'âge séculier*, a montré comment les sociétés occidentales sont passées d'un monde où la foi en Dieu était une évidence partagée à un monde où elle n'est plus qu'une option parmi d'autres, et où la transcendance est devenue contestable, parfois même inintelligible pour nombre de nos contemporains¹³⁴. La religion ne disparaît pas, mais elle se privatise, se diversifie et se recompose. Comme le note Jean-Philippe de Limbourg, « le monde de la pastorale et de la spiritualité dans un hôpital est une réalité mouvante et instable¹³⁵ », précisément parce qu'il reflète cette recomposition sociétale.

C'est dans cette même perspective qu'aborde Joseph De Kesel, ancien archevêque de Malines Bruxelles. Pour lui, il faut être conscient de grandes mutations qui s'opèrent rapidement dans la culture sociétale, ce qui change rapidement les mentalités des individus au sein de la société. Cela affecte profondément l'Église ainsi que ses structures et ses pratiques. La situation reste irréversible. Sa réflexion est bien rendue dans son ouvrage *Foi et religion dans une société moderne* et il a décrit cette réalité de crise que traverse l'Église à notre époque. Il dit de ne pas faire semblant d'ignorer la situation dans laquelle nous vivons à présent, pour ne pas faire tant d'illusions et s'engager sur mauvaise voie qui ne nous conduit pas aux voies sûres¹³⁶. Les temps ont effectivement changé. À cet effet, « qu'on le veuille ou non, le changement radical à l'intérieur de la culture occidentale a modifié en même temps et inévitablement la situation de l'Église à l'intérieur de cette culture¹³⁷ ».

Ainsi, cette sécularisation de la société soulève également des tensions entre le besoin spirituel et l'accompagnement pastoral des malades. Elle fragilise toutes les références traditionnelles religieuses au profit d'une conception plus individualisée du spirituel lequel est parfois diffus, dont l'accompagnement spirituel ou pastoral peine à contextualiser son langage afin de répondre aux attentes des personnes souffrantes. Il y a, par conséquent, un regard méfiant vis-à-vis de l'Église. C'est ici que le service de l'aumônerie joue un rôle important, se situant entre le respect pour la dignité de la personne humaine et l'annonce explicite à offrir au service des institutions hospitalières.

¹³⁴ Cf. C. TAYLOR, *L'âge séculier*, Paris, Seuil, 2011, p. 15-16.

¹³⁵ J.-P. de LIMBOURG, « Trouver sa juste place dans un monde séculier. Un défi essentiel pour un service pastoral en institution de santé », dans *Lumen vitae*, 75, 4, 2020, p. 494.

¹³⁶ Cf. J. De KESEL, *Foi et religion dans une société moderne*, Paris, Salvator, 2021, p. 8.

¹³⁷ *Ibid.*, p. 17.

3.1.2.2. La sécularisation de l'institution hospitalière

L'hôpital public occidental s'est historiquement construit dans une matrice chrétienne, mais il est aujourd'hui gouverné par les principes de laïcité et de neutralité religieuse. La loi garantit aux personnes malades la liberté de culte et l'accès à un accompagnement spirituel, mais elle oblige les aumôniers et les aumônières à se repenser dans un cadre pluraliste. En France, par exemple, la maîtrise du concept de laïcité est devenue une exigence pour les aumôniers et les aumônières, qui doivent suivre une formation spécifique pour exercer en hôpital public¹³⁸. En Suisse, les services d'aumônerie sont habituellement réalisés de façon interconfessionnelle, signe d'une adaptation aux réalités d'une société pluraliste¹³⁹.

Dans un tel contexte de pluralisme religieux marqué par la sécularisation, le service d'aumônerie est obligé de réexaminer ses pratiques de l'accompagnement spirituel et pastoral pour un accompagnement spirituel, non centré sur leurs propres croyances, mais plutôt basé sur les valeurs communes de la quête de sens au profit des personnes souffrantes. Cela entraîne le risque d'affaiblir l'identité pastorale des aumôniers ou des aumônières et de les plonger dans le prosélytisme. À ce propos, Habib S. Kaaniche affirme :

« La présence des représentants des religions auprès des personnes hospitalisées se fait [...] plus forte et se modifie. L'accompagnement spirituel revêt désormais des formes nouvelles. De nouveaux types d'accompagnants apparaissent également aux côtés des aumôniers¹⁴⁰ ».

Jean-Philippe de Limbourg dégage clairement la tension en démontrant comment le religieux est en train de disparaître progressivement pour céder sa place au spirituel, du fait que l'appellation de l'aumônier ou de l'aumônière est remplacée par l'accompagnateur spirituel ou l'accompagnatrice spirituelle. Ces derniers apportent une assistance spirituelle aux personnes malades et à leur famille. Cette perception évacue réellement le terme « religieux » pour le substituer par le concept « spirituel »¹⁴¹.

Les agents pastoraux affectés au service de la pastorale de la santé prouvent que la spiritualité a toujours sa place au sein des institutions hospitalières. Sa prise en compte s'est métamorphosée en diverses formes où l'individualisation des besoins spirituels des personnes malades a pris une place importante. Avec une conviction optimiste, Marcela Lobo Bustamante atteste :

« Confronté à de profondes mutations sociologiques, et en vue de la construction d'un nouvel hôpital, un regroupement d'hôpitaux chrétiens de la région de Charleroi (GHdC) en Belgique a entrepris de mener une réflexion sur la dimension spirituelle au sein de l'hôpital, non seulement en vue de faire évoluer son modèle d'accompagnement spirituel

¹³⁸ Cf. P. RAUX, « Pastorale de la santé : Quand l'Église se met au service des malades », en ligne : <https://www.rcf.fr/articles/vie-spirituelle/quel-est-le-role-dune-pastorale-de-la-sante> (Consulté le 31 mai 2026).

¹³⁹ Cf. R. ZBINDEN, « L'aumônerie au défi de la collaboration avec l'hôpital » (janvier 2024), en ligne : <https://cath.ch/newsf/laumonerie-au-defi-de-la-collaboration-avec-lhopital> (Consulté le 31 mai 2026).

¹⁴⁰ H. S. KAANICHE, *L'accompagnement spirituel en milieu hospitalier* (Cheminements-Spirituels), Paris, L'Harmattan, 2005, p. 7.

¹⁴¹ J.-P de LIMBOURG, « Trouver sa juste place dans un monde séculier... », p. 496.

vers un paradigme qui intègre la diversité religieuse de ses patients et de son personnel, mais aussi pour donner place à cette dimension de manière transversale au sein du « prendre soin¹⁴² ».

Ainsi, la sécularisation a réorienté le centre de gravité de l'humanité sur la personne elle-même, où jadis l'Église était incontournable. Actuellement, la lecture approfondie des signes de temps montre qu'il n'y a pas la disparition totale du religieux, surtout au sein des institutions hospitalières, mais il y a plutôt une certaine restructuration sous différentes manières où les institutions traditionnelles ecclésiales sont de moins en moins intéressées.

3.1.2.3. La sécularisation du rapport au soin.

La biomédecine, portée par les avancées scientifiques et techniques, tend à occuper une place de plus en plus englobante dans la prise en charge de la maladie, au point que certains observateurs et certaines observatrices y voient une nouvelle religion de référence du fait qu'elle remplace le rôle autrefois exercé par les traditions religieuses¹⁴³. Cette médicalisation croissante de l'existence, si elle offre des ressources thérapeutiques considérables, peut aussi réduire les personnes souffrantes à sa seule dimension biologique, en refoulant aux marges sa dimension spirituelle et existentielle.

Dans la même perspective, l'accompagnement spirituel des malades n'est plus le seul apanage réservé uniquement aux équipes d'aumônerie et aux autres représentants religieux, mais il est dorénavant incorporé parmi les compétences reconnues par le monde professionnel de santé. Pour Driss Khechaf,

« les compétences impliquées dans la pratique du Spiritual Care incluent les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être. Cependant, ces compétences diffèrent entre les professionnels de la santé et les accompagnants spirituels, ce qui implique l'existence de compétences de base pour les premiers et de compétences spécialisées pour les seconds¹⁴⁴ ».

Ce triple processus de sécularisation ne signifie pas pour autant la disparition du besoin spirituel. Il en redessine plutôt les contours et les modalités d'expression. Comme le souligne Stéphanie Blois-Da Conceição dans son article en se référant à la définition de la santé suggérée par l'Organisation Mondiale de la Santé, avant de proposer son modèle biopsychosocial, la santé ne se réduit pas à l'absence de maladie mais c'est un état complet de bien-être touchant les dimensions biologique, psychologique, sociale et spirituelle¹⁴⁵. Cette reconnaissance institutionnelle de la spiritualité comme composante de la santé constitue à la fois une chance et un défi pour la pastorale de la santé.

¹⁴² M. LOBO BUSTAMANTE, D. BAUDE, « Le grand Hôpital de Charleroi : l'accompagnement spirituel en mutation », dans *Réseau RESSPIR (Projet)*, juin 2022, en ligne : <https://www.resspir.org/projets/le-grand-hopital-de-charleroi-laccompagnement-spirituel-en-mutation> (Consulté le 07 juin 2026).

¹⁴³ Cf. G. JOBIN, « La prise en compte de l'expérience spirituelle en soins palliatifs : un cas de mutation des représentations de la spiritualité », dans *Laval théologique et philosophique*, 72, 3, 2016, p. 451.

¹⁴⁴ D. KHECHAF, « Spiritualités en milieux de santé : quel avenir ? Colloque international du RESSPIR ... », p. 237.

¹⁴⁵ Cf. *La conception de la santé proposée par l'O.M.S.*, cité par Stéphanie Blois-Da Conceição, « Fiche3 : La santé et la maladie comme objets d'étude de la psychologie de la santé », dans *Les fondements de la psychologie de la santé*

Parlons à présent des entretiens réalisés avant d'aborder les difficultés, les conséquences et les défis que rencontre cette pastorale de la santé au sein des institutions hospitalières dans un monde séculier. Toutes ces réalités nous permettront de proposer quelques perspectives pour l'avenir de la pastorale de la santé.

3.1.3. Entretiens avec les acteurs du terrain

Parler de tensions entre le besoin spirituel et l'accompagnement pastoral des malades nous a poussés à expérimenter sur le terrain la réalité existentielle de la souffrance à travers les agents pastoraux affectés à ce service afin de mieux articuler la théorie et la pratique. Nous avons eu l'occasion d'échanger avec trois équipes différentes de l'aumônerie de grands hôpitaux de Namur centre. Il s'agit de la clinique Sainte-Élisabeth (CHU UCL Namur/Site de Sainte-Élisabeth), la clinique Saint-Luc de Bouge et le Centre Hospitalier Régional Sambre et Meuse (CHRSM). Ici, notre effort sera de présenter le condensé de nos entretiens. Signifions que ces enquêtes auprès de ces équipes de l'aumônerie ne sont pas scientifiques en tant que telles. Elles servent à illustrer nos propos, mais également à nourrir notre réflexion.

Pour ce faire, nous avons préparé trois questions autour de notre problématique lors de nos entretiens¹⁴⁶. Ces derniers ont été alimentés par les expériences concrètes des membres de chaque équipe de l'aumônerie. Nos entretiens étaient collectifs, avec une durée moyenne d'une heure. Les notes prises lors de ces entretiens et un petit résumé envoyé par un des membres désignés comme rapporteur nous ont beaucoup servi pour la rédaction de cette partie. Notre objectif principal était de confronter la partie théorique de notre rédaction aux réalités du terrain. Nous présentons ainsi ces résultats en deux parties. Dans la première partie, nous dégagerons les éléments de différence dans la pratique de la pastorale de santé dans les aumôneries rencontrées. Dans la deuxième partie, nous évoquerons les éléments communs dans les trois différentes équipes de l'aumônerie visitées.

3.1.3.1. Particularités des équipes de l'aumônerie de chaque clinique visitée

Les particularités des équipes de l'aumônerie étaient assez perceptibles. Nous les présentons ici pour chaque clinique visitée.

(Fiches de psycho), Paris, Éditions In Press, 2016, p. 30-31, en ligne : <https://shs.cairn.info/les-fondements-de-la-psychologie-de-la-sante--9782848353746-page-29?lang=fr> (Consulté le 03 juin 2026).

¹⁴⁶ « *Tensions entre besoin spirituel et accompagnement pastoral des malades : Enjeux et perspectives* » est le titre de notre travail. Voici les trois questions qui ont soutenu nos entretiens avec les membres des équipes de l'aumônerie : 1. Comment vous expérimentez le besoin spirituel et le désir de l'accompagnement spirituel ou pastoral des patients au sein des institutions hospitalières ? ; 2. Quels sont les défis que vous rencontrez dans l'exercice de votre service pastoral ? 3. Quelles sont les pistes de solution que vous préconisez pour arriver à gérer les tensions entre les besoins spirituels et les accompagnements spirituels ou pastoraux sollicités par les patients catholiques et non-catholiques ?

L'équipe de l'aumônerie de la Clinique Sainte Élisabeth est constituée de quatre membres, deux clercs et deux aumônières. Avec cette équipe, nos entretiens étaient plus centrés sur les trois questions sélectionnées. La particularité de cette équipe réside sur l'apport particulier d'une aumônière psychologue. Cette double casquette apporte une touche exceptionnelle dans l'équipe.

Racontons ici une expérience particulière que nous avons vécue dans cette clinique. Une dame hospitalisée a sollicité la réception des sacrements de réconciliation et d'eucharistie, quinze jours avant sa mort, lors du passage de l'aumônier. Elle reconnaissait qu'elle a reçu le baptême. Depuis son enfance, elle ne fréquentait plus l'Église, mais elle adorait la Vierge Marie et allait souvent à la grotte. Elle a signifié à sa fille, qui est chrétienne, son désir de recevoir les deux sacrements. Selon le témoignage de sa famille, spécialement sa fille chrétienne, leur mère est décédée avec sérénité, dignité et luminosité.

Notre échange avec l'aumônière psychologue a alimenté davantage notre réflexion. Elle a brossé quelques points de différence entre le service de l'aumônerie et le service d'un psychologue, en soulignant nettement les points de rencontre entre les deux services. Comme psychologue, les patients ou les patientes viennent vers elle dans son cabinet en s'inscrivant aux prescriptions exigées, notamment : la somme demandée, le respect du jour, des heures et de la durée, etc. Ces patients ou les patientes qui viennent avec un but prédéfini, soit demandent des conseils, soit pour se faire comprendre, soit encore se soignent. Les échanges entre personne malade et aumônière sont souvent centrés sur ces problèmes. L'aumônière-psychologue parle avec ses patients ou ses patientes afin d'éradiquer, d'améliorer leur état psychique. Les personnes souffrantes considèrent l'aumônière-psychologue comme une professionnelle des soins de santé avec un savoir acquis. Ses paroles sont prises en considération comme les paroles ou les vérités de l'Évangile par ses patients ou ses patientes. Elle entretient donc une relation asymétrique avec ses malades.

Pendant qu'en aumônerie, c'est plutôt elle qui va vers les personnes malades qui ne donnent rien comme argent et qui n'ont généralement pas de but prédéfini. Au fait, ses visites activent chez les personnes prises en charge plusieurs attitudes, notamment : l'étonnement de voir une aumônière, accompagnatrice spirituelle, sans oublier les doutes de certaines personnes souffrantes. Elle respecte la liberté de chaque patient ou patiente. Pour certaines personnes malades, cette démarche de l'aumônière de venir les rendre visite est une marque d'attention et de considération. Et le partage semble être libre, et il n'y a pas de durée déterminée. Ici, c'est plus le savoir-être de l'aumônière qui entre en jeu, sa présence, sa disponibilité, son écoute attentive, sa discrétion, etc. Il existe une relation symétrique entre l'aumônière et les patients ou les patientes.

Dans les 2 cas, il y a le temps de découverte, d'ajustement, d'adaptation à l'autre. Les relations ont tendance à se poursuivre au-delà du milieu médical. Les personnes malades continuent à parler de leurs rencontres fructueuses à d'autres personnes, surtout s'ils avaient trouvé du sens ou de l'horizon lors de la rencontre. De plus, la psychologie reconnaît la spiritualité comme l'une des ressources thérapeutiques pour les patients ou les patientes.

b. Clinique Saint-Luc de Bouge

L'équipe de l'aumônerie de la Clinique Saint-Luc de Bouge est composée de trois membres, deux prêtres et une aumônière. Au fait, cette équipe a commencé par situer le contexte dans lequel la pastorale de santé exerce sa mission. L'hôpital est un terrain spécifique pour la pastorale. Par rapport aux défis dans ce milieu hospitalier, il demande des réponses adaptées de la part de l'équipe de l'aumônerie.

L'équipe a mis beaucoup l'accent sur le défi du temps puisqu'il constitue aussi un facteur de tension entre le service de l'aumônerie et celui de l'établissement hospitalier, surtout lors de l'accompagnement spirituel. Les rencontres avec les personnes malades sont le plus souvent brèves. Cependant, dans son état de fragilité, la personne souffrante est souvent « en vérité » et ouvre alors son cœur assez rapidement dans l'accompagnement spirituel. Dans cette logique, le patient, la patiente ou tout autre interlocuteur, tel que : le personnel soignant, l'entourage familial, etc., peut exprimer le désir, le désir de Dieu même. Cette pensée leur a fait penser à l'ouvrage « Dieu désirable. Proposition de la foi et initiation¹⁴⁷ » d'André Fossion. Pour Fossion, l'équipe d'aumônerie doit proposer la foi au lieu de l'imposer aux personnes malades et aux autres personnes de son entourage. Elle est appelée à respecter la liberté de son accompagné. Cette proposition de la foi lors de l'accompagnement spirituel demeure évidemment un espace de relation, d'espérance, de confiance, de confidentialité, ... sans oublier le contexte de la souffrance humaine que le patient ou la patiente est en train de traverser dans son existence.

Lors de notre visite dans cette clinique, l'équipe avait dégagé deux éléments importants pour la pastorale de la santé. Premièrement, c'est le milieu pastoral qui dicte et donne de la matière de réflexion à la théologie pour son évolution. Ceci constitue même le fondement et le cœur de la théologie pratique, c'est-à-dire, ce n'est plus l'Église qui donne une ligne de conduite à suivre, comme dans le passé, aujourd'hui ce n'est plus le cas. L'expérience existentielle du terrain questionne la théologie et lui donne des éléments de réflexion. Elle constitue l'une des sources principales de la théologie puisqu'elle permet à la théologie de s'actualiser et de se contextualiser. À ce propos, Arnaud Join-Lambert montre comment la théologie pratique intègre l'expérience croyante dans le champ de la recherche pour comprendre la

¹⁴⁷ A. FOSSION, *Dieu désirable. Proposition de la foi initiation*, Bruxelles, Lumen Vitae, 2010, 294 p.

révélation de Dieu, son projet bienveillant pour l'humanité, ses relations établies avec l'humanité provoquant les relations entre les êtres humains. Cette théologie pratique demeure un processus de découverte progressive des questionnements sur l'agir chrétien fondé sur une expérience particulière¹⁴⁸.

Deuxièmement, cette équipe a beaucoup insisté sur l'aspect de l'inspiration avec cette expression « se laisser inspirer », car l'activité pastorale n'est pas d'abord une œuvre humaine. C'est le Créateur qui est plutôt à son origine. Au fait, les membres d'équipes de l'aumônerie sont convaincus qu'il y a une troisième personne, l'être transcendant, qui s'associe à chaque accompagnement spirituel ou pastoral puisqu'il y a certains cas qui dépassent même les capacités d'analyse des médecins, des aumôniers et des aumônières. Voilà pourquoi l'aumônier ou l'aumônière doit se laisser inspirer par cette force invisible du Créateur qui demeure la source intarissable d'inspiration afin d'être créatifs. À cet effet, les nouveaux défis qui se présentent dans l'histoire humaine obligent de proposer de nouvelles réponses et d'inventer aussi de nouvelles manières d'être Église¹⁴⁹.

Ici, nous étions touchés par deux expériences parmi tant d'autres. Dans la première expérience, c'est une jeune infirmière qui vient voir l'aumônier pour lui exprimer sa douleur, où son frère avait les poumons envahis par du liquide se trouvant en soins intensifs, et il n'y avait plus d'espoir. L'aumônier est parti avec l'infirmière qui a sollicité la prière et le sacrement des malades. Deux jours après la prière et la réception du sacrement des malades, l'aumônier est passé dans sa chambre. Il trouve que le patient était assis dans son fauteuil, il était serein. Après, l'aumônier rencontre sa sœur infirmière, d'origine tunisienne, qui était contente de l'amélioration de la santé de son frère. La deuxième expérience est celle d'un patient qui avait une gastroparésie provoquée par la tumeur intestinale. Il ne pouvait rien manger. En entendant les résultats des examens pour savoir si c'était généralisé ou localisé, le patient s'inquiétait toujours. Il ne parlait plus à personne. L'équipe de l'aumônerie passait de temps en temps pour manifester sa compassion à son état de santé et pour le rassurer de l'amélioration de sa santé qui est prise en compte par les médecins. Il y a eu une bonne évolution après, jusqu'à ce que le patient soit sorti de son état d'angoisse.

c. Centre Hospitalier Régional Sambre et Meuse (CHRSM)

L'équipe d'aumônerie de CHRSM compte quatre membres, trois clercs et une aumônière. L'établissement hospitalier CHRSM a des racines religieuses en raison de son histoire. Actuellement, il est sous la tutelle des pouvoirs publics et sous la direction régionale wallonne de Namur. Il est devenu un hôpital public, raison pour laquelle il y a eu changement même de nom CHRSM. Avant, il a porté le nom de l'Institut Saint-Camille et ensuite, il était devenu Clinique Saint-Camille. Dans la politique

¹⁴⁸ Cf. A. JOIN-LAMBERT, *Entrer en théologie pratique*, Louvain-la-Neuve, PUL, 2019, 2^e éd. revue, 4^{ème} couverture.

¹⁴⁹ Cf. L. SANTEDI KINKUPU, « Quelques déplacements récents dans la pratique des théologies contextuelles. L'inculturation comme orthopraxis chrétienne et l'inventivité », dans *RTL*, 34, 2, 2003, p. 182.

administrative actuelle, l'État fusionne les établissements sanitaires pour qu'ils soient plus performants. C'est le cas des hôpitaux régionaux de Namur et d'Auvelais qui travaillent déjà ensemble. Le personnel travaille en synergie pour mutualiser les potentialités. Le CHRSM fonctionne différemment des autres institutions hospitalières, notamment : Clinique Sainte-Élisabeth et Saint-Luc.

Signalons que l'équipe de l'aumônerie de CHRSM n'a pas son propre bureau comme auparavant. Elle partage présentement le même bureau avec l'équipe de la laïcité où il règne une bonne ambiance. Au-delà de cette difficulté du manque de bureau, elle garde de bonnes relations avec l'équipe dirigeante. Elle collabore avec tous les services (direction, personnel et les autres membres du personnel de cet établissement). Cette collaboration élargit les rapports humains dans cet établissement. Bien plus, le service de l'aumônerie est un service de bénévolat. Ce service a sa place au sein des institutions hospitalières, puisque l'accompagnement spirituel reste un droit des patients, des patientes et de leurs familles.

L'hôpital n'est pas un autre monde du fait qu'il n'échappe pas aux réalités sociétales. Actuellement, on cherche à détacher le monde hospitalier du monde religieux, oubliant que c'est une continuité de la vie. Les personnes souffrantes hospitalisées continuent dans leur cheminement de foi. Ils ne découvrent pas nécessairement une croyance nouvelles. Peut-être son passage à l'hôpital peut réveiller certaines choses. En fait, l'aumônerie fait le travail de continuité de la communauté croyante des patients et des patientes. Il faut simplement respecter la liberté des personnes malades. L'hôpital pourrait être un autre monde parce qu'on expérimente la réalité de la souffrance de l'être humain à travers la maladie. Et on n'arrivera jamais à comprendre la souffrance de l'autre, mais la vraie attitude adoptée est de compatir avec les malades puisqu'on ne sait pas ce qu'ils sont en train de vivre comme épreuve.

Une expérience vécue récemment par l'aumônier lors de sa visite à une dame hospitalisée, celle-ci sentait un vide total au fond d'elle, comme si elle était dans la boue. Se référant aux paroles réconfortantes de l'aumônier lors de sa visite, elle avait senti comme une lumière qui l'avait fait sortir de son état d'angoisse. Elle a eu le sentiment de prier, de se réconcilier avec elle-même, avec Dieu par la confession et avec les autres. Car, elle sentait ce sentiment de révolte par rapport à la souffrance qu'elle traversait. Elle a témoigné qu'elle a vécu une résilience intérieure du fait qu'elle traverse un vide existentiel, jusqu'à éprouver cette nécessité de demander la réconciliation. Et puis elle a évoqué le récit où Jésus a confié la charge de la communauté ecclésiale à Simon-Pierre, sans faire référence à son reniement (Jn 21, 15-18). Elle avait ajouté quelque chose d'important, le Seigneur continue de nous faire confiance puisque nous portons en nous quelque chose de particulier de lui.

3.1.3.2. Éléments communs des équipes de l'aumônerie des cliniques visitées

Plusieurs éléments communs se sont dégagés lors des entretiens avec les trois équipes de l'aumônerie. Nous présenterons les éléments qui nous apparaissent fondamentaux en nous fondant sur les aspects liés au besoin spirituel, à l'accompagnement spirituel et pastoral.

Un des points communs liés à toutes les cliniques visitées est le fait que le besoin spirituel des patients et des patientes apparaît très souvent dans des moments de fragilité : la maladie, la douleur, l'incertitude, la solitude ou la proximité de la mort. Même des personnes peu pratiquantes ressentent alors le besoin de parler, d'être écoutées en profondeur, de donner un sens à ce qu'elles vivent ou simplement de ne pas rester seules avec leurs peurs, leurs angoisses, ... Ce besoin spirituel ne se limite pas à la religion. Il touche les grandes questions humaines : « Pourquoi cela m'arrive-t-il ? », « Qu'est-ce qui donne encore du sens à ma vie ? », « Suis-je aimé ? », « Ai-je encore une place en famille ou en société ? », etc. Et beaucoup de personnes malades cherchent la paix intérieure, le pardon, la réconciliation avec Dieu, avec leur famille ou avec eux-mêmes.

C'est là que l'accompagnement spirituel et pastoral devient précieux. La présence d'un aumônier ou d'une aumônière, d'un prêtre, d'un religieux ou d'une religieuse, d'un pasteur, d'un imam ou d'un accompagnateur spirituel ou d'une accompagnatrice spirituelle offre un espace d'écoute, surtout sans jugement. Les personnes prises en charge n'attendent pas d'abord de grandes paroles ou de la catéchèse, mais une présence humaine, calme et attentive, une visite, une prière, un silence partagé, la communion ou le sacrement des malades peuvent apporter une vraie consolation, mais à la demande des personnes souffrantes elles-mêmes. Il faut également une certaine expertise pour savoir détecter le besoin spirituel. La rencontre des patients par l'aumônier ou l'aumônière n'est pas véritablement une recette toute faite et bien préparée. Elle exige un certain dynamisme et une certaine souplesse de la part des aumôniers et des aumônières, de savoir s'adapter devant toutes les situations qui peuvent se présenter avec professionnalisme et flexibilité.

Un autre point commun constaté dans toutes les cliniques visitées est le fait que le soin ne concerne pas seulement le corps puisque les médecins, les infirmiers et les infirmières soignent la maladie, mais cela ne suffit pas. L'accompagnement spirituel aide la personne à rester debout intérieurement. Il rappelle aux patients qu'ils sont plus qu'un dossier médical. Ce sont des personnes dignes, aimées et porteuses d'une histoire. Il ne faut pas chercher à balayer d'un coup l'histoire du passé des personnes malades. Car, les médecins, les infirmiers et les infirmières sont soumis à des contraintes de temps importantes par leur service, mais l'accompagnement spirituel crée un équilibre entre le soin médical et le soin intérieur dont le service de l'accompagnement spirituel exerce. L'expérience montre également que les familles et même les soignants ou soignantes ont besoin de cet accompagnement.

Face à la souffrance ou à la mort, chacun peut avoir besoin d'un soutien spirituel, d'une parole d'espérance ou d'un moment de prière, ...

Au fait, la pastorale hospitalière est une mission de compassion et de proximité. Elle rend visible la tendresse de Dieu au cœur de la souffrance humaine. Rappelons-nous du récit du Bon Samaritain dans l'Évangile (Lc 10, 25-37). Il s'arrête auprès de celui qui souffre pour lui redonner courage, espérance et dignité. Le service de l'aumônerie au sein des établissements hospitaliers agit au nom de l'Église qui a reçu le mandat.

En définitive, ces entretiens réalisés sur le terrain nous ont permis de comprendre le rôle fondamental que jouent les équipes de l'aumônerie et les autres représentants religieux au sein des institutions hospitalières pour l'accompagnement spirituel des malades. Et puis, les difficultés et les défis qu'ils rencontrent dans l'exercice de leur ministère. Trouver sa place dans les hôpitaux ne s'avère pas facile, vu le contexte séculier auquel ils sont appelés à y faire face. Ceci nous permet d'examiner les difficultés, les conséquences et les défis rencontrés dans la pastorale de la santé.

3.2. Conséquences et défis rencontrés dans la pastorale de la santé

Les entretiens réalisés dans les trois différentes équipes de l'aumônerie nous ont fourni tant d'éléments concernant les difficultés rencontrées dans la pastorale de la santé dans les cliniques.

3.2.1. Conséquences observées

Dans cette sous-section, nous aborderons les conséquences observées dans la pastorale de la santé lors de l'accompagnement spirituel des patients et des patientes dans le contexte séculier au sein des institutions hospitalières. En effet, ces conséquences dégagent également les tensions entre le besoin spirituel et l'accompagnement pastoral des malades lors de l'accompagnement spirituel. Parmi tant de conséquences observées, nous relevons les éléments qui nous paraissent les plus saillants pour notre sujet, à savoir : une dissociation croissante entre spiritualité et religion ; une transformation du rôle de l'aumônier et de l'aumônière, une tension entre logique institutionnelle et logique pastorale ainsi qu'une prise en compte renouvelée de la dimension psychologique.

3.2.1.1. Une dissociation croissante entre spiritualité et religion

La première conséquence de la sécularisation est l'émergence d'une demande d'accompagnement spirituel qui ne s'identifie plus nécessairement à une demande religieuse. Pierre-Yves Brandt observe qu'« à l'hôpital, le service d'aumônier, devenu œcuménique, a donc pour mission d'être au service de

tous les patients¹⁵⁰ ». À l'hôpital, la demande de sens, de réconciliation avec soi-même, de paix intérieure ou d'espérance ne s'exprime plus spontanément dans le langage d'une tradition religieuse déterminée. Le besoin spirituel devient plus diffus, plus individuel, plus synchrétique.

Pour Guy Jobin, cette dissociation croissante entre spiritualité et religion se révèle à travers la nouvelle manière de définir la spiritualité par les sciences biomédicales. Ces dernières font une nette distinction entre la religion et la spiritualité. La première s'attache effectivement à l'institution portant une dimension collective qui partage les mêmes dogmes, rites, valeurs, ... avec l'option de l'uniformité, pendant que la seconde, la spiritualité, est l'inverse de la première. La spiritualité, selon les disciplines biomédicales, se définit par les quatre caractéristiques principales : la quête de sens et d'authenticité, la relationalité, l'universalité et l'harmonie¹⁵¹.

Ainsi, cette dissociation peut créer aussi une tension profonde à la personne souffrante puisqu'elle peut causer un flou difficile à savoir délimiter les frontières d'action de chacune¹⁵², et cette personne s'enferme à elle-même sans l'ouverture à l'autrui vivant en communauté croyante qui offre également du sens à sa souffrance. Ceci entre dans l'une des conséquences engendrées par la sécularisation.

3.2.1.2. Une transformation du rôle de l'aumônier et de l'aumônière

La figure de l'aumônier, traditionnellement identifiée à un prêtre ou un pasteur administrant les sacrements et offrant un cadre interprétatif confessionnel de la souffrance, cède la place à un profil professionnel nouveau : celui de l'accompagnant spirituel, dont la légitimité repose moins sur un mandat ecclésial explicite que sur une compétence relationnelle et une aptitude à cheminer avec tous, croyants ou non. Dans son mémoire, Mathilde de Schoutheete évoque la nécessité de définir la fonction de conseiller spirituel dans un cadre juridique en pleine évolution¹⁵³. Les aumôniers et les aumônières sont désormais invités à collaborer avec les soignants et les soignantes, et « à coopérer avec tous les partenaires de santé¹⁵⁴ ».

Cette transformation du rôle des aumôniers ou des aumônières comme accompagnateurs spirituels et accompagnatrices spirituelles pourrait déstabiliser, dans une mesure, le rôle religieux spécifique tout en créant certaines confusions au regard de son ministère pastoral. Elle peut aussi

¹⁵⁰ P.-Y. BRANDT, « Pour une prise en soins globale et intégrative », dans *Clinique du sens*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2020, p. 10, en ligne : <https://api.unil.ch/iris/server/api/core/bitstreams/beef1598-fbf4-4a0c-9228-1594124256ba/content> (Consulté le 02 juin 2026).

¹⁵¹ Cf. G. JOBIN, *Des religions à la spiritualité. Une appropriation biomédicale du religieux dans l'hôpital*, p. 14-15.

¹⁵² Cf. C. ODIER, *L'accompagnement spirituel en mouvement. Aumônerie hospitalière...*, p. 64.

¹⁵³ Cf. Mathilde de SCHOUTHEETE, *Vers un statut juridique des conseillers spirituels hospitaliers*, Mémoire de master, Bruxelles, UCL, 2011-2012, p. 10-11, en ligne : <https://www.pastoralezorg.be/cms2/uploads/image/elisabeth/Memoireassistancespirituelleaout2012.pdf> (Consulte le 31 mai 2026).

¹⁵⁴ H. S. KAANICHE, *L'accompagnement spirituel en milieu hospitalier*, Paris, L'Harmattan, 2005, p. 75.

occasionner une tension entre les besoins spirituels portant un caractère universel exposé par les personnes malades et ses attentes croyantes propres qui soutiendraient son accompagnement basé sur ses doctrines pour ses soins thérapeutiques.

Donc, cette transformation peut créer un déséquilibre et une frustration dans l'exercice pastoral de l'aumônier ou de l'aumônière puisque cet agent pastoral est géré par deux autorités : l'État et l'Église, dont le premier prend l'ascendant sur la seconde. De plus, nous vivons à une époque où l'instabilité s'installe avec tant de transformations qui, parfois, ne prennent pas le temps de s'enraciner profondément, cédant sa place à des nouveautés. C'est « le drame de notre époque¹⁵⁵ », disait le pape Paul VI.

3.2.1.3. Une tension entre logique institutionnelle hospitalière et logique pastorale

L'hôpital fonctionne selon des critères d'efficacité, de protocolisation et de traçabilité qui peuvent entrer en tension avec la logique de la gratuité, de la présence discrète et de l'accompagnement sans mesure qui caractérise la pastorale. La pression à la professionnalisation et à l'évaluation des résultats tend à aligner l'accompagnement spirituel sur les standards de l'institution médicale, au risque d'en dénaturer la spécificité. Comme le souligne Isabelle Noth, « le risque existe de voir l'aumônerie chrétienne menacée par l'avènement d'une « spiritualité mainstream »¹⁵⁶ ».

Cette tension peut se manifester à travers les facteurs de gestion du temps accordé par les institutions hospitalières et de place importante qu'occupe la neutralité institutionnelle, au détriment de l'accompagnement spirituel des patients et des patientes pour le service de l'aumônerie ou d'autres représentants religieux. Ainsi, il y a comme conséquence la banalisation de la dimension spirituelle des patients et des patientes, pendant qu'elle constitue l'un des éléments de soins thérapeutiques des malades.

3.2.1.4. Une prise en compte renouvelée de la dimension psychologique

La frontière entre l'accompagnement spirituel et le soutien psychologique devient de plus en plus poreuse. Des auteurs comme Jacques Cherblanc et Guy Gobin ont analysé le phénomène de « psychologisation du religieux » qui tend à absorber la spiritualité dans le champ de la santé mentale¹⁵⁷. Cette évolution a des effets ambivalents : d'un côté, elle favorise la reconnaissance de la souffrance

¹⁵⁵ PAUL VI, *Exhort. apost.* Evangelii nuntiandi, Kinshasa, Éd. Saint Paul Afrique, 1976, § 20.

¹⁵⁶ R. ZBINDEN, « L'aumônerie au défi de la collaboration avec l'hôpital », en ligne : <https://cath.ch/newsf/laumonerie-au-defi-de-la-collaboration-avec-lhopital> (Consulté le 02 juin 2026).

¹⁵⁷ Cf. J. CHERBLANC, G. JOBIN, « Vers une psychologisation du religieux ? Le cas des institutions sanitaires au Québec », dans *Archives de sciences sociales des religions*, 163, 58, 2013, p. 40-42, en ligne : <https://shs.cairn.info/revue-archives-de-sciences-sociales-des-religions-2013-3-page-39?lang=fr> (Consulté le 02 juin 2026).

spirituelle comme composante de la souffrance globale du patient et de la patiente ; de l'autre, elle risque de réduire la spiritualité à une fonction thérapeutique, en effaçant sa dimension proprement religieuse et transcendante.

L'intégration de la dimension psychologique dans le processus de soin thérapeutique peut aussi redéfinir la mission de l'accompagnement spirituel. Ce dernier pourrait être relayé à une place complémentaire pendant qu'il occupe une place considérable dans ce processus thérapeutique des patients et des patientes. En plus, en favorisant plus l'approche interdisciplinaire où les aspects psychologiques et spirituels sont invités à entrer en dialogue permanent afin de répondre aux attentes générales des malades. Ainsi, la coopération, et non la subordination de l'une sur l'autre, entre psychologues et aumôniers ou aumônières, autrefois difficile à concevoir, est aujourd'hui réalisable et recommandable.

En conclusion, les quatre conséquences évoquées nous ont prouvé que l'accompagnement spirituel dans le contexte hospitalier actuel se trouve devant tant de difficultés qui nécessitent une certaine souplesse pour l'adaptation permanente. Cette adaptation se fera en relation interdisciplinaire qui aiderait les représentants religieux et les représentantes religieuses au sein des institutions hospitalières à clarifier leur rôle auprès des équipes soignantes. D'où la nécessité de la formation continue et permanente de tous les accompagnants des personnes malades. Il n'y a pas que les conséquences observées, il y a également les défis et les enjeux majeurs signifiés.

3.2.2. Défis et enjeux majeurs

Il faut souligner que la pastorale de santé dans un milieu hospitalier soulève tant de défis et d'enjeux majeurs pour tous les accompagnateurs spirituels, toutes les accompagnatrices spirituelles, tous les représentants religieux et toutes les représentantes religieuses. Parmi tant d'autres, nous épinglons cinq défis majeurs à propos de notre problématique, à savoir : défis de l'universalité dans la diversité, de la professionnalisation et de la formation, de la collaboration interdisciplinaire, de la neutralité institutionnelle et de la diversité des besoins et des attentes.

3.2.2.1. *Le défi de l'universalité dans la diversité*

Comment la pastorale de la santé peut-elle s'adresser à tous ou à toutes sans se diluer dans un spiritualisme vague ? La question est théologique : qu'est-ce qui constitue la spécificité irréductible de l'accompagnement pastoral chrétien par rapport à un accompagnement spirituel générique ? Comme souligne un texte du Resspir, « dans une société sécularisée et pluriculturelle, un conservatisme pastoral

revendiquant une « exclusivité » du spirituel relèverait d'un obstacle éthique majeur¹⁵⁸ ». Autrement dit, la pastorale ne peut plus prétendre détenir le monopole de l'accompagnement spirituel. Elle doit apprendre à se situer dans un écosystème pluraliste où coexistent d'autres acteurs ou actrices (psychologues, assistants sociaux, conseillers laïques, représentants d'autres traditions religieuses ou philosophiques).

Les accompagnateurs spirituels, les accompagnatrices spirituelles, les représentants religieux et les représentantes religieuses font face au défi de l'accompagnement spirituel des personnes souffrantes hospitalisées vu leur diversité convictionnelle (spirituelle et religieuse), culturelle et philosophique. Cette diversité doit respecter impérativement la singularité de chaque patient et patiente. Car, chaque rencontre avec toute personne doit se vivre comme une véritable grâce que la vie nous offre¹⁵⁹. Ainsi, un pressant appel doit être lancé pour savoir associer une présence sollicitant une ouverture à l'universel des autres tout gardant sa spécificité identitaire et comprenant son rôle de l'accompagnateur spirituel et de l'accompagnatrice spirituelle dans le milieu hospitalier.

3.2.2.2. Le défi de la professionnalisation et de la formation

Dans un environnement hospitalier de plus en plus exigeant, les aumôniers, les aumônières et bénévoles de la pastorale de la santé ont besoin de compétences solides, non seulement en théologie, mais aussi en psychologie, en éthique médicale, en droit de la santé et en dialogue interreligieux. En effet,

« la formation spécifique (théologie ou sciences des religions, processus relationnels, connaissance du milieu de la santé et du travail interdisciplinaire et des outils d'évaluation spirituelle) des accompagnantes spirituel les justifie leur engagement avant leur appartenance à une Église ou à une communauté religieuse¹⁶⁰ ».

Cet impératif de formation doit cependant être pensé de manière à ne pas transformer l'aumônier et l'aumônière en des simples techniciens du spirituel, mais à les rendre capable d'une présence ajustée à la vulnérabilité de l'autre.

Cette formation continue et permanente doit toujours être envisageable pour tous les accompagnateurs soignants des personnes souffrantes, mais chacun à son niveau. Elle permet à chaque soignant de connaître et de comprendre le rôle de chacun dans l'exercice de sa mission auprès de

¹⁵⁸ RESSPIR, *Le Spiritualité care. Comment en parler avec les églises ? Réflexions fondamentales et repères éthiques, théologiques, ecclésiologiques et pastoraux*, 2024 (mars), p. 8, en ligne : <https://www.resspir.org/projets/spiritual-care-reflexions-fondamentales-reperes-ethiques-theologiques-ecclésiologiques-et-pastoraux> (consulter le 02 juin 2026).

¹⁵⁹ Cf. A. FOSSION, *L'annonce : La légèreté de la grâce. Croire, évangéliser, catéchiser*, Luxembourg, Éd. Kindle Direct Publishing (Amazon), 2025, p. 25.

¹⁶⁰ C. ODIER, *L'accompagnement spirituel en mouvement. Aumônerie hospitalière...*, p. 96.

malades. Cette compréhension aiderait chacun à collaborer à la prise en charge du « patron » ou de la « patronne » qui est le patient ou la patiente, puisque tous restent à son service, malgré son état de santé.

3.2.2.3. Le défi de la collaboration interdisciplinaire

L'intégration de la dimension spirituelle dans la prise en charge globale des personnes malades suppose une collaboration étroite entre l'aumônerie et les autres acteurs ou actrices du soin : médecins, infirmiers, infirmières, psychologues, assistants sociaux, etc. Mais cette collaboration se heurte à des obstacles structurels et culturels : méconnaissance réciproque des rôles, différences de langage et de paradigmes, craintes identitaires de part et d'autre. Comme le souligne Blandine Vrel, il s'agit de « soigner et cultiver le partenariat aumôniers-soignants au service de l'accompagnement spirituel de la personne hospitalisée¹⁶¹ ». Ce partenariat ne va pas de soi ; il exige une clarification des champs de compétence respectifs et une reconnaissance mutuelle des spécificités.

Sans doute, la pastorale de la santé doit apporter son apport spécifique dans le corps soignant au sein du milieu hospitalier, et elle doit aussi intégrer à son sein l'aspect de la collaboration interdisciplinaire. Alors, son défi se situe au niveau de l'articulation de l'exercice de l'accompagnement spirituel avec les autres services afin de prendre en compte toutes les dimensions des personnes souffrantes pour son traitement thérapeutique. Ainsi, la collaboration interdisciplinaire est comptée parmi les défis majeurs dans le milieu hospitalier pour dissiper certaines zones d'ombres. Elle permet la bonne compréhension des services des autres. Elle exige une certaine humilité et tolérance pour accepter l'autre et son service.

3.2.2.4. Le défi de la neutralité institutionnelle

Le cadre laïc de l'hôpital public impose aux aumôneries de respecter scrupuleusement la liberté de conscience des patients ou des patientes et de ne pas exercer de prosélytisme. Cette contrainte, loin d'être un obstacle à la mission pastorale, peut être comprise comme une invitation à retrouver la pureté du geste évangélique : une présence gratuite, offerte à tous, sans condition préalable d'appartenance confessionnelle. Cependant, la tension entre la mission ecclésiale et le cadre institutionnel demeure structurante. Ainsi, en Italie et au Royaume-Uni, « l'assistance spirituelle dans les hôpitaux représente sans doute une des manifestations les plus anciennes du sentiment religieux et, depuis l'âge moderne¹⁶² »,

¹⁶¹ FONDATION APRÈS-TOUT, « Au service de l'accompagnement spirituel de la personne hospitalisée », en ligne : <https://www.apres-tout.fr/2024/11/22/au-service-de-laccompagnement-spirituel-de-la-personne-hospitalisee/> (Consulté le 03 juin 2026)

¹⁶² A. FERRARI, « Les aumôneries hospitalières en Italie et au Royaume-Uni », dans Anne FORNEROD, *Assistance spirituelle dans les services publics. Situation française et éclairages européens*, Strasbourg, PUS, 2012, p. 49.

un terrain de négociation entre Églises et États. Cette négociation est permanente et doit être réinventée dans chaque contexte national.

Cependant, il s'avère important de souligner que, sur terrain, la question inter-convictionnelle est un défi. En effet,

« [...] la difficulté va maintenant être de devoir articuler de manière nouvelle une identité particulière, définie historiquement et théologiquement comme chrétienne, avec la situation sociologique nouvelle d'un pluralisme culturel et religieux [...] le défi est en effet d'articuler le particulier à l'universel¹⁶³ ».

En réalité, la neutralité implique en principe l'impartialité et l'égalité de traitement. Ainsi, la neutralité bien comprise apporte un équilibre dans les structures sociales, du fait qu'elle garantit l'équité au sein des institutions où les accompagnateurs et les accompagnatrices respectent les convictions de la personne souffrante afin de créer un climat de paix pour le vivre-ensemble.

3.2.2.5. Le défi de la diversité de besoins et d'attentes

Les patients dont s'occupe la pastorale de la santé présentent une grande diversité de profils spirituels. L'expérience montre que certains malades expriment des besoins religieux explicites : demande de sacrement, de prière, de lien avec leur communauté de foi. D'autres manifestent des besoins spirituels diffus : questions sur le sens de la vie, angoisse existentielle, sentiment d'abandon ou de culpabilité. D'autres encore n'expriment aucun besoin et ne souhaitent même aucun contact. Ainsi, savoir discerner les besoins qui ne s'expriment pas, respecter le silence de ceux ou celles qui ne demandent rien, offrir une présence ajustée à chaque situation : tel est l'un des défis majeurs de l'accompagnement pastoral aujourd'hui.

Ainsi, ces défis énumérés permettent aux acteurs et actrices de la pastorale de la santé exerçant leur ministère au sein des institutions hospitalières et à l'Église, en général, de repenser son regard vis-à-vis de cette pastorale du fait qu'elle fait partie de sa mission, celle de sa proximité aux personnes souffrantes. De cette manière, ces défis peuvent constituer des opportunités pour réajuster ses pratiques ecclésiales à travers de ses réflexions théologiques approfondies sur la pastorale de la santé dans les milieux spécifiques, notamment : à l'hôpital, à la prison, etc. À la fin de l'analyse des conséquences et des défis, il nous serait intéressant de proposer quelques perspectives d'avenir pour l'Église concernant

¹⁶³ D. BAUDE, M. LOBO BUSTAMANTE, B. MATHOT, « Mutations spirituelles et religieuses au sein de l'hôpital : le cas du GHDC », dans *Thaumazein*, Anno VIII, 11, 21, 2018, p. 52, en ligne : https://www.academia.edu/37812164/MUTATIONS_SPIRITUELLES_ET_RELIGIEUSES_AU_SEIN_DE_LHOPITAL_LE_CAS_DU_GHDC_SPIRITUALS_AND_RELIGIOUS_MUTATIONS_IN_THE_HOSPITAL_THE_CASE_OF_THE_GHDC (Consulté le 07 juin 2026).

la pastorale de la santé dans le milieu hospitalier, tout en tenant compte du contexte actuel et des défis de l'heure.

3.3. Perspectives d'avenir pour l'Église

Cette section a pour objectif de proposer quelques pistes d'orientation qui pourraient être considérées comme de petites lumières aidant l'Église à focaliser aussi son attention sur les défis actuels de la pastorale de la santé, tout en les transformant en véritables opportunités, et à mettre du sérieux dans la formation de ses agents pastoraux affectés à ce secteur pastoral. Cette session sera soutenue par trois sous-points, à savoir : Orientations théoriques et pratiques, nécessité de la formation et vers une Église en sortie.

3.3.1. Orientations théoriques et pratiques

Face à ce paysage complexe, l'Église est appelée à un triple discernement : théologique, pastoral et institutionnel.

La première urgence, qui est théologique, est de clarifier ce qui distingue l'accompagnement pastoral chrétien d'une simple relation d'aide ou d'un accompagnement spirituel générique. La spécificité chrétienne ne réside pas principalement dans des rites ou des discours, mais dans une manière d'être présent qui trouve sa source dans l'événement du Christ : la mission de l'équipe de l'aumônerie d'accompagnement ne s'arrête pas simplement aux patients hospitalisés ou aux patientes hospitalisées, mais elle élargit l'accompagnement à l'ensemble des intervenants du milieu hospitalier¹⁶⁴. Cette universalité de la présence gratuite, qui n'exclut personne, est l'expression concrète de la charité chrétienne.

En ce qui concerne le discernement pastoral sur les pratiques, la pastorale de la santé doit apprendre à articuler la gratuité évangélique de la présence et l'exigence de professionnalisme imposée par l'institution hospitalière. Cela passe par une formation continue des acteurs pastoraux et les actrices pastorales, car

« [les] compétences théologiques et l'écoute, si elles demeurent importantes, ne suffisent plus. Les accompagnant.es spirituel.es doivent connaître l'outil d'évaluation spirituel choisi et savoir l'utiliser. Leurs capacités à entrer en dialogue avec les équipes soignantes, à faire une recommandation significative et à l'aise dans une délibération éthique sont également importantes¹⁶⁵ ».

¹⁶⁴ P.-Y. BRANDT, « L'aumônier, un soignant parmi d'autres ? Intégration de l'appartenance religieuse et de la spiritualité dans le cadre thérapeutique », dans Guy JOBIN, Alain LEGAULT, Nicolas PUJOL, *Op. cit.*, p. 12-13.

¹⁶⁵ C. ODIER, *L'accompagnement spirituel en mouvement. Aumônerie hospitalière...*, p. 79.

La pastorale doit également développer des formes nouvelles de présence, adaptées aux contextes de soins contemporains : accompagnement à domicile, présence en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, soutien aux équipes soignantes confrontées à l'épuisement professionnel.

Quant au discernement institutionnel sur la place de l'Église dans le système de santé, la sécularisation invite l'Église à repenser son mode de présence dans les institutions de soins. Il ne s'agit pas de reconquérir une influence perdue, mais de trouver une juste place, en cohérence avec la mission reçue du Christ et dans le respect du cadre légal. La présence de l'aumônerie dans l'hôpital public est un lieu privilégié de dialogue entre l'Église et la société, où la foi chrétienne peut se manifester comme une ressource de sens et d'humanisation, au service de tous. Au fait, « la présence des aumôniers dans l'hôpital repose sur le respect de ce droit du patient¹⁶⁶ ». La nouvelle charte des personnels de santé publiée par le Dicastère pour le Service du Développement Humain Intégral rappelle que l'assistance religieuse aux malades s'inscrit dans le cadre plus large de la pastorale de la santé, c'est-à-dire de la présence et de l'action de l'Église vis-à-vis du monde de la santé¹⁶⁷. Cette présence doit s'inscrire dans une logique de service et de collaboration, non de concurrence ou de revendication identitaire.

En outre, l'intégration de la dimension psychologique dans la pastorale de la santé n'est pas un renoncement à sa spécificité, mais une condition de sa pertinence contemporaine. La souffrance spirituelle n'est pas séparable de la souffrance psychique : l'angoisse de mort, la perte de sens, la culpabilité, le sentiment d'abandon sont des réalités qui traversent à la fois le champ de la psychologie clinique et celui de l'accompagnement spirituel. Une approche intégrée, où psychologues, aumôniers et aumônières collaborent de manière différenciée mais complémentaire, constitue une réponse ajustée aux besoins complexes des patients et des patientes.

Dans la pratique, une initiative concrète peut consister, par exemple, à un système de relais entre la pastorale de la santé commencée à l'hôpital par l'équipe de l'aumônerie et la communauté paroissiale à travers les visiteurs de malades. Il est question ici d'un suivi continu. En tenant compte du temps de l'hospitalisation des patients et des patientes, qui parfois peut être très court, l'accompagnement spirituel entamé par l'aumônier ou l'aumônière peut être continu.e par les membres de la communauté paroissiale avec les services de visiteurs de malades. Ainsi, la pastorale de la santé peut ainsi contribuer à une approche globale et intégrative du soin, au bénéfice du patient et de la patiente dans toutes ses dimensions.

¹⁶⁶ J.-P. de LIMBOURG, « Trouver sa juste place dans un monde séculier... », p. 495.

¹⁶⁷ Cf. CONSEIL PONTIFICAL POUR LES PERSONNELS DE LA SANTÉ (POUR LA PASTORALE DE LA SANTÉ), *Nouvelle charte des personnels de la santé*, Città del Vaticano, Libreria editrice, 2021, n° 137, p. 117.

3.3.2. Nécessité de la formation

Il est important de souligner l'urgence et la nécessité de la formation des acteurs pastoraux et des actrices pastorales affecté.es à la pastorale de la santé pour les rendre capables, dynamiques et utiles dans ce milieu hospitalier. Exercer la mission dans un tel cadre hospitalier nécessite effectivement quelques compétences nécessaires au-delà de la formation théologique. Au fait, l'accompagnement spirituel ou pastoral des malades au sein des institutions hospitalières par les équipes de l'aumônerie et de représentants religieux exige certaines compétences spécifiques liées à leur charge, comme un acteur ou une actrice participant au processus thérapeutique de soins des patients et des patientes¹⁶⁸.

Les compétences d'un accompagnateur spirituel ou d'une accompagnatrice spirituelle dans le milieu hospitalier seront basées sur les connaissances théoriques et pratiques en intégrant ces trois notions fondamentales : savoir, savoir-faire et savoir-être. Pour les savoirs, l'accompagnateur ou l'accompagnatrice doit être capable de maîtriser sa spécialité afin de montrer son impact sur la discipline de santé et ses bien-fondés pour les patients et les patientes dans ses processus thérapeutiques. Ces études ecclésiastiques seront complétées par certaines connaissances des sciences humaines. Cosette Odier est très clairement à ce sujet quand elle note : « [...] Si la formation théologique dans la tradition de chacun et chacune est nécessaire, elle n'est suffisante, une formation aux dynamiques relationnelles, à l'écoute, à la connaissance du milieu hospitalier et de son langage est nécessaire¹⁶⁹ ».

Il doit être dynamique de détecter les signes de la spiritualité – comme quête de sens, de conscience et d'éveil intérieur – des patients et des patientes lors de leurs rencontres à travers leurs diverses préoccupations liées à leurs quêtes de sens de l'existence devant cette réalité de la souffrance. Cette capacité permet à l'accompagnateur spirituel et à l'accompagnatrice spirituelle de comprendre et d'évaluer si les besoins spirituels de ses patients et ses patientes ont trouvé satisfaction lors de l'accompagnement moyennant

« le modèle de besoins spirituels STIV est un modèle d'évaluation [...] à l'identification de quatre sous-dimensions pour caractériser la dimension spirituelle de la personne malade hospitalisée : le Sens, la Transcendance, les Valeurs et les aspects psycho-sociaux et de l'Identité¹⁷⁰ ».

Concernant le savoir-faire, l'accompagnateur spirituel ou l'accompagnatrice spirituelle dispose de son temps pour écouter attentivement et profondément son accompagné. Sa présence auprès de personnes malades demeure bienveillante. Lors de la rencontre, l'accompagnateur spirituel ou l'accompagnatrice spirituelle doit prendre en considération les récits de son patient ou sa patiente, ses

¹⁶⁸ Cf. RESSPIR, *Spiritual care I, Comment en parler en français ? Des concepts pour des concepts*, Montpellier, Sauramps médical, 2018, p. 82-84.

¹⁶⁹ C. ODIER, *L'accompagnement spirituel en mouvement. Aumônerie hospitalière...*, p. 65.

¹⁷⁰ S. MONOD-ZORZI, *Soins aux personnes âgées. Intégrer la spiritualité* (Soins et Spiritualités, 2), Bruxelles, Lumen vitae, 2012, p. 50-51.

silences, ses interrogations, ses états psychologiques avec ses émotions sans porter jugement. En ce sens, Henri J.M. Nouwen démontre que la qualité d'une bonne écoute garantit également la qualité merveilleuse de la communication, car

« [...] Écouter, c'est prendre conscience de façon très active de la rencontre de deux vies. Quand j'écoute, je n'écoute pas seulement une histoire, mais aussi avec une histoire. C'est exactement sur l'arrière-plan de ma propre histoire limitée que je découvre la singularité de l'histoire que j'ai le privilège d'entendre [...]»¹⁷¹.

De même, l'accompagnateur spirituel ou l'accompagnatrice spirituelle doit absolument respecter l'histoire, les croyances, ... des personnes prises en charge, puisque celles-ci portent en elles-mêmes une histoire. L'accompagnement spirituel est un soutien qui donne du sens à l'existence des malades pour le temps qu'ils sont en train de traverser et nourrit aussi leur espérance au-delà de leur croyance et de leur philosophie.

À propos du savoir-être, l'accompagnateur spirituel ou l'accompagnatrice spirituelle sera examiné.e en fonction de certaines attitudes humaines lors de ses rencontres avec les personnes souffrantes, notamment : l'écoute attentive et active, la bienveillance, la disponibilité, l'accueil du récit des patients sans jugement, etc. Les soignants doivent nécessairement faire preuve de ses qualités relationnelles auprès de ses accompagnés, telles que l'empathie, la discrétion concernant l'aspect des croyances, des valeurs et du respect de la liberté du choix de ses patients et de ses patientes. Il doit avoir délibérément une posture de neutralité bienveillante, dont la confidentialité favoriserait un échange fondé sur la confiance et la sécurité pour les patients et les patientes. L'accompagnateur spirituel ou l'accompagnatrice spirituelle doit reconnaître et accueillir l'expérience subjective des personnes malades lors de leur rencontre. À cet effet, le soignant va rencontrer effectivement les personnes souffrantes « dans son ressenti corporel, son caractère émotionnel, social et mental et s'y intéresser attentivement, avec estime et empathie [...] se rendre chez les patients tout simplement parce qu'ils sont des êtres humains et les rendre au sérieux, de manière holistique¹⁷² ».

Lors du processus synodal, l'accent a été mis sur cet aspect fondamental et constitutif de l'Église. Ceci prouve combien la formation est nécessaire et importante dans la vie de l'Église. Cette formation concerne toutes les catégories des acteurs pastoraux : évêques, prêtres et laïcs. À ce sujet, Jean-Paul II note : « La formation doit permettre aux chrétiens d'acquérir non seulement une habileté technique pour mieux transmettre le contenu de la foi, mais encore une profonde conviction personnelle pour en témoigner efficacement dans la vie¹⁷³ ».

¹⁷¹ H. J. M. NOUWEN, *Prendre soin les uns des autres : une spiritualité du « care »*, Paris, Salvator, 2019, p. 35-36.

¹⁷² RESSPIR, *Spiritual care I, Comment en parler en français ? Des concepts pour des concepts*, p. 84.

¹⁷³ JEAN-PAUL II, *Exhort. apost. post-synodale Ecclesia in Africa*, Paris, Pierre Téqui, 1995, § 77.

Retenons que la formation demeure indispensable dans l'existence humaine. Même dans son domaine d'expertise et avec les mutations rapides du progrès scientifique, il faut toujours actualiser ses compétences. Autrement dit, la formation permanente et continue ne sert pas seulement à maintenir les compétences professionnelles, mais elle permet de s'adapter devant certains changements dans sa propre discipline scientifique.

3.3.3. Vers une Église en sortie : perspectives pour une pastorale de la santé renouvelée

La réflexion menée tout au long de cette recherche montre que la tension entre le besoin spirituel des personnes malades et leur accompagnement pastoral ne peut être dépassée par une simple adaptation des pratiques existantes. Dans un contexte marqué par la sécularisation, le pluralisme religieux et la professionnalisation croissante des institutions de santé, l'Église est appelée à renouveler ses modalités de présence afin que son action demeure pertinente, crédible et fidèle à sa mission évangélisatrice. Cette perspective rejoint l'appel du pape François à devenir une « Église en sortie »¹⁷⁴, c'est-à-dire une Église qui rejoint les périphéries existentielles où se vivent la souffrance, la fragilité et la quête de sens. L'hôpital constitue aujourd'hui l'un de ces lieux privilégiés où la proximité pastorale prend toute sa signification.

3.3.3.1. *Le discernement théologique, pastoral et institutionnel : une condition d'un accompagnement ajusté*

L'accompagnement spirituel en milieu hospitalier ne peut plus être pensé comme l'application uniforme de pratiques pastorales héritées d'un contexte de chrétienté. La diversité des convictions religieuses, les parcours de vie singuliers des patients ou des patientes ainsi que les exigences institutionnelles des établissements hospitaliers invitent désormais à développer un véritable discernement théologique, pastoral et institutionnel. Ce discernement consiste à reconnaître la singularité de chaque personne malade et à ajuster la présence ecclésiale à son histoire, à ses attentes et à ses ressources spirituelles.

Dans cette perspective, la vision missionnaire du pape François invite l'Église à quitter une logique de conservation pour privilégier une présence humble, fraternelle et miséricordieuse auprès des personnes vulnérables. L'annonce de l'Évangile ne commence plus par un discours doctrinal, mais par une présence capable d'écouter, d'accueillir et de partager la souffrance humaine. Une telle posture pastorale permet de répondre au besoin spirituel sans imposer une réponse religieuse préconçue, respectant ainsi la liberté de conscience propre au contexte hospitalier contemporain.

¹⁷⁴ Cf. FRANÇOIS, *Exhort. apost. post-synodale Evangelii Gaudium*, Namur, Fidélité, 2013, § 20-24.

Cette approche rejoint la réflexion de Simone Pacot, pour qui l'évangélisation authentique suppose la prise en compte de toutes les dimensions constitutives de la personne humaine : corporelle, psychologique, relationnelle et spirituelle. L'accompagnement pastoral participe ainsi à une dynamique d'unification intérieure plutôt qu'à une simple transmission de contenus religieux¹⁷⁵.

Dans le même sens, Isabelle Morel rappelle que toute démarche d'évangélisation demeure ouverte à l'action de l'Esprit Saint ; elle échappe donc à toute maîtrise humaine. Cette conviction conduit l'accompagnateur spirituel ou l'accompagnatrice spirituelle à privilégier une attitude d'écoute, de disponibilité et de patience plutôt qu'une logique de résultats¹⁷⁶.

Cette exigence de discernement concerne également les relations entre l'Église et les institutions de santé. Comme le souligne Jean-Philippe de Limbourg en attestant :

« Aujourd'hui, [...] l'Église doit s'intégrer dans une assemblée pluraliste où elle est une actrice parmi d'autres. Cela demande de répondre positivement aux appels du monde extérieur et de retrouver le vrai sens des hommes et des femmes de bonne volonté. Ces passeurs et ces témoins sont des personnes précieuses pour ouvrir des portes et promouvoir la mission de l'Église dans une institution [...] Il est impératif de se former à ses enjeux en vue d'affûter ses arguments et de proposer des pistes pastorales innovantes pour maintenir le cap de l'Évangile.¹⁷⁷ ».

En effet, la crédibilité de la pastorale hospitalière dépend aujourd'hui de sa capacité à collaborer avec les professionnels de santé dans un esprit de partenariat et de complémentarité. L'accompagnement spirituel ne constitue pas une activité parallèle aux soins médicaux ; il participe à une approche globale de la personne où la dimension spirituelle trouve naturellement sa place parmi les autres dimensions du soin.

3.3.3.2. La synodalité : une manière ecclésiale d'habiter le monde hospitalier

Le discernement pastoral conduit naturellement à une seconde perspective : celle d'une Église synodale. En effet, la complexité des situations rencontrées dans les établissements hospitaliers rend insuffisante l'action isolée d'un seul acteur pastoral. L'accompagnement des personnes malades devient une responsabilité partagée qui mobilise l'ensemble des baptisés selon leurs charismes et leurs compétences.

Les propositions pastorales de Christoph Theobald éclairent particulièrement cette orientation. La pastorale de l'hospitalité, de l'engendrement et de la proximité missionnaire traduit concrètement ce

¹⁷⁵ Cf. S. PACOT, *L'Evangélisation des profondeurs, un chemin vers l'unité intérieure* (Points Sagesses), Paris, Éd. Cerf, 2015, 4^{ème} couverture, Édition revue et augmentée.

¹⁷⁶ Cf. I. MOREL, *Transmettre la foi en temps de crise*, p. 9.

¹⁷⁷ J.-P. de LIMBOURG, « Trouver sa juste place dans un monde séculier... », p. 497-498.

que signifie une Église synodale en milieu hospitalier. L'hospitalité permet d'accueillir les malades sans condition préalable ; l'engendrement favorise l'émergence des ressources spirituelles propres à chaque personne ; enfin, la proximité missionnaire manifeste l'Évangile par la qualité de la relation davantage que par le discours¹⁷⁸.

Cette dynamique trouve un prolongement dans la réflexion du cardinal Joseph De Kesel. Selon lui, l'avenir de l'Église repose moins sur sa capacité d'affirmation institutionnelle que sur son humilité, son ouverture et sa faculté de dialoguer avec le monde contemporain. Une telle attitude apparaît particulièrement pertinente dans les établissements hospitaliers où l'accompagnement spirituel doit constamment conjuguer fidélité à l'identité chrétienne et respect du pluralisme culturel et religieux¹⁷⁹.

La synodalité ne constitue donc pas seulement un principe ecclésiologique abstrait ; elle devient une pratique pastorale concrète fondée sur la collaboration entre prêtres, diacres, religieuses, aumôniers, aumônières laïques, bénévoles et professionnels de santé. Dans cette perspective, la réflexion d'Agnès Desmazières affirme que : « penser une Église relationnelle incite à se pencher sur les identités qui la structurent, ainsi qu'à la manière dont celles-ci sont ouvertes, dialogales et en relation les unes avec les autres¹⁸⁰ ». En effet, la coresponsabilité des baptisés prend tout son sens : l'Église ne remplit sa mission qu'en reconnaissant la complémentarité des vocations et des ministères. En milieu hospitalier, cette coresponsabilité se manifeste notamment par l'engagement des nombreuses aumônières laïques qui assurent quotidiennement une présence de proximité auprès des patients, des patientes, des familles et du personnel soignant. Leur ministère d'écoute, d'accompagnement et de discernement constitue aujourd'hui une expression significative de la sollicitude ecclésiale envers les personnes fragilisées.

3.3.3.3. La formation permanente des acteurs pastoraux : un enjeu pour l'avenir

La qualité de l'accompagnement spirituel dépend enfin de la formation des personnes appelées à exercer cette mission. Les évolutions du monde hospitalier, les exigences éthiques, le dialogue interreligieux ainsi que la prise en compte des besoins spirituels rendent indispensable une formation permanente des acteurs pastoraux et des actrices pastorales.

La réflexion d'Agathe Brosset met en évidence à travers son ouvrage intitulé : « une Église de la rencontre : compagnonnage et partenariat¹⁸¹ », l'importance d'une Église de la rencontre fondée sur le compagnonnage et le partenariat. Dans les établissements hospitaliers, cette orientation implique que

¹⁷⁸ Cf. C. THEOBALD, *Urgences pastorales du moment présent. Pour une pédagogie de la réforme*, Paris, Bayard, 2017, p. 318-321 ; p. 85-91 ; p. 149-154.

¹⁷⁹ Cf. J. De KESEL, *Foi et religion dans une société moderne*, p. 135-139.

¹⁸⁰ A. DESMAZIÈRES, *L'heure des laïcs : Proximité et coresponsabilité*, Paris, Salvator, 2021, p. 15.

¹⁸¹ A. BROSSET, *Une Église de la rencontre : compagnonnage et partenariat*, Paris, Éd. de l'Atelier, 2013, 153 p.

les équipes d'aumônerie développent des compétences relationnelles, une capacité de dialogue avec les autres disciplines du soin ainsi qu'une intelligence pastorale adaptée aux réalités institutionnelles. La mission évangélisatrice se déploie alors moins par des initiatives spectaculaires que par une présence fidèle, discrète et compétente auprès des personnes souffrantes.

Cette professionnalisation de l'accompagnement spirituel ne signifie nullement une perte de l'identité chrétienne. Au contraire, comme le rappelle Paul Valadier : « le christianisme se fonde sur l'échec et la mort de la croix mais aussi sur la résurrection¹⁸² ». En effet, l'espérance chrétienne trouve son fondement dans le mystère pascal où la croix ouvre sur la résurrection. C'est précisément cette espérance qui donne sens à la présence de l'Église auprès des malades. L'accompagnateur pastoral ou l'accompagnatrice pastorale devient ainsi le témoin d'une espérance qui ne supprime pas la souffrance, mais aide la personne à la traverser en découvrant qu'elle demeure habitée par une dignité et une promesse de vie plus fortes que la maladie.

En définitive, les perspectives dégagées dans cette section convergent vers trois exigences complémentaires : développer un discernement théologique, pastoral et institutionnel adapté aux réalités hospitalières ; promouvoir une synodalité concrète fondée sur la coresponsabilité des acteurs ecclésiaux et actrices ecclésiales ; assurer une formation permanente des accompagnateurs spirituels et des accompagnatrices spirituelles afin qu'ils puissent répondre avec compétence et humanité aux besoins spirituels des personnes malades. Loin de constituer des orientations indépendantes, ces trois axes dessinent les conditions d'une pastorale de la santé capable de répondre à la tension mise en évidence tout au long de cette recherche. Ils montrent que l'avenir de l'accompagnement pastoral réside moins dans la multiplication des activités que dans une présence ecclésiale discernante, synodale et compétente, au service de la dignité et de l'espérance des personnes fragilisées.

Conclusion partielle

L'analyse développée dans ce chapitre met en évidence que la tension entre le besoin spirituel des personnes malades et leur accompagnement pastoral s'inscrit dans un contexte profondément transformé par la sécularisation, le pluralisme religieux, la professionnalisation des soins et l'évolution des institutions hospitalières. Ces mutations ne traduisent pas la disparition de la dimension spirituelle de l'être humain ; elles révèlent plutôt une recomposition de ses modes d'expression et de ses attentes. Les entretiens réalisés auprès des équipes d'aumônerie hospitalière confirment que, face à la maladie, à la souffrance ou à la proximité de la mort, de nombreux patients continuent d'éprouver une quête de

¹⁸² P. VALADIER, « Le catholicisme en face de l'âge séculier », dans Sylvie TAUSSIG (éd.), *Charles Taylor-Religion et sécularisation*, Paris, CNRS éditions, 2014, p. 251.

sens, un besoin d'écoute, de réconciliation, de paix intérieure ou d'espérance. Cette demande, souvent discrète ou implicite, appelle une présence pastorale capable de discerner les attentes profondes des personnes souffrantes tout en respectant leur liberté et leur singularité.

Les résultats de cette recherche montrent également que l'accompagnement spirituel ne peut plus être pensé selon les modèles pastoraux hérités d'un contexte de chrétienté. Les aumôniers, les aumônières, les autres accompagnateurs spirituels et accompagnatrices spirituelles sont désormais appelé.es à exercer leur mission dans un environnement marqué par la collaboration interdisciplinaire, la diversité convictionnelle et les exigences institutionnelles propres au monde hospitalier. Cette évolution invite l'Église à dépasser une logique de simple conservation pour développer une pastorale davantage fondée sur le discernement, le dialogue et la proximité. L'expérience du terrain confirme que la crédibilité de la présence ecclésiale dépend moins de son influence institutionnelle que de sa capacité à manifester une écoute authentique, une compassion gratuite et une espérance enracinée dans l'Évangile.

À cet égard, les perspectives proposées dans ce chapitre convergent autour de trois orientations majeures. La première consiste à promouvoir un discernement théologique, pastoral et institutionnel permettant d'ajuster l'accompagnement aux réalités concrètes des personnes malades et des établissements de santé. La deuxième invite à développer une pratique véritablement synodale de la pastorale hospitalière, fondée sur la coresponsabilité entre ministres ordonnés, aumônières et aumôniers laïques, bénévoles et professionnels de santé, chaque personne apportant sa compétence spécifique au service de la personne souffrante. Enfin, la troisième souligne l'urgence d'une formation permanente des agents pastoraux afin qu'ils puissent répondre avec compétence, discernement et humanité aux nouveaux défis de l'accompagnement spirituel.

Ainsi, loin d'être une impasse, la tension entre le besoin spirituel et l'accompagnement pastoral apparaît comme un appel adressé à l'Église à renouveler sa manière d'habiter les lieux de souffrance. En acceptant de se laisser interpellé par les réalités du terrain et par les mutations de la société contemporaine, la pastorale de la santé peut devenir un lieu privilégié où s'expriment la sollicitude du Christ, la proximité de l'Église et l'espérance chrétienne. Cette conviction prépare la conclusion générale de ce mémoire, qui reviendra sur les principaux acquis de la recherche et dégagera les perspectives qu'ils ouvrent pour l'avenir de la théologie pratique et de la pastorale de la santé.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette recherche avait pour objectif d'analyser les tensions entre le besoin spirituel et l'accompagnement pastoral des malades dans un contexte marqué par la sécularisation, le pluralisme religieux et l'évolution des pratiques de soins. À partir d'une démarche articulant théologie pratique, philosophie, psychologie clinique et enquête de terrain auprès des équipes d'aumônerie de trois hôpitaux de Namur, nous avons cherché à comprendre comment l'Église peut aujourd'hui exercer sa mission auprès des personnes malades tout en respectant leur singularité, leur liberté et la diversité de leurs parcours spirituels.

L'analyse développée au fil des trois chapitres permet désormais de revenir explicitement sur les hypothèses formulées au début de cette recherche afin d'en évaluer la portée.

La première hypothèse soutenait que l'accompagnement pastoral institutionnel actuel répond aux besoins spirituels diversifiés des personnes souffrantes dans un contexte sécularisé. Les résultats obtenus conduisent à nuancer cette hypothèse. Les observations réalisées montrent que les équipes d'aumônerie déploient aujourd'hui une pratique pastorale profondément renouvelée, fondée sur l'écoute, la présence, le dialogue et le respect de chaque personne, indépendamment de son appartenance religieuse. Cette évolution répond effectivement à une partie importante des attentes spirituelles des patients et des patientes. Toutefois, notre étude révèle également que cette réponse demeure incomplète. Les transformations de la société, la pluralité des références spirituelles, la diminution de la pratique religieuse, les contraintes institutionnelles et le manque de ressources pastorales empêchent encore de répondre pleinement à la diversité des besoins rencontrés. Ainsi, l'accompagnement pastoral actuel ne peut être considéré comme une réponse totalement achevée ; il constitue plutôt un processus de renouvellement permanent appelé à s'adapter continuellement aux réalités contemporaines.

La deuxième hypothèse affirmait qu'il existe une tension interne dans l'Église entre une vision traditionnelle de la pastorale, principalement centrée sur les sacrements, et une vision renouvelée privilégiant l'écoute et l'accompagnement des besoins spirituels. Les analyses théologiques, les références au Magistère ainsi que les témoignages recueillis confirment largement cette hypothèse. Cette tension traverse aujourd'hui la pastorale de la santé rendue visible dans les institutions hospitalières. Néanmoins, elle ne doit pas être interprétée comme une opposition entre deux modèles incompatibles. Elle traduit plutôt une évolution ecclésiale dans laquelle la dimension sacramentelle demeure essentielle, tout en s'intégrant dans une pastorale plus relationnelle, attentive à la singularité de chaque malade. Les sacrements trouvent ainsi toute leur fécondité lorsqu'ils s'inscrivent dans une démarche préalable d'écoute, de discernement et de présence fraternelle. La recherche montre donc que l'avenir de la

pastorale de la santé réside moins dans le choix d'un modèle contre l'autre que dans leur articulation équilibrée.

La troisième hypothèse soutenait qu'il existe une tension entre l'autonomie des malades et les normes religieuses. Les résultats de notre étude confirment également cette hypothèse. Le contexte hospitalier contemporain reconnaît l'autonomie des personnes malades comme un principe éthique fondamental. L'accompagnement pastoral ne peut dès lors s'exercer dans une logique d'imposition ou de simple transmission normative. Il suppose, au contraire, le respect de la liberté de conscience, du consentement et du cheminement spirituel propre à chaque personne. Cette autonomie n'exclut cependant pas la proposition de la foi chrétienne. Elle invite plutôt l'Église à témoigner de l'Évangile dans une attitude de dialogue, de discernement et de respect. La tension entre autonomie et normes religieuses apparaît ainsi non comme une contradiction insoluble, mais comme un espace de discernement pastoral où la vérité de la foi s'exprime dans la charité et la liberté.

La vérification de ces trois hypothèses permet de répondre à la problématique générale de cette recherche. Celle-ci montre que la véritable question n'est pas de savoir si la pastorale des malades doit choisir entre fidélité à la tradition ou adaptation au monde contemporain, mais comment elle peut demeurer fidèle à l'Évangile tout en répondant aux besoins spirituels d'une humanité profondément transformée. La sécularisation ne fait pas disparaître le besoin spirituel ; elle en modifie les formes d'expression et oblige la pastorale à renouveler ses pratiques, son langage et ses modalités de présence.

Cette recherche met ainsi en évidence que le besoin spirituel demeure une dimension constitutive de l'être humain. Face à la maladie, les interrogations sur le sens de la souffrance, la vulnérabilité, la mort, l'espérance et la transcendance continuent d'habiter les patients et les patientes, quelles que soient leurs convictions religieuses. L'accompagnement pastoral conserve donc toute sa légitimité dans les institutions de santé, à condition de privilégier une approche véritablement holistique qui articule les dimensions corporelle, psychologique, sociale et spirituelle de la personne.

Au-delà des résultats obtenus, cette étude ouvre plusieurs perspectives. Elle invite à renforcer la formation des aumôniers ou des aumônières aux approches interdisciplinaires, à développer davantage la collaboration avec les professionnels de santé, à approfondir la réflexion théologique sur la spiritualité dans les sociétés pluralistes et à poursuivre les recherches comparatives entre différents contextes hospitaliers et culturels. Ces pistes permettront d'enrichir la pastorale de la santé et de mieux répondre aux défis des prochaines décennies.

Cette étude ouvre également plusieurs perspectives pour la recherche et pour la pratique pastorale. Il serait opportun d'approfondir la formation des aumôniers et des aumônières à

l'interdisciplinarité, de renforcer la collaboration entre les différents professionnels de santé et les accompagnateurs spirituels ou les accompagnatrices spirituelles, d'explorer davantage les pratiques pastorales dans des contextes multiculturels et multiconfessionnels, ainsi que d'étudier l'apport des nouvelles technologies dans l'accompagnement spirituel des personnes malades. Une réflexion comparative entre différents systèmes hospitaliers européens et africains pourrait également enrichir la compréhension des enjeux pastoraux liés à la diversité culturelle et religieuse.

Au demeurant, ce travail se veut être aussi un véritable appel pour les agents pastoraux aujourd'hui dans leur manière de concevoir la pastorale des malades, étant donné qu'elle participe à l'œuvre de l'évangélisation en profondeur par la médiation de la pastorale de la santé. Cette dissertation ne vise pas uniquement une contribution intellectuelle et académique, mais encore l'engagement dans la praxis quotidienne dans l'Église pour la sauvegarde de la dignité de la personne malade. Comme l'a bien souligné Arnaud Join-Lambert,

« les chantiers sont nombreux pour notre Église en phase de régénération, même si c'est souvent dans la douleur. L'histoire du christianisme n'est pas un long fleuve tranquille, malgré nos aspirations bien humaines à des situations stables et confortables. Jésus-Christ qui a bouleversé nos vies continuera à bouleverser le monde, par amour, car il est la Lumière de la Vie¹⁸³ ».

En somme, les tensions mises en évidence tout au long de ce travail ne constituent pas seulement des difficultés à résoudre ; elles révèlent également des lieux de croissance pour la mission de l'Église. Elles invitent à une conversion pastorale qui fasse de l'écoute, de la proximité, du discernement et du respect de la dignité humaine les fondements d'un accompagnement authentiquement évangélique. À l'image du Christ, qui a toujours rejoint les personnes souffrantes dans leur histoire singulière avant de leur adresser une parole de salut, l'Église est appelée aujourd'hui à faire de la pastorale de la santé un espace privilégié où la compassion, l'espérance et la présence de Dieu deviennent des réalités concrètement vécues par les personnes malades.

En définitive, nous ne prétendons pas avoir exploré de manière exhaustive toutes les dimensions de notre problématique, tant celle-ci est vaste et complexe. Cette réflexion se veut avant tout une contribution modeste à une littérature déjà riche sur le sujet. Elle pourrait néanmoins servir de point de départ et inspirer d'autres recherches plus approfondies.

¹⁸³ A. JOIN-LAMBERT, « Un Kairos dans l'histoire de la revue *Lumen Vitae* », dans *Lumen Vitae*, 1, 76, 2021, p. 8.

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES OFFICIELS

* BIBLE

- BIBLE DE JÉRUSALEM. *Traduction en français sous la direction de l'École biblique de Jérusalem*, Paris, Cerf, 2000.

* Documents conciliaires

- CONCILE ŒCUMÉNIQUE VATICAN II 1962-1965, *Texte intégral*, Perpignan, Artège, 2012.

* Documents du Magistère romain et autres

- CATÉCHISME DE L'ÉGLISE CATHOLIQUE, Paris, Centurion-Cerf-Fleurus-Mame, 1998, Nouvelle édition.

- CONFÉRENCE DES ÉVÊQUES DE FRANCE, *Fiche-mission-aumônier-hospitalier ... : « Mission de l'Aumônier Hospitalier catholique »*, 2023, en ligne : <https://eglise.catholique.fr/wpcontent/uploads/sites/2/2023/11/Fiche-mission-aumonier-hospitalier.pdf> (consulté, le 14 avril 2026).

- ———, « *Ne dévoyons pas la fraternité !* ». *Déclaration des évêques de France sur le projet de loi sur la fin de vie* (Lourdes, 19 mars 2024), en ligne : <https://eglise.catholique.fr/conference-des-eveques-de-france/cef/assemblees-plenieres/assemblee-pleniere-de-mars-2024/550565-ne-devoyons-pas-la-fraternitedeclaration-des-eveques-de-france-sur-le-projet-de-loi-sur-la-fin-de-vie/> (consulté, le 14 avril 2026).

- CONGRÉGATION POUR LA DOCTRINE DE LA FOI, *Déclaration « Iura et bona » sur l'euthanasie et sur l'observation d'un usage thérapeutique droit et proportionné des médicaments analgésiques* (5 mai 1980), en ligne : https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_eutanasiafr.html (consulté, le 15 avril 2026).

- CONGRÉGATION POUR LA DOCTRINE DE LA FOI, *Lettre sur le soin des personnes en phases critiques et terminales de la vie* Samaritanus bonus, Paris, Pierre Téqui, 2021.

- CONSEIL PONTIFICAL POUR LES PERSONNELS DE LA SANTÉ (POUR LA PASTORALE DE LA SANTÉ), *Nouvelle Charte des personnels de la santé*, Rome, Libreria editrice Vaticana, 2021, en ligne : <https://www.humandevelopment.va/content/dam/sviluppoumano/pubblicazioni-documenti/documenti/nuova-carta-degli-operatori-sanitari/Nuova-Carta-Operati-Sanitar---FR.pdf> (consulté le 14 avril 2026).

- DICASTÈRE POUR LA DOCTRINE DE LA FOI, *Déclaration sur la dignité humaine. Une infinie dignité* Dignitas infinita, Paris, Salvator, 2024.

- FRANÇOIS (pape), *Exhort. apost. post-synodale sur l'annonce de l'Évangile dans le monde d'aujourd'hui* Evangelii gaudium, Namur, Fidélité, 2013.

- ———, *Lettre encycl. sur la sauvegarde de la maison commune* Laudato si', Namur, Éd. Jésuites, 2015.

- ———, *Exhort. apost. post-synodale la joie de l'amour* Amoris laetitia sur l'amour dans la famille, Paris, Éd. Bayard-Mame-Cerf, 2016.

- ———, *Lettre encycl. sur la fraternité et l'amitié sociale* Fratelli tutti, Paris-Bruxelles, Salvator-Fidélité, 2020.

- ———, *Message aux participants d'un symposium « vers un récit d'espérance : un symposium international interconfessionnel sur les soins palliatifs »* (Toronto, mai 2024), en ligne : https://www.vatican.va/content/francesco/fr/messages/pont-messages/2024/documents/2024_0522messaggio-palliative-care.html (consulté, le 14 avril 2026).
- JEAN-PAUL II, *Lettre encycl. L'Évangile de la vie. Valeur et inviolabilité de la vie humaine* Evangelium vitae, Paris, Pierre Téqui, 1995.
- ———, *Exhort. apost. post-synodale sur l'Église en Afrique et sa mission évangélisatrice vers l'an 2000 Ecclesia in Africa*, Paris, Pierre Téqui, 1995.
- ———, *Lettre apost. Le sens chrétien de la souffrance* Salvifici doloris (1984), Paris, Pierre Téqui, 2000.
- PAUL VI, *Exhort. apost. Annoncer l'évangile* Evangelii nuntiandi, Kinshasa, Éd. Saint Paul Afrique, 1976.

SOURCES

* SOURCES PRINCIPALES

- DE LIMBOURG Jean-Philippe, « Trouver sa juste place dans un monde séculier. Un défi essentiel pour un service pastoral en institution de santé », dans *Revue Lumen Vitae*, t. 75, 4, 2020, p. 489-498.
- JACQUEMIN Dominique, *Besoins spirituels. Soins, désir, responsabilités*, (Col. Soins et Spiritualités, 7), Namur, Lumen vitae, 2016.
- ODIER Cosette, *L'accompagnement spirituel en mouvement. Aumônerie hospitalière (1974-2016)* (Col. Soins et Spiritualités, 9), Montpellier, Sauramps Medical, 2019.
- RICOEUR Paul, *Soi-même comme un autre*, Paris, Éd. du Seuil, 1990.

* AUTRES SOURCES (LIVRES, COLLECTIFS, MÉMOIRE)

- AUGÉ Marc, *Pour une anthropologie des mondes contemporains*, Paris, Aubier, 1994.
- BERNARD Marie-Christine, *Les fondamentaux de la foi chrétienne. Une énergie spirituelle de terre et de ciel*, Paris, Éd. des Presses de la Renaissance, 2009.
- BRANDT Pierre-Yves, « L'aumônier, un soignant parmi d'autres ? Intégration de l'appartenance religieuse et de la spiritualité dans le cadre thérapeutique », dans Guy JOBIN, Alain LEGAULT, Nicolas PUJOL (dir.), *L'accompagnement de l'expérience spirituelle en temps de maladie* (Col. Religio), Louvain-la-Neuve, PUL, 2017, p. 11-22.
- ———, « Pour une prise en soins globale et intégrative », dans *Clinique du sens*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2020, p. 9-20, en ligne : <https://api.unil.ch/iris/server/api/core/bitstreams/beef1598-fbf4-4a0c-9228-1594124256ba/content> (Consulté le 02 juin 2026).
- BROSSET Agathe, *Une Église de la rencontre : compagnonnage et partenariat*, Paris, Éd. de l'Atelier, 2013.
- CHARRON Jean-Marc, « Expérience spirituelle et quête de l'identité », dans Guy JOBIN, Alain LEGAULT, Nicolas PUJOL (éds), *L'accompagnement de l'expérience spirituelle en temps de maladie* (Religio), Bruxelles, PUL, 2017, p. 45-54.
- CHÉREAU Georgette, *Job et le mystère de Dieu. Un chemin d'espérance*, Paris, Lethielleux, 2006.

- DEFOIS Gérard, « L'Église, acteur social », dans *L'Église : Institution et foi* (Théologie), Bruxelles, Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles, 2019, en ligne : <https://books.openedition.org/pusl/8837#:~:text=L%27Eglise%2C%20acteur%20social%20par,de%20socialisation%20et%20d%27intégration> (consulté le 08 février 2026).
- DE SCHOUTHEETE Mathilde, *Vers un statut juridique des conseillers spirituels hospitaliers*, Mémoire de master, Bruxelles, UCL, 2011-2012, en ligne : <https://www.pastoralezorg.be/cms2/uploads/image/elisabeth/Memoireassistancespirituelleaout2012.pdf> (Consulte le 31 mai 2026).
- DE KESEL Joseph, *Foi et religion dans une société moderne*, Paris, Salvator, 2021.
- DESMAZIÈRES Agnès, *L'heure des laïcs : Proximité et coresponsabilité*, Paris, Salvator, 2021.
- DICTIONNAIRE DE L'ACADÉMIQUE FRANÇAISE (9^{ème} édition/actuelle), *Anthropologie*, en ligne : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9A1913> (consulté le 14 mai 2026).
- ———, *Psychologie*, en ligne : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9P4931> (consulté le 28 mars 2026).
- ———, *Maladie*, en ligne : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9M0285> (consulté le 28 mars 2026).
- DUMONT Robert, « Jésus, la boussole de ma vie sur le chemin des hommes », dans Bernard QUELQUEJEU, Jacques MUSSET (éds), *La foi et ses raisons... Des chrétiens s'expliquent* (Col. Sens & Conscience), Paris, Karthala, 2022, p. 133-149.
- FERRARI Alessandro, « Les aumôneries hospitalières en Italie et au Royaume-Uni », dans Anne FORNEROD, *Assistance spirituelle dans les services publics. Situation française et éclairages européens* (Col. Société, droit et religion), Strasbourg, PUS, 2012, p. 49-61.
- FONDATION APRÈS-TOUT, « Au service de l'accompagnement spirituel de la personne hospitalisée », en ligne : <https://www.apres-tout.fr/2024/11/22/au-service-de-laccompagnement-spirituel-de-la-personne-hospitalisee/> (Consulté le 03 juin 2026).
- FOSSION André, *Dieu désirable. Proposition de la foi initiation*, Bruxelles, Lumen Vitae, 2010.
- ———, *L'annonce : La légèreté de la grâce. Croire, évangéliser, catéchiser*, Luxembourg, Éd. Kindle Direct Publishing (Amazon), 2025.
- FRANKL Viktor E. (Dr.), *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie*, Montréal, Les éd. de l'Homme, 2006.
- GAUQUELIN Michel et Françoise, al., *La psychanalyse moderne de A à Z. Comprendre, savoir et agir*, Paris, Bibliothèque du CEPL, 1971.
- GESCHÉ Adolphe, *Dieu pour penser*, t. 1 : *L'homme*, Paris, Cerf, 1993.
- GIROUX Élogie, « Qu'est-ce qu'une maladie ? », dans *La Santé. Un enjeu de société* (Synthèse/Résumé), Éd. Sciences Humaines, 2021, 3-19, en ligne : <https://shs.cairn.info/sante--9782361066390-page-13?lang=fr> (consulté le 02 mars 2026).
- HERVIEU-LÉGER Danièle, SCHLEGEL Jean-Louis (éds), *Vers l'implosion ? Entretiens sur le présent et l'avenir du catholicisme*, Paris, Éditions du Seuil, 2022.
- JACQUEMIN Dominique, *Quand l'autre souffre : éthique et spiritualité* (Col. Donner raison), Bruxelles, Éd. Lessius, 2010.

- JOBIN Guy, *Des religions à la spiritualité. Une appropriation biomédicale du religieux dans l'hôpital* (Col. Soins et Spiritualités, 3), Bruxelles, Lumen vitae, 2012.
- JOBIN Guy, LEGAULT Alain, PUJOL Nicolas, « Préface », dans Guy JOBIN, Alain LEGAULT, Nicolas PUJOL (éds), *L'accompagnement de l'expérience spirituelle en temps de maladie* (Religio), Louvain-la-Neuve, P.U.L., 2017, p. 7-8.
- JOBIN Guy, « L'accompagnement, la spiritualité et le bien-être », dans Guy JOBIN, Alain LEGAULT, Nicolas PUJOL (éds), *L'accompagnement de l'expérience spirituelle en temps de maladie* (Religio), Louvain-la-Neuve, PUL, 2017, p. 23-34.
- JOIN-LAMBERT Arnaud, *Entrer en théologie pratique*, Louvain-la-Neuve, PUL, 2019, 2^e éd. revue.
- KAANICHE Habib S., *L'accompagnement spirituel en milieu hospitalier* (Cheminements-Spirituels), Paris, L'Harmattan, 2005.
- KANT Emmanuel, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Paris, Librairie philosophique J. Vrin, 1992.
- KÜNG Hans, *La mort heureuse. « J'ai le droit, le moment venu, de décider quand et comment je vais mourir »*, Paris, Seuil, 2015.
- LAPLANTINE François, *L'anthropologie*, Paris, Payot, 1995.
- LECUIT Jean-Baptiste, *L'anthropologie théologique à la lumière de la psychanalyse. La contribution majeure d'Antoine Vergote* (Cogitatio fidei), Paris, Cerf, 2007.
- LEVINAS Emmanuel, *Totalité et infini. Essai sur l'extériorité* (Phaenomenologica, 8), La Haye (The Hague), Martinus Nijhoff, 1984.
- LONGNEAUX Jean-Michel, *Finitude, solitude, incertitude. Philosophie du deuil*, Paris, PUF, 2020.
- MARIN Claire, ZACCAÏ-REYNERS Nathalie, *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricœur*, Paris, PUF, 2013.
- MARIN Claire, *La maladie, catastrophe intime*, Paris, PUF, 2014.
- MOLTSMANN Jürgen, *Le Dieu crucifié. La croix du Christ, fondement et critique de la théologie chrétienne*, Paris, Cerf-Mame, 1974.
- MONOD-ZORZI Stéphanie, *Soins aux personnes âgées. Intégrer la spiritualité* (Col. Soins et Spiritualités, 2), Bruxelles, Lumen vitae, 2012.
- MOREL Isabelle, *Transmettre la foi en temps de crise*, Paris, Cerf, 2020.
- MORIN Edgar, *La Méthode 5 : L'humanité de l'humanité*, Paris, Seuil, 2001.
- ———, *La complexité humaine* (Col. Champs. Essais), Paris, Flammarion, 2024, Nouvelle édition.
- NAMOURIC Gaëtan, *Besoins et motivations : une nouvelle pyramide de MASLOW ?*, en ligne : <https://www.revuegestion.ca/besoins-et-motivations-une-nouvelle-pyramide-de-maslow> (consulté le 17 février 2026).
- NORES Jean-Marc, *La douleur et la condition humaine* (Thèse), Paris, Nanterre, 1987, en ligne : <https://theses.fr/1987PA100200> (consulté le 27 décembre 2025).
- NOUWEN Henri Jozef Machiel, *Prendre soin les uns des autres : une spiritualité du "care"*, Paris, Salvator, 2019.
- PACOT Simone, *L'Évangélisation des profondeurs, un chemin vers l'unité intérieure* (Points Sagesses), Paris, Éd. Cerf, 2015, Édition revue et augmentée.

- RAHNER Karl, MAURICE Évelyne, RIAUDEL Olivier, *Traité fondamental de la foi : études sur le concept de christianisme*, Paris, Cerf, 2011.
- RESSPIR, *Spiritual care I, Comment en parler en français ? Des concepts pour des concepts*, Montpellier, Sauramps médical, 2018.
- RICOEUR Paul, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990.
- —————, *Du texte à l'action. Essais d'herméneutique II* (Col. Points. Essais, 377), Paris, Seuil, 1998.
- —————, *Anthropologie philosophique. Écrits et conférences 3*, Paris, Seuil, 2013.
- SABUY SABANGU Paulin, *Subjectivité et solidarité. L'être-personne en question*, Paris, L'Harmattan, 2023.
- SACAGIU Nicoleta, « Être accompagnant spirituel au CHUV : quelles compétences pour aujourd'hui ? », dans Guy JOBIN, Alain LEGAULT, Nicolas PUJOL (éds), *L'accompagnement de l'expérience spirituelle en temps de maladie* (Religio), Louvain-la-Neuve, P.U.L., 2017, p. 83-105.
- TAYLOR Charles, *L'âge séculier*, Paris, Seuil, 2011.
- TERLINDEN Guibert, *J'ai rencontré des vivants. Ouverture dans le temps de la maladie*, Namur-Paris, Éd. Fidélité, 2006.
- THEOBALD Christoph, *Urgences pastorales du moment présent. Pour une pédagogie de la réforme*, Paris, Bayard, 2017.
- THÉVENOT Xavier, BORDEYNE Philippe, *Éthique pour un monde nouveau. Repères éthiques pour un monde nouveau. Souffrance, bonheur, éthique. Les péchés, que peut-on en dire ?*, Paris, Salvator, 2005, Nouvelle édition.
- —————, *La souffrance a-t-elle un sens ?* (Col. Souffle), Paris, Éd. Don Bosco, 2011.
- VALADIER Paul, « Le catholicisme en face de l'âge séculier », dans Sylvie TAUSSIG (éd.), *Charles TAYLOR : Religion et sécularisation*, Paris, Éd. CNRS, 2014, p. 241-251.
- WÉNIN André, *D'Adam à Abraham ou les errances de l'humain : lecture de Genèse 1,1-12,4*, Paris, Cerf, 2007, Édition revue.

*** ARTICLES**

- ALLARD Michel, « Vulnérabilité », dans *Dictionnaire encyclopédique d'éthique chrétienne*, Paris, Cerf, 2013, p. 2153-2158.
- ARMI Franca, GUILLEY Edith, « La fragilité dans le grand âge. Définition et impact sur les échanges de services », dans *Gérontologie et société* (Fondation nationale de Gérontologie), 27, 109, 2, 2004, p. 47-61, en ligne : https://shs.cairn.info/article/GS_109_0047?tab=texte-integral (consulté le 27 février 2026).
- BAUDE Dominique, LOBO BUSTAMANTE Marcela, MATHOT Benoit, « Mutations spirituelles et religieuses au sein de l'hôpital : le cas du GHDC », dans *Thaumazein*, Anno VIII, 11, 21, 2018, p. 47-59, en ligne : https://www.academia.edu/37812164/MUTATIONS_SPIRITUELLES_ET_RELIGIEUSES_AU_SEIN_DE_LHOPITAL_LE_CAS_DU_GHDC_SPIRITUALS_AND_RELIGIOUS_MUTATIONS_IN_THE_HOSPITAL_THE_CASE_OF_THE_GHDC (Consulté le 07 juin 2026).
- CALIOUW Béatrice, « la spécificité de l'accompagnement spirituel catholique en aumônerie d'hôpital. Réflexions à partir de l'anthropologie biblique », dans *Cahiers Internationaux de Théologie Pratique-CITP* (Recherche n° 29), en ligne : <https://www.pastoralis.org/recherches-n-29-beatrice-caliouw-la-specificite-de-laccompagnement-spirituel-catholique-en-aumonerie-dhopital-reflexions-a-partir-de-lanthropologie-biblique/> (Consulté, le 12 juillet 2026).

- CHERBLANC Jacques, G. JOBIN, « Vers une psychologisation du religieux ? Le cas des institutions sanitaires au Québec », dans *Archives de sciences sociales des religions*, 163, 58, 2013, p. 39-62, en ligne : <https://shs.cairn.info/revue-archives-de-sciences-sociales-des-religions-2013-3-page-39?lang=fr> (Consulté le 02 juin 2026).
- CRESTA Michel, « Désir », dans *Dictionnaire encyclopédique d'éthique chrétienne*, Paris, Cerf, 2013, p. 571-580.
- DANVERS Francis, « Clinique », dans *Approches cliniques des apprentissages*, 63, 2010, p. 105-116, en ligne : <https://journals.openedition.org/rechercheformation/325?lang=en> (consulté le 06 janvier 2026).
- DUMAS Marc, « Corrélation – Tillich et Schillebeeckx », dans *Précis de théologie pratique* (Théologies pratiques), Montréal-Namur, Novalis-Lumen vitae, 2017, p. 71-83 (2^e édition augmentée).
- DURAND Marie-Laure, « Penser la personne dans une société d'individus. La singularité chez Martin Buber : La singularité comme lieu de rencontre possible », dans *Chemins de Dialogue*, 59, 2, 2022, p. 81-94.
- FERNANDEZ Lydia, PEDINIELLI Jean-Louis, « La recherche en psychologie clinique », dans *Recherche en soins infirmiers*, 84, 1, 2006, p. 41-51, en ligne : <https://stm.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-1-page-41?lang=fr> (consulté le 07 avril 2026).
- FLACHON Laurence, « L'accompagnement pastoral selon Paul Tillich enjeux ontologiques et théologiques », dans *Études théologiques et religieuses*, 81, 4, 2006, p. 503-516.
- GEFRE Claude, « L'approche de Dieu par l'homme d'aujourd'hui », dans *Revue des Sciences Religieuses*, 68, 4, 1994, p. 489-508.
- GODBOUT Gilles, « Accompagner. La relation d'aide ou le counseling pastoral », dans *Précis de théologie pratique*, (Théologies pratiques), Montréal-Namur, Novalis-Lumen vitae, 2017, p. 753-765, 2^e éd. augmentée.
- HUBERT Julie, *Soins infirmiers – Virginia Henderson et sa conception de la profession*, en ligne : <https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/soins-infirmiers-virginia-henderson-et-sa-conception-de-la-profession> (consulté le 07 janvier 2026).
- JACQUEMIN Dominique, « Douleur/souffrance », dans *Dictionnaire encyclopédique d'éthique chrétienne*, Paris, Éd. Cerf, 2013, p. 640-648.
- JOBIN Guy, « La prise en compte de l'expérience spirituelle en soins palliatifs : un cas de mutation des représentations de la spiritualité », dans *Laval théologique et philosophique*, 72, 3, 2016, p. 449–463.
- JOSSET Julien, *L'autonomie chez Kant*, en ligne : <https://la-philosophie.com/kant-autonomie> (consulté le 08 janvier 2026).
- ———, *Le Désir - Définition*, dans *La-Philo*, 2018, en ligne : <https://la-philosophie.com/desir-definition> (consulté le 17 février 2026).
- KHECHAF Driss, « Spiritualités en milieux de santé : quel avenir ? Colloque international du RESSPIR, Louvain-la-Neuve, 12-14 avril 2023 », dans *Lumen Vitae*, 78, 2, 2023, p. 235-238.
- LOBO BUSTAMANTE Marcela, BAUDE Dominique, « Le grand Hôpital de Charleroi : l'accompagnement spirituel en mutation », dans Réseau RESSPIR (Projet), juin 2022, en ligne : <https://www.resspir.org/projets/le-grand-hopital-de-charleroi-laccompagnement-spirituel-en-mutation> (Consulté le 07 juin 2026).

- MICHALLET Bernard, « Résilience : perspective historique, défis théoriques et enjeux cliniques », dans *Frontières*, 22, 1-2, 2009, p. 10-18, en ligne : <https://www.erudit.org/fr/revues/fr/2009-v22-n1-2-fr3943/045021ar.pdf> (consulté, le 27 mars 2026).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Soins palliatifs* (5 août 2020), en ligne : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (consulté 14 avril 2026).
- ———, *Soins palliatifs. Principaux faits* (5 août 2020), en ligne : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (consulté, le 15 avril 2026).
- ODIER Cosette, « Visiter et soigner les malades », dans *Précis de théologie pratique* (Théologies pratiques), Montréal-Namur, Novalis-Lumen vitae, 2017, p. 809-818, 2^e éd. augmentée.
- PAUL Maela, « Penser la relation d'accompagnement », dans *Cahiers pédagogiques*, 545, 4, 2018, p. 12-14, en ligne : <https://shs.cairn.info/revue-cahiers-pedagogiques-2018-4-page-12?lang=fr> (Consulté le 04 juin 2026).
- PERERA Sandrine, « La responsabilité et la relativité historique de la liberté », dans *Archives de philosophie du droit, Existence et liberté*, 63, 1, 2022, p. 25-40, en ligne : <https://droit.cairn.info/revue-archives-de-philosophie-du-droit-2021-1-page-25> (Consulté le 02 avril 2026).
- PUJOL Nicolas, PRODHOMME Chloé, CHASSAGNE Aline, « Travail du Care et spiritualité : résultats d'une enquête auprès de soignants travaillant dans des unités de soins palliatifs françaises », dans *Revue internationale d'anthropologie culturelle et sociale*, 2022, p. 121-140, en ligne : <http://www.cargo.canthel.fr/wpcontent/uploads/2022/01/Cargo11-Nicolas-Pujol-Chloé-Prodhomme-Aline-Chassagne.pdf> (consulté, le 14 avril 2026).
- RAOUX Pierre, *Pastorale de la santé : Quand l'Église se met au service des malades* (juin 2024), en ligne : <https://www.rcf.fr/articles/vie-spirituelle/quel-est-le-role-dune-pastorale-de-la-sante> (Consulté le 31 mai 2026).
- RESSPIR, *Le Spiritualité care. Comment en parler avec les églises ? Réflexions fondamentales et repères éthiques, théologiques, ecclésiologiques et pastoraux*, 2024 (mars), p. 1-13 ou p. 1-22, en ligne en ligne : <https://www.resspir.org/projets/spiritual-care-reflexions-fondamentales-reperes-ethiques-theologiques-ecclesiologiques-et-pastoraux> (consulter le 02 juin 2026).
- RONDEAU Dany, « La vulnérabilité engendre-t-elle une obligation morale ? », dans *Revue des Sciences Religieuses*, 93, 1-2, 2019, p. 17-36.
- ROSHWALD Mordecai, « Tolérance, pluralisme et vérité », dans *Diogène*, 3, 219, 2007, p. 31-44, en ligne : <https://shs.cairn.info/revue-diogene-2007-3-page-31?lang=fr> (consulté le 05 janvier 2026).
- ROUDINESCO Élisabeth, PLON Michel, « Désir », dans *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Fayard, 1997, p. 213-215.
- ———, « Psychologie clinique », dans *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Fayard, 1997, p. 835-836.
- SANTEDI KINKUPU Léonard, « Quelques déplacements récents dans la pratique des théologies contextuelles. L'inculturation comme orthopraxis chrétienne et l'inventivité », dans *RTL*, 34, 2, 2003, p. 155-186.
- SILLAMY Norbert, « Besoin », dans *Dictionnaire encyclopédique de psychologie*, Paris, Bordas, 1980, p. 153-154.

- THIEL Marie-Jo, « Liminaire. Théologie et souffrance. L'enjeu d'une Présence », dans *Revue des sciences religieuses*, 93/1-2, 2019, p. 7-16.
- UNIVERSITÉ LAVAL, *Qu'est-ce que l'on dit, lorsque l'on dit : « l'accompagnement pastoral » ?*, en ligne : <https://www.sdp.ulaval.ca/formation-continue/formations/on-dit-lorsque-on-dit-accompagnement-pastoral> (Consulté le 07 juin 2026).
- WIEDENHOFER Siegfried, « Révélation », dans *Nouveau dictionnaire de théologie*, Paris, Cerf, 1996, p. 869-877, 2^e éd. revue et augmentée.
- ZBINDEN Raphaël, « L'aumônerie au défi de la collaboration avec l'hôpital » (janvier 2024), en ligne : <https://cath.ch/newsf/laumonerie-au-defi-de-la-collaboration-avec-lhopital> (Consulté le 31 mai 2026).

TABLE DES MATIÈRES

DÉDICACE	I
REMERCIEMENTS	II
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	III
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
0.1. Problématique.....	1
0.2. État actuel de la question	2
0.3. Limites et difficultés.....	3
0.4. Méthode et division du travail.....	3
Chapitre I : Cadre conceptuel des notions de besoin spirituel et d'accompagnement pastoral	4
1.1. Éclairage sur les concepts importants	6
1.1.1. Polarité : « Fragilité – Résilience ».....	6
1.1.1.1. Besoin-Désir	7
1.1.1.2. Maladie – Vulnérabilité.....	10
1.1.1.3. Souffrance – Douleur.....	11
1.1.2. Polarité : « liberté humaine – cadre institutionnel »	13
1.1.2.1. Autonomie – Hétéronomie	14
1.1.2.2. Altérité – Responsabilité.....	16
1.2. Psychologie clinique : « Que ressent le malade ? »	18
1.2.1. Psychologie générale	19
1.2.2. Psychologie clinique	21
Conclusion partielle	24
Chapitre II : Apports christologiques et ecclésiologiques sur la tension entre besoin spirituel et accompagnement pastoral des malades	26
2.1. Fondements anthropologiques du besoin spirituel et de l'accompagnement pastoral..	27
2.1.1. Définition de l'anthropologie	27
2.1.2. Fondement anthropologique du besoin spirituel	28
2.1.3. Fondement anthropologique de l'accompagnement pastoral	30
2.2. Fondements théologiques : Repères scripturaires, Christologie et Ecclésiologie	32
2.2.1. Repères scripturaires	33
2.2.1.1. Écrits vétérotestamentaires :	34
2.2.1.2. Écrits néotestamentaires	36

2.2.2. Aspects christologiques	38
2.2.3. Apports ecclésiologiques	41
2.3. Déclarations doctrinales et réflexions théologiques contemporaines	45
2.3.1. Magistère.....	46
2.3.2. Théologiens	50
Conclusion partielle.....	53
Chapitre III : Enjeux et défis de la pastorale de la santé aujourd’hui	55
3.1. Accompagnement pastoral et pastorale de la santé	56
3.1.1. Compréhension du concept de l’accompagnement « pastoral » et « spirituel »	56
3.1.2. Sécularisation de la pastorale de la santé dans le diocèse de Namur en Belgique	58
3.1.2.1. La sécularisation de la société	59
3.1.2.2. La sécularisation de l’institution hospitalière	60
3.1.2.3. La sécularisation du rapport au soin.....	61
3.1.3. Entretiens avec les acteurs du terrain.....	62
3.1.3.1. Particularités des équipes de l’aumônerie de chaque clinique visitée	62
3.1.3.2. Éléments communs des équipes de l’aumônerie des cliniques visitées	67
3.2. Conséquences et défis rencontrés dans la pastorale de la santé	68
3.2.1. Conséquences observées	68
3.2.1.1. Une dissociation croissante entre spiritualité et religion	68
3.2.1.2. Une transformation du rôle de l’aumônier et de l’aumônière	69
3.2.1.3. Une tension entre logique institutionnelle hospitalière et logique pastorale	70
3.2.1.4. Une prise en compte renouvelée de la dimension psychologique	70
3.2.2. Défis et enjeux majeurs	71
3.2.2.1. Le défi de l’universalité dans la diversité	71
3.2.2.2. Le défi de la professionnalisation et de la formation	72
3.2.2.3. Le défi de la collaboration interdisciplinaire	73
3.2.2.4. Le défi de la neutralité institutionnelle	73
3.2.2.5. Le défi de la diversité de besoins et d’attentes.....	74
3.3. Perspectives d’avenir pour l’Église.....	75
3.3.1. Orientations théoriques et pratiques.....	75
3.3.2. Nécessité de la formation	77
3.3.3. Vers une Église en sortie : perspectives pour une pastorale de la santé renouvelée	79

3.3.3.1. Le discernement théologique, pastoral et institutionnel : une condition d'un accompagnement ajusté.....	79
3.3.3.2. La synodalité : une manière ecclésiale d'habiter le monde hospitalier	80
3.3.3.3. La formation permanente des acteurs pastoraux : un enjeu pour l'avenir	81
Conclusion partielle	82
CONCLUSION GÉNÉRALE	84
BIBLIOGRAPHIE	87
TABLE DES MATIÈRES	95