

La pastorale de la santé : situation, évolutions, questions

La pastorale de la santé est née du désir des évêques en 1982 (voir « *Missions sans frontières* » Centurion 1982). L'assemblée plénière soulignait l'importance du délégué diocésain pour la mise en œuvre de la pastorale de la santé. En 1984, la commission sociale de l'épiscopat faisait paraître un livre « *La santé, enjeux humains, approches chrétiennes* » avec une préface de Mgr Rozier.

En 2008, eurent lieu les premières Assises de la Pastorale Santé à Lourdes, avec plus de 2000 participants qui mirent en valeur trois repères :

- **Le développement de la personne humaine dans toutes ses dimensions,**
- **La place de la Pastorale de la Santé dans l'Eglise et dans la société,**
- **L'équipe, comme point d'appui majeur.**

Nous travaillons aujourd'hui à une meilleure coordination entre les dynamiques des aumôneries hospitalières, de la pastorale des personnes handicapées et de l'accompagnement du Service Evangélique des Malades. Notre préoccupation porte donc sur les malades (y compris psychiques) qu'ils soient en établissements ou au domicile, les personnes en situation de handicap (avec une grande diversité de mouvements) et les personnes âgées dépendantes et désorientées. À cela nous ajoutons le personnel soignant souvent en situation de souffrance et les aidants proches vivent un déséquilibre relationnel.

Les hôpitaux sont aujourd'hui devant des enjeux d'équilibre financier (performance et rentabilité) qui perturbent les soignants (*burn out* et suicides) et conduisent à une réduction de la durée moyenne de séjour. Nos équipes d'aumôneries vivent une présence sacramentelle dans l'ensemble des services avec des problèmes d'information et parfois de laïcité scrupuleuse.

Les **soignants** sont affrontés à des conditions économiques qui rendent difficile l'exercice de la bienveillance. Une réelle maltraitance institutionnelle heurte l'idéal du soin qui travaille tous ces personnels avec des risques de souffrance au travail et de multiplication des arrêts de travail pour infirmières et aides-soignantes.

Le transfert sur le domicile, qui est présenté comme une chance, pose des problèmes de coordination des soins et d'accompagnement des personnes. Les proches (conjoint, enfants,

parents) deviennent des auxiliaires du soin et cela a des incidences fortes sur leur travail professionnel et leur équilibre affectif et psychologique. Comment pouvons-nous accompagner ?

Ce renvoi au domicile est particulièrement une question pour les malades psychiques et les malades mentaux. Quel équilibre et quelle écoute dans une société individualiste d'exclusion ?

Les personnes très âgées vivent l'isolement et ce que l'on peut qualifier la mort sociale. Quel souci avons-nous des anciens paroissiens qui ne peuvent plus venir ? Comment rejoindre ces personnes qui ont la pudeur de ne plus faire signe ? Comment travailler en lien avec les structures de la société civile ?

Pour les personnes âgées qui sont **en Ehpad** (l'entrée se fait de plus en plus tard), nous réfléchissons à une présence qui intègre une écoute patiente. Personne n'est trop âgé pour n'avoir rien à partager ! Nous sommes invités à dépasser les seules propositions sacramentelles.

Les personnes handicapées souhaitent participer pleinement à leur vie sociale et ecclésiale. Le rassemblement de Lourdes 2016 ("*Passionnement vivants*") a valorisé cet appel à une société plus inclusive. Il ne s'agit plus de faire pour eux, mais de les intégrer dans nos structures et conseils.

Chaque année, le dimanche de la santé est l'occasion de sensibiliser les communautés chrétiennes à cette réalité diverse et essentielle de la Pastorale de la Santé.

Le dossier que nous vous présentons est le fruit de l'expérience et de la réflexion du pôle Santé du SNFS, en lien avec les divers conseils nationaux et avec l'apport d'experts extérieurs. Il comporte **8 points d'attention** sur lesquels il convient de se pencher pour envisager l'avenir de la pastorale de la santé:

A – Les aumôneries hospitalières catholiques aujourd'hui

B – Des soignants en souffrance

C – Le domicile devient lieu de soins

D – La question des proches- aidants

E – Les personnes âgées à l'horizon de 2030

F – Quelle présence d'Église en EHPAD ?

G – Personnes handicapées dans la société française

H - Les établissements d'inspiration chrétienne

A – LES AUMONERIES HOSPITALIÈRES AUJOURD’HUI

L’aumônerie en quelques chiffres - une enquête auprès des diocèses de France :

86 réponses sur 95 au 25/09/2018 :

1222 établissements de santé ont une équipe d’aumônerie

855 aumôniers sont salariés par les hôpitaux, (soit 455, 5 ETP)

231 sont salariés par les diocèses

662 sont bénévoles

48 aumôniers ont été concernés par le « DU Laïcité » en 2017-2018

15, 5 postes ont été supprimés en 2017 (soit 1, 76% des effectifs salariés)

UNE RÉFLEXION ECCLESIALE

- La place de l’aumônerie des hôpitaux a été précisée par des propositions pastorales et recommandations de l’Assemblée plénière de l’épiscopat français à Lourdes en 1982. Celles-ci soulignent l’importance du délégué diocésain pour la mise en œuvre de la Pastorale de la Santé (DDPS) et recommande de « créer des équipes pour l’aumônerie des établissements (de santé) : *« L’Assemblée encourage l’effort actuel de renouvellement dans l’aumônerie des établissements de soins : - pour la mise en place d’équipes d’aumônerie, constituées avec l’accord du délégué diocésain à la pastorale de la santé et qui prévoient avec lui leur fonctionnement ; - pour la reconnaissance et la nomination de responsables autres que prêtres, l’Assemblée souhaite que ces responsables ne soient pas nommés sans que l’on ait prévu pour eux une formation adaptée. L’Assemblée souhaite que ces équipes se concertent avec les communautés chrétiennes et les responsables de la pastorale de la santé. (Extrait de Lourdes 1982 – Mission sans frontières)*
- L’équipe envoyée en mission, porte cette responsabilité sacramentelle, d’être signe de l’Eglise, sacrement du salut. Elle s’enracine dans la prière à l’écoute de la Parole de Dieu. Depuis 1947, *la revue des aumôneries (« AH »)*, accompagne ce travail de réflexion sur la présence auprès de ceux qui souffrent et des soignants. Elle a permis de tenir compte des mutations dans le monde du soin et dans l’expression spirituelle des croyants. Ces dernières années, la réflexion a porté également sur l’accompagnement des personnes très âgées et des personnes handicapées. Aussi la décision a été prise d’élargir la perspective de la revue en mettant l’accent sur l’ensemble des missions de la Pastorale de la santé. La revue *AH* devient *Pastorale Santé*.
- L’aumônier national des établissements de santé anime le réseau en soutenant les Responsables Diocésains des Aumôneries d’Hôpitaux (RDAH) dans leur mission, en répondant aux demandes des provinces et des diocèses et en organisant des rencontres de formations d’aumôniers spécialisés (psychiatrie, maternité et pédiatrie, gériatrie...) Il assure une veille sur les évolutions sociétales, législatives et médicales...qui peuvent avoir un impact sur la pastorale. Il entretient et développe les contacts

œcuméniques et interreligieux, notamment avec les aumôniers nationaux des autres cultes

UN CADRE LÉGAL

- L'article 1er de la Loi de 1905 est clair : *"La République assure la liberté de conscience. Elle garantit le libre exercice des cultes sous les seules restrictions édictées ci-après dans l'intérêt de l'ordre public."* Il faut préciser que l'article 2 de la Loi de 1905 énonce : *"La République ne reconnaît, ne salarie, ni ne subventionne aucun culte"* en précisant que *"pourront toutefois être inscrites (...) les dépenses relatives à des services d'aumôneries et destinées à assurer le libre exercice des cultes dans les établissements publics tels que lycées, collèges, écoles, hospices, asiles et prisons."*
- L'article R1112-46 du Code de la santé publique précise que *"les hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent sur demande de leur part adressée à l'administration de l'établissement la visite de ministre du culte de leur choix"*.
- La charte de la personne hospitalisée précise que *"l'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies. Dans les établissements de santé publics, toute personne doit pouvoir être mise en mesure de participer à l'exercice de son culte (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression, rites funéraires...) Toutefois, l'expression des convictions religieuses ne doit porter atteinte, ni au fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches. Tout prosélytisme est interdit qu'il soit le fait d'une personne hospitalisée, d'un visiteur, d'un membre du personnel ou d'un bénévole"*.
- C'est une simple circulaire du Ministère de la Santé du 20 décembre 2006, qui définit les règles d'organisation des services d'aumônerie à l'hôpital. Ce texte précise que ce sont les conseils d'administration qui fixent les effectifs des aumôniers recrutés de façon permanente ou temporaire, soit en qualité de contractuels rémunérés, soit en tant que bénévoles, sur proposition des autorités cultuelles dont ils relèvent. Dans le cas où les autorités religieuses retirent leur agrément à un aumônier, l'établissement est lié par cette décision et tenu de mettre fin à ses fonctions (CE, 17 oct. 1980, *Sieur Pont*).
- Le ministère de la santé a souhaité promouvoir l'élaboration d'une Charte nationale des aumôneries des établissements relevant de la fonction publique hospitalière. La circulaire du 5 septembre 2011 a présenté cette charte élaborée en lien avec les aumôniers nationaux des différents cultes. *"Recruté sur la base d'un contrat de droit public, l'aumônier est, quels que soient son mode d'exercice et sa quotité de travail dans l'établissement, un agent public. S'il est bénévole, il est considéré comme un collaborateur occasionnel du service public. Il est donc soumis à l'autorité du directeur et au règlement intérieur de l'établissement. L'aumônier respecte le principe de neutralité"*. La charte précise que l'aumônier *"s'oblige à une formation permanente,*

dans les disciplines fondamentales pour l'exercice de sa mission et notamment : la connaissance de la culture hospitalière et du fonctionnement du service public; les principales règles d'hygiène à l'hôpital; les libertés publiques en établissement de santé; la psychologie de l'écoute des personnes en souffrance ; le questionnement éthique."

La même Charte précise *"les demandes d'accompagnement ou de soutien des personnes hospitalisées, de leur famille et de leurs proches doivent être prises en compte dans le respect de leur communauté d'appartenance. Les personnels soignants sont attentifs à repérer et à transmettre d'éventuelles demandes". "Au-delà du rôle de visite au patient qui le demande ou le cas échéant d'ordonnateur de rituels mortuaires, l'aumônier apporte son concours à l'équipe soignante ; son action ne se fait pas au seul bénéfice du patient qui l'a demandé : sa présence, par la dimension éthique qu'il porte, est enrichissante pour tous". L'aumônier joue son rôle d'agent public "en œuvrant à la médiation nécessaire à la bonne compréhension de l'organisation du service public par les usagers".*

Cette mission s'inscrit dans un projet qui doit permettre *"de se rendre proche de la personne fragilisée par l'expérience de la maladie, en respectant ce qui touche à l'intime de l'être, ce qui est source de souffrances difficiles à maîtriser et à saisir ; de manifester, avec une considération adaptée à chaque personne, dans son caractère unique, l'attention d'une humanité solidaire; de veiller au respect de la dignité de chacun - personne malade, soignant et proche - dans l'expression de ses convictions, de ses options, de ses aspirations."*

Enfin, la Charte redéfinit le rôle de l'établissement dans l'accès au culte. Un référent culte est désigné dans chaque établissement, pour organiser l'information des patients et de leur famille dès l'admission et tout au long du séjour. L'organisation des aumôneries doit figurer dans le livret d'accueil. Le référent culte est chargé de rédiger, en lien avec les différents cultes, le projet de service des aumôneries. Chaque aumônerie doit présenter un rapport d'activité annuel au référent culte et à la direction de l'établissement.

- Nous sommes concernés par le décret n° 2017-756 du 3 mai 2017 relatif aux aumôniers militaires, hospitaliers et pénitentiaires et à leur formation civile et civique et instituant l'obligation du D.U. Laïcité pour les aumôniers rémunérés qui commencent un contrat de travail (avec une période de deux ans pour l'obtention). Nous attendons un décret qui prévoira une prolongation. Cette formation concerne potentiellement 90 personnes en 2019-2020. Par ailleurs, la demande a été formulée de prendre en compte les acquis de l'expérience (VAE). Mais seules les instances de formation universitaire peuvent accorder ses « dispenses » après une procédure complexe.

DES ENJEUX PASTORAUX

- Ces dernières années, **la référence à la laïcité** est parfois vécue comme **une manière de limiter l'exercice de la liberté religieuse** (en renvoyant la démarche de foi à une réalité privée). À ce propos il est essentiel de rappeler que le premier article de la loi de 1905 défend la liberté de conscience de l'individu et le libre exercice de sa religion.
- On constate le **peu de demandes explicites de la part des personnes (catholiques) malades** dans la traversée de l'épreuve. L'enjeu est donc de valoriser la qualité des rencontres plutôt que le nombre de personnes rencontrées. Lorsque nous ne pouvons

rencontrer que les personnes qui en font la demande (cadre légal au sens strict), nous mesurons combien les demandes sont « peu nombreuses ».

Par exemple, à l'Hôpital Européen Georges-Pompidou de Paris (1160 lits, 5000 soignants et 500 000 patients en 2015) où l'aumônerie ne peut rencontrer les personnes malades qu'après demande explicite : elle visite mensuellement environ **240** personnes, **91** personnes ont reçu l'onction des malades l'an dernier et **77** demandes de prière à la levée de corps ont été effectuées.

- Dans le monde du soin, **nous ne sommes pas « chez nous »** : Nous sommes hors de l'espace ecclésial, dans le cadre de la laïcité qui nous permet de rencontrer le tout-venant (des personnes en situation de fragilité). D'où **le fort potentiel missionnaire de l'aumônerie hospitalière**. Nous vivons aussi un partenariat avec les institutions et les personnels. Dans la majorité des établissements, nous avons la latitude de nous présenter dans la plupart des chambres, avec l'accord du personnel soignant.
- Le sens de notre présence a évolué. Nous devons repenser le « culte » catholique en établissement de soin. Hors d'une demande spécifique, nous venons **pour être présent et à l'écoute d'une personne fragilisée et souffrante**. La visite est « sacramentelle ». Nous sommes de plus en plus témoin d'une démarche spirituelle, qui dans le cadre d'une écoute permet à la personne de se reconnaître « sujet de soins » en quête de sens et pouvant partager ses questions.

Le rapport d'activité pour 2017 du Groupement Hospitalier Nord des Hospices civiles de Lyon (800 lits), signale **2889** accompagnements (65% « humains », 15% « spirituels » et 20% partage de foi explicite). Ces accompagnements concernent des patients (87%), des familles (9%) et du personnel (4%). Les demandes ont été exprimées par les patients (1211), par la famille (143) ou par les soignants (696). Les actes cultuels furent au nombre de **408** (195 prières, 30 bénédictions, 79 communions, 16 baptêmes, 21 onctions des malades, 62 funérailles et 5 confessions).

- Les établissements de soin se sont ouverts à la diversité des expressions religieuses. Dans ce sens, il est important que chaque aumônier en soit conscient et sache rendre compte de sa mission ecclésiale. Dans le cadre de la laïcité, nous vivons **un espace de liberté religieuse et de non prosélytisme**.
- En dehors des hôpitaux de proximité (souvent Soins de Suite et de Réadaptation), de la psychiatrie et de la gériatrie, **la durée moyenne de séjour (DMS) est désormais de 2,5 jours**. C'est la pratique d'alternance du domicile et de l'hôpital... Dans de nombreux services, nous ne pouvons que croiser les personnes, qui par ailleurs sont « mobilisées » par les examens et les interventions. Comment mieux vivre le lien aux paroisses ?
- **La restructuration hospitalière** : la mise en réseau et la mutualisation (Groupement Hospitalier de Territoire) valorisent les compétences et la dynamique médico-technique, parfois au détriment de l'humain. Il serait important de remettre la médecine de proximité au centre du système de soins. Le Plan Santé 2022 d'Agnes BUZYN semble aller dans ce sens. **Le système de santé est au bord de l'implosion** et il donne l'impression d'une gestion uniquement financière (surtout à partir de la loi

sur la tarification à l'activité). L'Ondam (Objectif national des dépenses de l'Assurance maladie) doit baisser compte tenu du déficit récurrent. **Les urgences sont en crise** : afflux des patients (une société fragilisée), et manque de lits et de moyens.

- Il existe **un risque de voir la spiritualité devenir une modalité du soin déconnectée du lien ecclésial** : dans les pays de culture anglo-saxonne, nous constatons une professionnalisation du « spiritual care », et une demande d'aumôniers « pluriconfessionnels » sans lien avec les institutions religieuses.

QUELQUES QUESTIONS

Dans les établissements privés, nous devons établir une convention¹ (qui n'est pas celle des associations) en lien avec la présentation d'un projet et la liste des membres de l'aumônerie. **Comment expliquer le sens et l'importance, la valeur de notre présence, dans une société sécularisée ?**

Les lieux de culte partagés, les oratoires multiconfessionnels : dans la majorité des cas, nous ne sommes pas affectataires, mais usagers d'un lieu qui est la propriété de l'établissement. Il est essentiel de maintenir le dialogue avec le partenaire institutionnel.

La tendance actuelle est aux espaces de recueillement partagés. Nous sommes appelés à réfléchir à l'enjeu pastoral, à la finalité d'un lieu de culte, aujourd'hui.²

La réduction des postes d'aumôniers rémunérés. Les chiffres nous montrent (ci-dessus) **qu'elle est faible**, mais la situation est humainement douloureuse là où cette diminution intervient. **Recruter des aumôniers bénévoles est, par ailleurs, difficile aujourd'hui.**

Faiblesse de l'information dans le circuit hospitalier. Normalement, la présence des aumôniers doit être signalée dans le livret d'accueil...mais peu de personnes le lisent. Des établissements notifient la présence des aumôneries dans les couloirs et parfois dans les chambres. Mais la vraie question est la **faiblesse de l'information dans les circuits ecclésiaux**. On ne fait pas assez savoir cette priorité aux personnes fragilisées qui vivent non seulement une sorte de « mort sociale » mais aussi une sorte de « mort ecclésiale ».

¹ Il ne peut s'agir d'une convention avec association de la loi de 1901. Le service national a une convention-type

² Voir fiche A/10 du classeur juridique des aumôneries

B – DES SOIGNANTS EN SOUFFRANCE

Les équipes d'aumôneries rencontrent des soignants dans tous les établissements de soins. Elles perçoivent chez de nombreux soignants une grande connivence. Lors des formations diocésaines, il est fait souvent appel à des soignants pour mieux articuler aux soins notre présence discrète et attentive aux attentes des patients. Dans quelques diocèses, des soignants participent aux réunions du conseil santé. Des membres d'équipes d'aumôneries participent également aux comités d'éthique (ou espaces éthiques). Au niveau national, des liens existent entre la pastorale de la santé et le Centre Catholique des Médecins Français (CCMF).

Cependant cette belle collaboration n'est pas généralisée. Les soignants vivent des horaires qui semblent interdire la programmation de réunions. Ils expriment le souhait de se retrouver pour échanger, mais souvent, seuls les retraités en ont le loisir. Les rencontres autour des questions de bioéthique favorisent l'engagement de quelques-uns.

Nous sommes témoins de la lassitude de bien des soignants hospitaliers qui ont l'impression qu'on leur en demande plus, avec moins de moyens. Régulièrement, la presse révèle des suicides de soignants sur leur lieu de travail. Les soignants se voient confier les nombreux « malheurs de notre société ». C'est à eux que l'on confie ceux qui souffrent de toutes sortes de maux, que ce soit le mal-être, la dépression qui mine leur vie, l'infection, le vieillissement qui les diminue ou le processus dégénératif qui les emportera.

Bien des soignants sont victimes de harcèlement moral individuel ou institutionnel. La loi portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009 et la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 sont l'une comme l'autre fortement marquées par une logique comptable et une organisation hiérarchique structurée de façon linéaire. Elles ont ignoré la dimension humaine et globale non seulement des soins et des prises en charge des patients, mais aussi des conditions de travail des personnels.

Dans les hôpitaux, comme dans les EHPAD, les infirmières et les aides-soignantes expriment régulièrement leur épuisement dans des mouvements souvent sans écho, dans la mesure où la permanence des soins demeure. Certains internes travaillent parfois plus de 80 heures par semaine. Beaucoup dénoncent une maltraitance institutionnelle dont les patients sont les premières victimes...

L'Eglise ne saurait se désintéresser de ceux qui vivent au quotidien la mission du "bon samaritain" (Luc 10)

C – LE DOMICILE DEVENU LIEU DE SOIN

Pour diverses raisons, la durée moyenne de séjour en hôpital (en particulier dans les CHRU) est en forte diminution, à l'exception de certains services. On parle globalement de deux jours et demi. Dès l'admission, se pose la question du départ vers un lieu de soins de suite ou vers le domicile. **L'ambulatoire devient prioritaire.** (Chirurgie moins invasive, anesthésie maîtrisée, culture de la responsabilité du patient, plus d'actes à moyens constants). **On parle de « révolution ambulatoire » : l'objectif est de 50% de chirurgie ambulatoire en 2020.** Des équipes d'hospitalisation à domicile (HAD) ou de soins à domicile (SSIAD) interviennent dans le cadre de coordination médicale. Dans ce cadre, bien des fins de vie se vivent aujourd'hui au domicile (même si 58% des décès ont lieu à l'hôpital). L'intérêt économique rejoint la demande des patients qui désirent largement cette solution, sans toujours en mesurer les conséquences.

DES ENJEUX POUR LES COMMUNAUTES CHRÉTIENNES

Cette valorisation du domicile nous interpelle. **Comment l'Eglise pourra-t-elle rejoindre ces personnes ?** Quelle information et pour quel service ? Si les personnes malades font peu de demandes lorsqu'elles sont hospitalisées, **comment faire connaître notre disponibilité au domicile ?** Par ailleurs, **l'accompagnement de fins de vie suppose des formations spécifiques et dépasse le cadre de la bonne volonté** que l'on apprécie dans les équipes de Service Évangélique des Malades (SEM) qui, par ailleurs, participent aux formations à l'écoute.

Nous sentons la nécessité de réfléchir en fonction des réalités territoriales. **Certains diocèses pensent à la mise en place d'aumôneries mobiles, en lien avec les aumôneries hospitalières et les équipes SEM.** Mais l'accompagnement en fin de vie à domicile suppose des **règles déontologiques** et l'exigence d'un cadre d'intervention avec des lieux de relecture. Il nous faut veiller à appeler des personnes formées et compétentes, dans cette présence spirituelle à la personne malade et à sa famille.

Ces personnes qui visiteront à domicile doivent avoir une formation spécifique, dans la mesure où nous serons dans des situations difficiles de fin de vie et d'accompagnement de malades chroniques en perte d'autonomie. La visite au domicile d'un grand malade, en dehors du fait qu'elle suppose l'accord de la famille, appelle l'exigence d'un « cadre » pour gérer

l'affectivité. Nous pourrions compter sur des membres d'aumôneries hospitalières et quelques personnes membres d'équipes SEM paroissiales. Mais comment se faire connaître sinon en établissant des **liens de confiance et de partenariat** avec les soignants libéraux (médecins et infirmières), pour qu'ils puissent nous valoriser et inviter les personnes (ou leur famille) à nous faire signe ? Des diocèses travaillent à l'élaboration de « flyers » pour informer largement de cette possibilité. **Il faudra également instituer un numéro commun d'appel d'urgence et une visibilité à l'échelle des doyennés. Nous prévoyons une rencontre nationale le 17 mars 2020 pour partager les nouvelles expériences.**

D – LA QUESTION DES PROCHES-AIDANTS

L'interrogation est nouvelle. Traditionnellement, la famille est le lieu d'accompagnement des souffrances de l'existence... les couples sont mariés « pour le meilleur et pour le pire » ... Les parents ont un devoir d'assistance à l'égard de leurs enfants et les enfants à l'égard de leurs parents...

Quelques éléments de la nouveauté nous interpellent :

- les familles sont de plus en plus « éclatées » géographiquement (délitement du lien)
- le séjour en hôpital se réduit fortement (enjeux financiers, Tarification à l'Activité T2A)
- les sondages laissent entendre que les personnes préfèrent être à domicile (chez elles)
- le souci devant les situations de handicap n'est plus d'isoler pour un traitement spécifique, mais l'enjeu d'inclusion sociale.
- les hôpitaux psychiatriques mettent autant que possible les personnes en appartements thérapeutiques
- Actuellement, 60 % des personnes âgées dépendantes vivent à domicile (dont 16% de Gir 1, 40% de Gir 2, 66% de Gir 3...)³
- une journée nationale des aidants a été instituée (6 octobre)

COMMENT DEFINIR UN AIDANT ? LES ENJEUX AUTOUR DE CETTE RÉALITÉ

« *La personne non professionnelle qui, par défaut ou par choix, vient en aide, à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour ses activités de la vie quotidienne.* » Charte européenne de l'aidant familial

Des personnes qui passent d'une situation choisie à une situation subie et un état reconnu. Prise de conscience souvent douloureuse... On dit que cela concerne 8 millions de personnes en France ! Majoritairement des femmes (56%).
55% des aidants ont plus de 50 ans, (pensons aussi aux aidants mineurs !) 53% sont

³ La grille nationale AGGIR permet de mesurer le degré de perte d'autonomie du demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Les degrés de perte d'autonomie sont classés en 6 groupes dits « iso-ressources » (GIR). A chaque GIR correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

encore actifs (42% sont salariés et cela concerne 24% des arrêts de travail) ... 58% des aidants déclarent avoir du mal à concilier travail et obligations familiales. 59% donnent 6h par semaine, 29% donnent de 6 à 20h, 6% donnent 20 à 34h.

- **L'aidant a un statut social peu reconnu** (parfois même dans les familles). Pourquoi se nommer « aidant » ? On ne se rend pas compte : une réalité invisible et indicible !
- **Son « travail » est gratuit, non reconnu** : en fait un temps valorisé à hauteur de 3000 euros par mois. Quel rapport aux professionnels (qui « envahissent ») ? L'aidant-proche est partenaire du soin. Il n'a pas de cotisation sociale s'il n'a pas de contrat de travail : problème s'il n'a pas de retraite ou pas de travail...
- **Quelle valorisation de l'aide apportée** (abnégation, sacrifice, sentiment de dette) Peu d'estime de soi... Dénier de souffrance, pudeur... dissymétrie dans le couple aidant-aidé... Difficulté à passer le relais... (Parfois, sentiment de toute puissance) ;
- **Une mauvaise connaissance des droits...** (droit à l'information et à la formation) ;
- **Un risque d'isolement** ... Stress et sentiment d'abandon... Sentiment de culpabilité... Épuisement en vivant une "rencontre des vulnérabilités".
- **Comment gérer l'agressivité, l'ingratitude, la perte des valeurs, la lassitude, la violence et la maltraitance ?** Quelle gestion des tensions familiales (y compris financières) ;

Comment donner un statut officiel, sans professionnaliser ? Comment penser une politique ambitieuse d'aide à domicile dans une médecine de territoire ? Comment valoriser l'intergénérationnel ? L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) pourrait servir à indemniser. Les adultes handicapés peuvent bénéficier de la prestation compensatoire du handicap (PCH). Des groupes de paroles sont proposés, des offres de pause répit (ligue, France Alzheimer...). Des maisons du répit voient le jour... (loi Christophe). La loi d'adaptation de la société au vieillissement (décembre 2015) donne priorité au domicile et veut préserver la famille, elle propose une certaine reconnaissance et quelques moyens (650 millions). Nous voyons un développement des structures de répit et d'accueil temporaire. Un relèvement du plafond de l'APA et des droits nouveaux (congrés) est en élaboration.

Importance des CLIC (centre local d'information et de coordination) et des Maisons départementales pour les Personnes Handicapées (MDPH loi du 11/2/05) qui vont devenir Maisons de l'autonomie... Enfin, une réflexion avance dans le monde de l'entreprise (« *un Everest à gravir* »), don de RTT...

QUESTIONS POUR LES COMMUNAUTES CHRÉTIENNES

Quel accompagnement spirituel proposer en lien avec les mouvements et associations ?
Prendre l'initiative de proposer des temps forts de détente et de prière, des journées spécifiques.

Il est important de travailler à une déculpabilisation des aidants (« on est marié pour le meilleur et pour le pire ! ») Permettre aux souffrances de se déposer. Favoriser une prière d'intercession. Accepter de vivre avec la finitude et la lente dégradation (demain sera pire qu'hier !)

Mais, il faut aussi **accompagner les aidants**. Entendre leur souffrance sans vouloir consoler ou donner des conseils. Déculpabiliser sur l'impossibilité à poursuivre une vie ecclésiale. Inviter à « passer la main » et accompagner la décision de placement en institution. **Dans plusieurs départements, des associations ont mis en place des « maisons de répit »**, pour soulager les aidants directement ou indirectement en les accueillants avec leurs « malades » ou « handicapés ».

E- LES PERSONNES ÂGÉES A L'HORIZON DE 2030

UNE EVOLUTION QUI DOIT NOUS INTERROGER

Nous connaissons un allongement de l'espérance de vie : 47 ans en 1900, 67 ans en 1955, 82, 3 en 2018 et 90 ans en 2030. Les spécialistes disent que d'ici 2030, la population française augmentera de 7% et la population des plus de 85 ans de 74% ! Des inégalités sociales existent avec 12 ans d'écart... Ces augmentations seront variables suivant les régions de France.

Diversité des situations territoriales (4 possibilités) :

***scénario 1** : part de personnes âgées faible et évolution faible
(exemple : le Nord : 14, 7 % en 2013...23% en 2050)

***scénario 2** : part de personnes âgées faible et évolution forte
(exemple : Loire Atlantique : 16, 3% en 2013... 25 % en 2050)

***scénario 3** : part de personnes âgées forte, faible augmentation
(exemple : la Creuse : 27, 3% en 2013... 40, 3% en 2050)

***scénario 4** : part de personnes âgées forte, forte augmentation
(exemple : la Vendée : 20, 8% en 2013...35, 7% en 2050)

Nous allons connaître une forte augmentation des personnes âgées dépendantes (Plus de 300 000 d'ici 2030). Avec une meilleure prise en charge des pathologies : 1, 265 millions de bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'Autonomie (APA). Actuellement, 7 millions de séniors déclarent une limitation fonctionnelle. Nous devons également tenir compte des personnes handicapées vieillissantes. **On sera dépendant plus tard (85 ans), plus longtemps.** Le nombre de personnes dépendantes devrait augmenter de 35% entre 2010 et 2030. Les frontières domicile/établissement seront plus fluides.

Dans le péri-urbain et le rural, **la question de la mobilité sera essentielle.** L'héliotropisme des séniors va poser la question des aidants (car augmentation des loyers dans certaines villes !) Les banlieues et les quartiers populaires vont vieillir de plus en plus. Ces personnes de plus de 85 ans en 2030 (elles avaient 20 ans en 1968 !) seront **d'une génération attachée aux valeurs de liberté et d'autonomie.** Une génération qui a profité de l'État providence et du modèle de protection sociale. Une génération de consommateurs (critiques) ayant vécu une croissance de l'autonomie résidentielle (90% expriment la volonté de demeurer au domicile le plus longtemps possible). Nous repérons une migration vers le centre-ville. Les séniors seront naturellement connectés (30,6% des 60-74 ans achètent sur internet). Nous devons penser aussi au sentiment d'exclusion chez certains.

D'après une enquête des Petits Frères des Pauvres : **« C'est à 85 ans que la vie bascule »**
L'enquête révèle que 6 % des plus de 60 ans vivent dans un isolement profond, c'est-à-dire qu'ils n'ont de relation ni avec leur famille ni avec leurs amis. En outre, 22 % des plus de 60 ans sont isolés du cercle familial, et 28 % n'ont plus d'amis. Beaucoup ne connaissent personne pour partager un repas (15 %), pour aller se promener avec eux (27 %) et à qui parler de choses intimes ou personnelles (32 %). La moitié des personnes de plus de 60 ans n'ont aucune activité associative et 11 % expriment le sentiment d'être très souvent seules.

Les activités d'aide informelle représentent un coût de 12 à 16 milliards. **Comment sera financée la dépendance ?** Nous savons que les gouvernements ont retardés la prise en compte de cette question. Le prochain projet de loi « Dépendance » présenté à l'automne devra apporter un début de réponse

DES ENJEUX POUR LES COMMUNAUTÉS CHRÉTIENNES

Comment rester attentif à ces personnes qui vivent à la fois une certaine « mort sociale » et une certaine « mort ecclésiale ». Elles ne peuvent souvent plus venir à l'église. Habituellement, ces personnes ne font pas signe et ne se plaignent pas. La famille est souvent éloignée. Les troubles cognitifs et neuro dégénératifs rendent la présence d'autant plus complexe. La question se pose **de concentrer la mission des équipes de SEM paroissiale à cette présence auprès des personnes très âgées**, en lien avec les associations attentives sur le terrain. Certains diocèses ont engagé une « pastorale des personnes âgées. » Il serait bon que l'Église incite chacun à consacrer une heure par semaine à une personne âgée dans le cadre d'une activité bénévole. **Cette solidarité intergénérationnelle étant indispensable.**

F – QUELLE PRÉSENCE D'ÉGLISE EN EHPAD ?

Depuis longtemps, des accords étaient passés entre les maisons de retraite et les paroisses, pour que les personnes âgées puissent bénéficier de l'eucharistie régulièrement. Une majorité de ces établissements sont devenus des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes. L'EHPAD est une structure médicalisée, qui accueille des personnes seules ou en couple, en situation de perte d'autonomie physique ou psychique et pour lesquelles un maintien à domicile n'est plus envisageable. Ces établissements sont soit privés à but lucratif, soit associatifs, soit communaux. **Environ 752 000 personnes sont aujourd'hui en EHPAD**

Désormais, l'âge moyen d'entrée en EHPAD est de 87 ans avec des niveaux de dépendances plus élevés (GIR 1 à 3). **La durée moyenne des séjours est de deux ans** et 260 000 résidents souffrent d'une maladie neuro-dégénérative. **Cette évolution change l'image globale de ces établissements (on parle à tort de "mouroirs") qui demeurent néanmoins des lieux de vie.** Le manque de personnel cependant se fait criant et dans plusieurs cas, on peut parler de **maltraitance institutionnelle**. Soignants et patients sont alors en souffrance !

Quelques chiffres à la suite d'une mission parlementaire de Monique Iborra (13/09/17)

10 600 établissements... 752 000 personnes + USLD (596) – Logements foyers (2267) – Maisons de retraite EPHA (335) – centres d'hébergements temporaires
EHPAD privés but lucratif : 1769 soit 132 430 places
EHPAD privés non lucratif : 2287 soit 171 750 places
EHPAD publics : 3344 soit 296 200 places

Chaque EHPAD signe une convention tripartite avec le conseil départemental et l'ARS :

- Tarifs hébergement : 59 euros /jour en moyenne
- Tarifs dépendance : entre 5, 5 (GIR 5et 6) et 20, 5 (GIR 1 et 2)
- Tarifs soins (Assurance maladie)

Plus de 500 000 personnes employées (429 800 Équivalent Temps Plein)

Dans les EHPAD, on est aujourd'hui à 63 ETP pour 100 personnes

Le paramédical représente 45% des ETP

Les femmes représentent 87% du personnel

La moitié des résidents sont en GIR 1 et 2

QUESTIONS ET ENJEUX

Le « grand âge » nous interroge tous, qu'il soit vécu à domicile (avec quelles présences ?) ou en institutions (avec quels moyens ?). Nous devons nous interroger sur ces « **morts sociales** » qui souvent sont aussi des « **morts ecclésiales** ». **Comment rejoindre ces personnes, en particulier lorsqu'elles sont en déficience relationnelle et cognitive ?**

La Pastorale de la Santé a souhaité **que se définissent entre ces établissements et les diocèses des conventions qui précisent les droits et les devoirs réciproques, dans le cadre de la laïcité**. Ce lien entre la paroisse et l'établissement est assuré par le Service Evangélique des Malades sous la responsabilité du curé. Il est essentiel que l'équipe attachée à un établissement soit connue et reconnue (badge), que les bénévoles soient formés à l'écoute et à l'accompagnement de personnes désorientées. **Cette équipe est envoyée en mission pour signifier la communion de toute l'Eglise avec ces personnes dépendantes.**

Personne n'est trop âgé pour n'avoir rien à partager ! S'intéresser à l'histoire des personnes permet de libérer la parole, et parfois les pleurs. Trop souvent la présence se concentre sur la célébration de la messe, sans prendre le temps de la rencontre. **Des équipes inventent d'autres modalités de présence dans le respect de la diversité des situations.** L'attention aux personnes en souffrance peut conduire aussi à entrer dans des pratiques de communication non verbale, dans des approches plus attentives à l'expression des sens. Olivier de Ladoucette ose dire que la vieillesse est un réservoir de vie contemplative !

Cette spiritualité des personnes très âgées et souvent désorientées doit nourrir notre réflexion ecclésiale pour rejoindre en vérité les personnes en institution et à domicile. Elle devrait également nous permettre **d'accompagner les proches aidants très démunis et culpabilisés**. Il est bon qu'un responsable diocésain du SEM favorise cette réflexion en lien avec l'équipe diocésaine de la Pastorale de la Santé.

G – PERSONNES HANDICAPÉES DANS LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE

Ces dernières décennies, l'approche du handicap dans la société française a profondément évolué, tant du point de vue juridique, du regard de la société, que des pratiques professionnelles et du positionnement des personnes, de leurs familles et de leurs associations. Ces évolutions interpellent les approches pastorales, marquées par une riche tradition, mais concernées par la même nécessité que celle qui s'est exprimée dans la démarche de Diaconia en 2013 : **passer d'un « faire pour » à un « faire avec » et même simplement « être avec »**. 9,7 millions de personnes sont reconnues handicapées par l'administration publique en France.

UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE PAR LA SOCIÉTÉ

La diversification des modes de prise en charge et le vieillissement naturel des personnes en situation de handicap créent de nouveaux besoins : les Agences Régionales de Santé (ARS) ont programmé l'ouverture de 14 000 places pour la période 2015-2019 et, s'il est difficile d'en évaluer le nombre, on sait que de nombreuses personnes de tous âges sont contraintes d'être à domicile sans accompagnement suffisant. On parle de 20 000 enfants handicapés contraints de rester à la maison, faute de place en établissement adapté et donc privés de leur droit à l'éducation.

L'histoire française est marquée par **un engagement très important des familles** qui, en associations, ont milité pour la création d'institutions spécialisées adaptées aux besoins de leurs enfants, à tous les âges de leur vie. Ces associations, malgré un certain vieillissement de leurs membres, sont aujourd'hui encore très actives, avec un nombre important d'adhérents. Notons aussi que le pourcentage de personnes handicapées est **plus important en prison que dans la population globale** et que la France a été condamnée par la Cour Européenne des Droits de l'Homme pour les conditions de détention des personnes en situation de handicap.

Le handicap est défini désormais comme **limitation ou restriction de la participation à la vie sociale** : cette limitation dépend évidemment de la manière dont l'environnement s'ajuste ou non à la personne. Notons par ailleurs que depuis 2005, la **reconnaissance du handicap psychique**, considéré à la fois comme individuel, (maladie mentale), et situationnel, (stigmatisation, souffrance des proches), contribue à la construction d'un nouveau regard sur la souffrance psychique. Dans cette nouvelle approche, **la personne en situation de handicap, quelle que soit son expression, est d'abord reconnue comme citoyen, membre à part entière de la société.**

PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DANS LA SOCIÉTÉ AUJOURD' HUI

Il n'est pas besoin de rappeler que les chrétiens de toutes confessions ont été pionniers dans la reconnaissance des personnes qu'on disait alors infirmes, dans la foi en leur éducabilité et leur créativité éducative, dans la construction d'institutions qui les arrachaient à la rue et à la mendicité. **Des personnes avec un handicap moteur ou sensoriel, - peu nombreuses -, vivent une vie d'équipe dans l'un ou l'autre des mouvements d'Église.** L'équipe ajuste alors ses moyens de communication, avant ou pendant la rencontre, son lieu et horaire de réunion, sa transmission d'information pour se rendre accessible ...

Dans les diocèses, les services de catéchèse assurent la formation et l'accompagnement des catéchistes en pédagogie catéchétique spécialisée (PCS) pour la catéchèse et l'initiation chrétienne de personnes avec un handicap dans le respect de tous les âges de la vie.

La Pastorale des Personnes Handicapées est attentive aux évolutions des lois françaises et aux orientations sociétales. Elle propose des formations, des temps de rencontres et de réflexion pour concourir à ce que chacun trouve sa place et contribue à la vie de la société et de l'Église. **Elle veille tout particulièrement à s'ajuster à la dynamique d'INCLUSION à l'œuvre depuis une dizaine d'années et à y sensibiliser l'Église entière.**

En s'inscrivant dans la mouvance de Diaconia, elle donne à la pastorale de passer du « faire pour » au « faire avec » et désormais au « **être avec** ». La rencontre de Lourdes 2016 « *Avec un handicap, passionnément Vivants !* » en est l'évènement fondateur (cf. document épiscopat n°3-2017 et le dépliant qui l'accompagne)

H – LES ÉTABLISSEMENTS D'INSPIRATION CHRÉTIENNE

Le guide « PRENONS SOIN » (créé à l'initiative de la Fnisasic⁴) a pour ambition de rendre visible l'ensemble des établissements de santé et d'action sociale d'inspiration chrétienne. Il répertorie actuellement **140 institutions et plus de 1700 établissements**.

Ces établissements sont gérés par une personne morale de droit privé - une association, une fondation, une congrégation ou une mutuelle. Ils ne sont pas astreints aux règles des marchés publics (mais sont néanmoins invités à s'en inspirer), leur comptabilité est de droit privé et les bénéfices dégagés sont intégralement réinvestis dans l'innovation et le développement de nouveaux services au bénéfice des résidents. Présents sur l'ensemble des champs sanitaire, social et médico-social, les établissements privés d'intérêt collectif (EPIC) ont pu développer des synergies et des compétences transversales, qui leur permettent d'offrir des prises en charge globales.

N'étant plus assez nombreux pour assurer les soins, l'accompagnement et parfois la direction des établissements, les religieux (ses) ont embauché des laïcs. Parfois, les établissements ont été vendus (avec l'accord des évêques) à des promoteurs leur promettant de garder le caractère chrétien de leur établissement. Quelques années plus tard, après avoir pour certaines, connu quelques déconvenues conduisant à la disparition pure et simple de la référence chrétienne, ils se sont regroupés et ont fondé des associations, fédérations ou groupements.

Ainsi de nombreux établissements sont confrontés aujourd'hui à la question de leur fidélité au charisme fondateur. Ce charisme était porté par des religieux et religieuses qui deviennent de moins en moins nombreux, voire absents de ces établissements. Parmi les personnels beaucoup ne partagent pas les convictions chrétiennes. Le monde du sanitaire et du médico-social a considérablement changé, les impératifs techniques et les contraintes administratives créent un environnement qui n'est pas toujours propice à la réflexion sur les critères d'inspiration chrétienne à retenir.

QUE FAUDRAIT-IL PRÉSERVER ?

Les établissements sanitaires et médicosociaux, dont nous parlons, sont autant de lieux propices pour le dialogue entre l'Eglise et la société, entre croyants catholiques et hommes et femmes de toutes convictions. Cultiver l'esprit des établissements est un devoir et une mission. La spécificité ne s'inscrit pas directement dans la pure continuité des origines. Nous parlons facilement de valeurs chrétiennes, mais que recouvre ce terme ? **La dimension chrétienne ne repose pas dans la défense de valeurs, mais dans l'acceptation de se laisser bousculer par l'Évangile qui rejoint tout homme et tout l'homme.** La foi féconde les efforts humains pour plus d'amour et de justice. Les institutions médico-sociales et sanitaires d'inspiration chrétienne constituent une présence institutionnelle de l'Église dans la société. A ce titre, elles représentent une visibilité, un signe donné par l'Eglise dans la réalité sanitaire et

⁴ Fédération Nationale des Institutions de Santé d'Action Sociale d'Inspiration Chrétienne

sociale. L'esprit de l'Évangile, lorsqu'il est pris en compte, invite à cultiver l'hospitalité en plaçant le malade ou la personne âgée ou porteuse d'un handicap, vulnérable ou dépendante au centre des projets. Il importe de ne pas réduire l'autre à sa maladie ou à l'aspect purement corporel. Dans ces établissements se manifeste un climat familial et fraternel, où s'expérimente **une certaine réciprocité entre soignants et soignés, où le malade, l'utilisateur vit avec le soignant une alliance thérapeutique.**

UN PROJET PASTORAL

Il s'agit d'abord de remplir **une mission de service public** avec professionnalisme et compétence. La mission d'Église se vit dans le témoignage quotidien d'un service désintéressé et humble, ouvert à tous et en particulier aux plus pauvres. C'est bien là la difficulté ! Il ne suffit pas d'être sans but lucratif et donc sans intérêt pécuniaire ; il s'agit également d'exercer un service désintéressé, accessible à tous et sans visée de prosélytisme. Cela suppose aussi de la modestie dans l'affirmation de nos valeurs, reconnaître qu'il y a toujours du chemin à faire pour correspondre à l'idéal qui nous habite.

Les institutions peuvent être à l'origine d'**initiatives prophétiques**. Réponses à des besoins nouveaux, des lieux de fracture sociale, des domaines où l'homme est menacé. Ces initiatives peuvent être qualifiées de prophétiques au sens de nouveauté sociale mais aussi dans le sens religieux. Elles mettent le projecteur sur ce qui était caché, occulté et manifestent l'exigence de justice. Elles sont signes du Royaume de Dieu et anticipation d'une société où chacun trouvera sa place.

Les personnels sont invités à **respecter dans leurs pratiques les repères moraux de l'Église catholique**, notamment sur le début et la fin de vie. Les établissements doivent favoriser une réflexion éthique à partir de l'analyse des pratiques de soin et des questions rencontrées par les professionnels de santé. **L'expérience de la relecture des pratiques est un lieu essentiel de formation permanente.**

Le **management des ressources humaines** doit lui-même être en cohérence avec le projet : participation de chacun, coresponsabilité, subsidiarité c'est-à-dire exercice de la responsabilité à chaque niveau et au plus près du terrain, valorisation des personnes, formation et progression personnelle. Une attention particulière devrait être portée au recrutement et à la formation des nouveaux, appelés à s'approprier une histoire, une identité et à participer à la mise en œuvre d'un projet.

La direction doit prendre **des orientations claires** qui manifestent au quotidien **le projet de l'établissement et sa cohérence avec l'Évangile**. Or, ces choix se prennent toujours dans un contexte tendu sur le plan économique, avec de nombreuses règles contraignantes. Le personnel des institutions est soumis à de nombreuses tensions, sources de souffrance : entre temps de travail limité et continuité des soins, procédures standardisées et personnalisation des projets de vie, droit des usagers et droit des professionnels, obligations et insuffisance des moyens, multiplication des responsabilités et manque de temps, temps passé auprès des

patients et nécessité de rendre compte, prise de risque et impératif de sécurité. La loi prévoit un **projet personnalisé** (à revoir tous les ans) pour chaque personne handicapée en institution.

Quelle place donne-t-on aux usagers et à leurs familles dans la vie de l'établissement ? Comment fonctionne le conseil de vie sociale ? Quelle place est donnée aux associations extérieures, aux bénévoles ? Comment établir des bonnes relations avec la paroisse la plus proche, et partager certaines fêtes ?

Certains établissements tiennent à **préserver un espace spirituel** ou une chapelle, même après le départ des communautés religieuses. La démographie presbytérale doit nous inviter à penser des célébrations de la Parole plus souvent que des Eucharisties.

Des établissements avaient sauvegardé la place de quelques religieuses qui assuraient une présence signifiante. **Comment mettre en place, aujourd'hui, de réelles équipes d'aumôneries** constituées de bénévoles missionnés par l'évêque ? L'équipe d'aumônerie grâce à cette mission reçue peut assurer une présence sacramentelle de l'Eglise au cœur de l'établissement. Présence attentive et gratuite auprès des personnes fragilisées, écoute des personnes avec un autre statut que celui des soignants, proposition de partage à l'écoute de la Parole de Dieu et dans la mesure du possible proposition de sacrements (dont l'Eucharistie). Ces équipes seraient naturellement en lien avec le service diocésain de la Pastorale de la Santé et pour le médico-social avec le responsable diocésain de la Pastorale des Personnes Handicapées. Des conventions pourront être établies avec les diocèses.

Comment permettre à l'ensemble du personnel d'adhérer au projet d'établissement quelles que soient les convictions personnelles ? Comment bâtir avec tous une base commune de valeurs et d'engagements ? L'accord sur le projet et l'inspiration chrétienne n'imposent pas de confesser la foi chrétienne. Néanmoins la foi et la vision de l'homme qui en découlent doivent être portées par les personnes en responsabilité (conseil d'administration, équipe de direction), faute de quoi, le projet d'établissement risque rapidement de se vider de sa substance.

CONCLUSION – POINTS D’ATTENTION ET QUESTIONS A DISCERNER

A l'issue de cette présentation, nous pouvons reprendre quelques affirmations centrales et des questions à approfondir en Église pour envisager l’avenir de la pastorale de la santé. Dans chaque diocèse, les équipes diocésaines y travaillent déjà mais nous sommes à un moment charnière où le discernement épiscopal individuel et collégial est également nécessaire :

De manière générale :

- La Pastorale de la Santé est une **présence au nom de l’Église au cœur de la société**, une invitation à sortir pour rejoindre des personnes là où elles sont, sans attendre qu’elles viennent chez nous. Dans chaque diocèse, **l’équipe diocésaine de Pastorale de la Santé** porte au nom de l’évêque ce souci pastoral.
- La pastorale santé peut prétendre être experte en humanité, parce qu’**elle est experte en fragilité**. Porter attention à la fragilité, c’est inviter la société dans son ensemble à porter attention à tous ceux qui sont exclus du pouvoir, du droit à la parole, de la culture, à tous ceux qui sont en marge du centre de la société.
- La Pastorale de la santé invite à **une posture** : nous allons les mains vides à la rencontre des personnes en souffrance. L’écoute, l’humilité d’une présence gratuite, le compagnonnage sont dans la logique de l’attitude du Christ dans l’Évangile.

Comment expliquer, dans une société sécularisée, le sens et l’importance, la valeur de notre présence dans les établissements de santé et en dehors ? Comment continuer à prendre les moyens de cette présence ? Comment le fort potentiel missionnaire des aumôneries hospitalières peut-il continuer à se déployer ?

Comment maintenir et augmenter les exigences de formation des personnes visitant dans le cadre de la pastorale de la santé car nous savons que la bonne volonté ne suffit pas ?

De manière plus spécifique

- Dans les établissements de santé, comment pouvons-nous sauvegarder le **lien de confiance avec l’ensemble des partenaires**, dans la cadre de la laïcité ? Comment l’Église peut-elle manifester **une plus grande sollicitude aux soignants** (et tout particulièrement aux infirmières et aides-soignantes, à la charnière du soin et du prendre soin) ?
- **La place prise par le domicile comme lieu de soin va aller croissante**. Comment les communautés chrétiennes peuvent-elles porter une réelle attention à ces "périphéries" de la souffrance et de la solitude, en sauvegardant les exigences exprimées par la pastorale de la santé ? **Comment rejoindre les malades à domicile ?** Comment se faire connaître et reconnaître ? Quels liens avec les professionnels dans ces situations ? **Quelles nouvelles formes d’aumôneries imaginer ?** Quelles implications pour le SEM ?

- **Le nombre et le niveau de dépendance des personnes très âgées** (au-dessus de 85 ans) vont augmenter. C'est une question majeure pour notre société et aussi pour l'Église. En EHPAD ou au domicile, **les personnes très âgées sont "invisibles", trop souvent en situation de « mort sociale » et de « mort ecclésiale »**. Comment l'Église peut-elle répondre à cette interpellation ? Quelle évolution du SEM dans ce contexte ? Quelles formes de solidarités intergénérationnelles développer ?
- Comment travailler davantage à **l'inclusion des personnes handicapées** dans l'Eglise et dans la société.
- Comment l'Eglise peut-elle se rendre attentive à **la spécificité à sauvegarder des établissements d'inspiration chrétienne** ? Comment accompagner la recherche et les demandes qui émanent des établissements eux-mêmes ?
- On attend du **développement de la e-santé** des répercussions majeures sur l'organisation des systèmes de santé, la qualité et le coût des pratiques professionnelles, ainsi que sur le comportement des patients notamment en termes de prévention et d'observance thérapeutique.

Comment poursuivre la réflexion et le discernement ?

Ce document élaboré au sein des équipes nationales de la santé suite à la demande du Conseil Permanent, a été présenté au Conseil Famille et Société le 7 mai 2019. Enrichi par ses remarques il est remis au Conseil Permanent pour sa session du mois de juin 2019. Le Conseil Famille et Société s'accorde sur le fait que les enjeux sur ces questions sont importants et qu'il faut se donner des moyens pour s'en saisir à différents niveaux (diocèses, provinces, national). Divers scénarios (combinables entre eux) sont envisageables :

- Une diffusion de ce document à tous les évêques
- Une séquence « Enjeux autour de la santé et pastorale de la santé » lors d'une prochaine Assemblée plénière
- Invitation à toutes les équipes diocésaines de travailler et discuter les questions avec leurs évêques.
- Faut-il envisager à moyen terme une prise de parole collégiale sur ce thème ? (Le dernier document de la conférence date de 1982)