



L'accompagnement pastoral des personnes en souffrance

4. Recommandations pratiques (2)

1. La juste distance
2. Rendre participant
3. La régularité
4. La dimension communautaire
5. La lecture de la Bible, la prière
6. La consolation
7. Les proches

1. La juste distance

On devrait l'admettre une bonne fois, on ne doit jamais se mettre « à la place » de quelqu'un, même proche (« *Si tu te mets à ma place, je me mets où, moi?* »), même si on l'aime beaucoup (surtout si on l'aime beaucoup), même s'il est très faible (surtout s'il est très faible!). En milieu hospitalier, le visiteur porte un badge. Il n'est ni un ami, ni un parent, ni un soignant. Cette « neutralité » est favorable à la relation, la plupart du temps, et le patient osera lui confier des choses qu'il pourrait craindre de dire à d'autres personnes, trop lointaines ou... trop proches¹.

Comme visiteur, je ne me tiens ni trop près ni trop loin. Trop près, je ne vois plus très bien et je me mets en danger. Trop loin, je ne peux plus aider. Un pompier qui se met à pleurer en s'approchant d'une personne accidentée n'est pas à sa place. Pas plus s'il manque d'égards et agit avec indifférence. Il faut se tenir « sur la margelle ». Cela parle notamment de la gestion des émotions. Le visiteur n'est pas sans émotion, car il n'est pas sans souffrances. Il n'est pas nécessairement contraint de nier ses émotions, mais il importe que la souffrance ou le désarroi qu'il rencontre ne réveillent pas les siens au point où il en serait envahi, car alors il ne pourrait plus aider. Pire, son désarroi pourrait s'ajouter à celui de la personne visitée. En aumônerie, nous veillons à la sécurité du visiteur; celle du patient passe par là.

« Trop loin », c'est la tentation du « professionnalisme » avec le risque de la déshumanisation.

« Trop près », c'est la tentation de « la bonne volonté », qui expose au risque de gêner la personne. Il y a dans la démarche d'accompagnement une attitude de nature maternelle/paternelle (le ton de la voix, les gestes, la position du corps...), mais cette attitude ne doit pas favoriser l'infantilisation de la

¹ Nous voyons Jésus soucieux de préserver cette « juste distance » avec les membres de sa famille notamment. Quand il dit à sa mère : « *Femme, qu'y a-t-il entre toi et moi?* » (Jn 2.4), il affirme que ce n'est pas pour lui faire plaisir qu'il va changer l'eau en vin, mais pour donner à tous un signe du Royaume de Dieu qui vient. L'affection n'est pas le principal moteur de l'accompagnement spirituel et les liens de famille ne comptent pas de manière prépondérante dans l'édification du Royaume de Dieu.

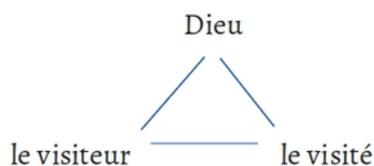
personne aidée qui pourrait être amenée à régresser et à devenir dépendante². Nous le rappelons parfois : Trop aider n'aide pas! Trop et pas assez relèvent de la maltraitance³.

2. Rendre participant

Une loi adoptée en France en 2002 fait du patient à l'hôpital le véritable décideur des soins qui lui seront apportés : rien ne peut se faire sans son « consentement éclairé ». Le médecin est tenu de lui expliquer sa situation et ce qu'il paraît souhaitable d'envisager, sans cacher ce qui relève du « bénéfico-risque ». Si la situation est grave, une infirmière spécialisée reprendra l'énoncé du diagnostic et du protocole de soins en s'assurant que le patient a bien entendu et bien compris. Le médecin progressera avec le consentement du patient. Cette démarche correspond à un engagement de respect du patient.

Théologiquement, nous savons que la souveraineté de Dieu n'abolit jamais la responsabilité de l'homme. Nous disons que Dieu est l'auteur du salut à 100 %. Mais l'homme est à 100 % responsable de ses actes, de ses choix.

L'image du triangle :



Le visiteur ne prend la place ni du patient ni de Dieu⁴. Il ne se situe pas non plus entre les deux, comme un passage obligé. Il est en relation avec Dieu et avec la personne qu'il visite; à sa place. Une manière délicate et sûre de garantir ce respect est de demander l'autorisation :

« Puis-je entrer? Puis-je rester quelques instants? Puis-je vous demander comment vous allez aujourd'hui? Puis-je dire à votre pasteur que je vous ai rencontré? Puis-je vous poser une question? Voulez-vous que nous priions ensemble? Puis-je m'en aller maintenant? Me permettez-vous de revenir demain? »

Cette manière de faire sécurise le visiteur, car il sait qu'il n'ira pas à l'encontre de la volonté de la personne visitée. Cette manière de faire valorise la personne visitée, la rend participante et co-responsable du cheminement vécu. Elle établit un climat de confiance.

Cela ne doit pas faire du visiteur un complice de la personne visitée, une sorte de miroir, quelqu'un qui acquiesce à tout. Le respect permet de dire non, le cas échéant, ou d'aborder une question délicate, mais « avec autorisation ». Nous nous souvenons que la « règle de l'accord » revêt une réelle importance du point de vue spirituel (Mt 5.25; 18.19).

2 En se comparant tour à tour à une nourrice qui prend soin et à un père qui exhorte, Paul exprime, à sa manière, la nécessité de se situer à la juste distance (1 Th 2.7-12). C'est un principe pédagogique élémentaire. Il est aisé de voir aujourd'hui les conséquences de la féminisation des pratiques qui tente de compenser la déshumanisation liée à l'envahissement de la technicité. Mais cela peut compromettre la maturité des personnes aidées.

3 Trop protégée, une personne ne grandit pas; pas assez protégée, elle grandit mal.

4 Renoncer à la tentation de la toute-puissance.

L'attitude du visiteur doit susciter chez la personne visitée le désir de trouver sa juste place, d'entrer dans une juste relation avec Dieu, d'avancer dans les circonstances qui sont les siennes, même quand elle se retrouvera seule. Ainsi, le visiteur peut demander à la personne de lire elle-même un passage biblique, de formuler elle-même un ou des sujets de prière, de prier avec ses propres mots.

3. La régularité

Beaucoup de personnes visitées en aumônerie nous disent recevoir la visite de leur pasteur une ou deux fois par an (au mieux). C'est un rythme de maintien, bien insuffisant pour mettre en route un travail de fond. Si une personne s'est signalée à notre service, elle peut recevoir cinq visites en une semaine. L'accompagnement nécessite un suivi, une régularité. Billy Graham a dit : « *Si nous voulons avoir un impact dans la vie d'une personne, il faut la visiter 3 fois en 15 jours.* » La régularité des visites, pendant un temps donné, donne de la valeur à la personne, lui parle de fidélité, l'incite tout à la fois à la reconnaissance, à la confiance et à la responsabilité⁵ : Quel pas allons-nous faire aujourd'hui? Comment avancer? Sur quoi allons-nous réfléchir avant la prochaine rencontre? La régularité permet aussi de comprendre que cette fois-ci, ce n'est pas le moment : on continuera la prochaine fois. Le rythme peut varier : tous les jours, toutes les semaines, tous les 15 jours, tous les mois. L'important est la fidélité dans ces rencontres.

Plusieurs des dialogues de Jésus montrent une progression lente, parfois fastidieuse, éventuellement interrompue pour être reprise plus tard (Nicodème, la Samaritaine, Pierre...). La comparaison avec le laboureur (Jc 5.7) rappelle qu'il y a des saisons à respecter, des étapes qu'il est vain de vouloir sauter.

4. La dimension communautaire

Si la personne visitée est chrétienne, le visiteur ne vient pas « seul » : il est « porteur » de la communion de l'Église. Il est comme un émissaire. Cela revêt, je crois, une grande importance, car la personne malade peut facilement se croire exclue. Cela ne contredit pas le principe de la confiance, du secret. La personne visitée doit pouvoir indiquer ce qu'il sera possible de partager avec d'autres et ce qui devrait rester confidentiel. Ce désir devra absolument être respecté.

Cette personne a besoin de la communion avec le Seigneur et avec les frères. L'espérance offerte à la foi peut véritablement « relever le malade », pour reprendre l'expression de Jacques 5. L'assurance de la présence du Seigneur « *au milieu de nous* » est à même d'atténuer fortement le sentiment de solitude ou d'abandon⁶. Le visiteur est lui-même le signe de la présence du Seigneur : en un sens, c'est lui (le Seigneur) qui visite au travers d'un de ses serviteurs (Mt 10.40).

5 Noter l'insistance mise en ce moment sur l'événementiel dans la vie de l'Église, en lieu et place du travail d'accompagnement pastoral.

6 Le partage du pain et du vin de la cène pourrait trouver place dans certains cas. La préparation de ce repas donne une place à la confession des péchés, au pardon, à la réconciliation, qui sont facteurs de renouvellement, voire de guérison. Certaines Églises réformées préfèrent toutefois garder le repas du Seigneur pour le culte communautaire, comme complément à la prédication publique de la Parole dans le contexte de l'Église rassemblée pour l'adoration.

La dimension communautaire se traduit parfois par une visite à deux. Elle permet également des passages de relais : si un visiteur se trouve trop affecté par un accompagnement difficile, il doit pouvoir passer le relais à quelqu'un d'autre plutôt que de s'acharner ou de fuir.

5. La lecture de la Bible, la prière

La lecture de la Bible a pour intérêt de rejoindre le malade tout en le décentrant de lui-même. La dimension du tête-à-tête est alors enrichie de la dimension communautaire : d'autres, ailleurs et il y a longtemps, ont déjà crié à Dieu dans des situations de détresse et ont écouté les mêmes promesses. Quand je lis un texte avec quelqu'un, on est deux à l'écoute du même texte, dans une forme d'intimité (cela signifie que ce texte est aussi pour moi). On est aussi avec l'Église de tous les temps... Ces dimensions sont importantes l'une et l'autre.

Je peux choisir une lecture appropriée pour telle personne (mais le risque est de chercher le texte dans sa tête au lieu d'écouter la personne). Je peux aussi choisir un texte a priori (le matin ou en début de semaine) et le lire de manière plus « objective » aux personnes visitées, indépendamment des situations rencontrées. Dieu peut parler au cœur dans un cas comme dans l'autre.

Ne pas forcément chercher « la réponse » dans la Bible. Ne pas se presser de répondre à une question, car souvent la vraie question est derrière⁷. Il n'est pas opportun dans tous les cas de lire un passage biblique. Il est probable qu'un verset ou un texte court conviendra mieux qu'une collection de versets. Je dois absolument tenir compte de la réceptivité de la personne visitée.

La prière revêt une réelle importance dans la visite d'accompagnement, mais elle devrait être vécue d'une manière adaptée. Selon les cas, il peut être opportun de prier en début, au cours ou à la fin de la rencontre. On peut prier *avec* une personne ou *pour* une personne, ce qui n'est pas tout à fait la même chose. Nous le savons, la prière n'est pas « un truc ». Si elle est mal vécue, l'impression qu'elle laissera ne sera pas favorable. Il n'est pas toujours opportun de prier : prier avec quelqu'un suppose qu'une sorte d'*accord* a été conclu. La prière ne devrait pas être longue. La prière n'est pas un enseignement ni une exhortation. Il importe de veiller à ce que la personne entende chaque mot qui est dit. Assez souvent, je demande à la personne ce qu'elle aimerait qu'on demande ensemble au Seigneur. Il arrive que les vrais fardeaux soient dévoilés dans les larmes à ce moment-là. Souvent, la personne souffrante s'inscrit dans une forme de passivité⁸ qui ne doit pas être encouragée.

6. La consolation

Le fait qu'une personne soit souffrante justifie la compassion et nécessite des égards. Nous nous rappelons la devise des infirmières : « *Premièrement, ne pas nuire.* » On se souviendra que la sensibilité d'une personne en souffrance est exacerbée : le poids des mots, la portée des gestes sont beaucoup plus grands que dans la relation avec une personne bien portante. Toute souffrance a un pouvoir

7 En somme, la première question n'est qu'une sorte de test...

8 Je me souviens d'une dame qui disait systématiquement : « *Je vous écoute* », quand je lui proposais de prier. Elle écoutait le pasteur prier... Un jour, je lui ai dit : « *Je vais prier, et après, ce sera vous.* » Cette dame très bavarde s'est écriée, affolée : « *Mais je ne sais pas parler!* » Elle a prié en quelques mots, puis a dit : « *C'était formidable!* »

déstabilisant sur la personne qui souffre et sur celle qui s'en approche. Plusieurs attitudes qui pourraient être blessantes doivent être évitées.

La souffrance pose souvent (consciemment ou pas) la question de la faute. Deux « écoles » existent, parmi les chrétiens (mais aussi en d'autres milieux) :

- La première consiste à associer plus ou moins consciemment la maladie (ou l'accident ou toute autre épreuve) à une faute, avec le principe d'une responsabilité et donc d'une situation méritée.
- Les a priori de la seconde conduisent à voir toute personne qui souffre comme étant principalement une victime, avec l'idée d'une innocence innée ou créée par la souffrance.

À la lumière de l'Écriture, aucun de ces deux regards n'est juste. On a démontré par exemple qu'on n'aide pas une personne (ou un peuple) en la « victimisant ». L'apôtre Jacques écrit au sujet de celui qui est malade : « *S'il a commis un péché, ses fautes lui seront pardonnées* » (Jc 5.13-16). Ainsi, la faute n'est ni systématique ni exclue. Seules l'écoute et une démarche de type pastoral permettront de discerner l'accompagnement adapté.

La souffrance occasionne parfois un sentiment de culpabilité injustifié. Dans ce cas spécialement, il est nécessaire d'affirmer l'amour de Dieu.

Mais il n'y a pas lieu de se précipiter pour dire des paroles de consolation. Si une personne exprime sa souffrance ou si elle pleure, on ne doit pas l'interrompre pour la consoler, l'obligeant en quelque sorte à ravalier ses larmes. Une consolation « légère »⁹ élude la démarche profonde. La consolation appropriée favorise le cheminement de la personne. Au lieu de dire : « *Mais non!* », mieux vaut interroger : « *Pourquoi dites-vous cela?* »

Il est préférable de la laisser exprimer jusqu'au bout ce qu'elle a à exprimer (plainte, reproches, colère, larmes...), car si on l'interrompt, elle ne sera pas dans une réelle attitude d'écoute. Écoutée, la personne est déjà en partie consolée. Si nous écoutons jusqu'au bout, Dieu peut nous donner la parole opportune.

Ici peut être évoquée la question de la vérité à dire. Les soignants, mais aussi tous les accompagnants sont confrontés à cette question. Le présupposé biblique est que la vérité et l'amour ne s'excluent aucunement (1 Co 13.6; Ép 4.15). Un médecin oncologue a dit : « *Quand je dis au patient ce qu'il a, il reçoit une force pour l'entendre, à condition que je le dise d'une manière respectueuse.* » Cela semble correspondre à ce que Paul écrit aux Corinthiens (1 Co 10.13). Nous recommandons aux visiteurs de ne jamais mentir, ce qui ne signifie pas que tout doive nécessairement être dit à ce moment-là. Dans le doute, mieux vaut s'abstenir.

La question de la vérité à dire se pose d'une manière particulière dans la perspective de la fin de vie (mais ça commence quand, la fin de vie?). La perspective qui prévaut aujourd'hui est celle de la mort douce : sans douleur et sans souffrances. Il nous semble qu'il y a là une des innombrables formes du déni qui caractérise notre époque. Je me souviens de la fille d'un patient en fin de vie qui a été furieuse

9 « *La grâce à bon marché* », dirait Dietrich Bonhoeffer.

que je lise le Psaume 23 où est mentionnée « *la vallée de l'ombre de la mort* ». Son père est mort un ou deux jours après. Mais il ne fallait pas parler de la mort...

7. Les proches

Le malade reçoit (normalement) une grâce en rapport avec ce qu'il vit. Certains patients, notamment après l'annonce d'un diagnostic grave ou à l'approche de la fin de vie, font un grand chemin qui crée une distance et parfois une incompréhension grandissante avec les proches qui restent en quelque sorte « sur place ». Il arrive que les proches du malade soient aussi en grande souffrance; parfois même plus que le malade lui-même. Ainsi, la cible de la visite n'est pas toujours la personne qu'on croit... Cependant, il est difficile d'accompagner en même temps le patient et ses proches. Les rencontres devraient plutôt être séparées.

Souvent, je rappelle aux proches que leur présence est importante, mais que la personne alitée a aussi besoin d'être seule pour vivre ce qu'elle a à vivre.

Celui qui visite est aussi un souffrant, qu'il soit parent, ami, visiteur, soignant. Le visiteur ne vient pas pour se faire du bien ni pour parler de lui. Il est nécessaire que ses propres souffrances soient (suffisamment) apaisées pour qu'il soit attentif à l'autre. Cependant, le visiteur partage — jusqu'à un certain point — la fragilité de celui ou celle qu'il visite. En un sens, c'est normal et même souhaitable (voir És 53). S'il est « trop en forme », trop occupé, trop pressé, sa présence risque d'isoler un peu plus la personne malade qui est arrêtée dans sa course. Mais si le visiteur est trop fragile, porteur de blessures non apaisées ou simplement surchargé, il est à craindre que la souffrance qu'il va rencontrer réveille la sienne. Si cela est répété trop de fois, sa santé peut être mise en danger. C'est pourquoi nous rappelons souvent ce principe propre au fonctionnement de la grâce : celui qui écoute doit aussi être écouté, celui qui console doit être consolé, celui qui accompagne doit être accompagné, quel qu'il soit.

Charles Nicolas, pasteur

Cet article fait partie d'une série d'articles intitulée *L'accompagnement pastoral des personnes en souffrance*.
L'auteur est pasteur réformé, aumônier hospitalier et enseignant itinérant; il demeure à Alès en France.

www.ressourceschretiennes.com



2016. Utilisé avec permission. Cet article est sous licence Creative Commons.
Patrimoine – Partage dans les mêmes conditions 4.0 International ([CC BY-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/))