



AVIS DE LA COMMISSION CONSULTATIVE

OCTOBRE 2015 -

De par la relation spécifique instaurée avec le patient, sans trahir le secret des confidences, comment un aumônier peut-il faire entendre, à l'équipe médicale et soignante, les informations dont il est dépositaire et qui pourraient s'avérer utiles à la prise en charge, dans un cadre ou hors cadre défini ?

Plan de l'avis :

Introduction : le questionnaire.	Page 2
I - Le contexte et la légitimité du questionnaire.	Page 3
Le cadre historique et légal.	Page 3
La dimension spirituelle.	Page 4
Pourquoi ce questionnaire maintenant ? Représentations et méconnaissance.	Page 5
Défaut de communication / Obligation du secret.	Page 5
II - Les propositions de réflexions.	Page 7
Penser l'aumônier comme un « agent double ».	Page 7
Revenir à la loi.	Page 8
Informé, ré-informer pour une juste reconnaissance.	Page 8
Eviter les glissements.	Page 9
Conclusion : en accord avec le patient.	Page 11

INTRODUCTION : LE QUESTIONNEMENT.

Le demandeur qui saisit la commission consultative de l'espace éthique est aumônier dans un centre hospitalier universitaire. Il constate que le cadre de travail des aumôniers varie en fonction des établissements hospitaliers ; celui-ci s'organise et se différencie notamment selon la place et les moyens que l'institution accorde aux aumôneries : dans certains établissements, il existe par exemple des groupes de réflexions entre aumôniers de cultes différents, des aumôniers participent à des groupes de travail institutionnels et même à des réunions de synthèse ou des réunions collégiales avec les équipes soignantes. Dans ce contexte, les rapports des aumôniers avec les acteurs hospitaliers sont donc variables.

Le demandeur a pris la mesure de cette variabilité et de la diversité des pratiques qu'elle implique à plusieurs occasions (lors de discussions informelles, lors de réflexion en formation à l'écoute, lors d'une étude relative aux moyens utilisés pour l'aumônerie au sein de l'hôpital) ; ce qui l'a amené à s'interroger, de manière générale, sur la conception de la spiritualité dans le soin et sur la spiritualité comme un soin. Quelle est la place de l'accompagnement spirituel au chevet du patient et vis-à-vis de l'équipe soignante ? Quel est le rôle de l'aumônier, quelles en sont les limites ? Mais aussi, plus précisément, doit-il et peut-il influencer les décisions médicales ? L'aumônier doit-il participer à certaines délibérations collégiales afin de partager des informations reçues du patient, comme cela peut se faire dans certains hôpitaux (en soins palliatifs, réanimation, pédiatrie et gérontologie par exemple) ? Car si l'aumônier est dépositaire d'informations qui peuvent s'avérer utiles dans l'ajustement de la prise en charge, il ne dispose pourtant pas toujours d'un cadre pour les communiquer.

A titre d'exemple, **l'aumônier reçoit des éléments d'information de la part d'un patient, ces éléments ne sont pas forcément transmis lors de son transfert d'un hôpital à un autre et ont pourtant leur utilité dans la prise en charge. Que doit-il faire de ces éléments ? A qui peut-il en faire part et dans quel cadre ?** Si le demandeur se pose ces questions, c'est qu'il s'est retrouvé plusieurs fois dans des situations où il a eu l'impression que les décisions médicales ne tenaient pas compte de la personne dans sa globalité, notamment pour des personnes seules en fin de vie. Or, dans la rencontre avec les patients, dans l'accompagnement et le cheminement spirituel (proposé aux patients qui le souhaitent), les discussions partagées avec l'aumônier portent fréquemment sur les choix existentiels des patients, et pour certains sur leur fin de vie, voire leurs directives anticipées.

Ainsi, la saisine adressée à la commission consultative peut se formuler comme suit : **de par la relation spécifique instaurée avec le patient, sans trahir le secret des confidences, comment un aumônier peut-il faire entendre les informations dont il est dépositaire et qui pourraient être utiles à la prise en charge, dans un cadre ou hors cadre défini ?** Comment restituer ces informations liées à la spiritualité ou au questionnement existentiel du patient aux équipes soignantes ? Y a-t-il une place au sein des délibérations collégiales ? Cette place doit-elle être systématique ? Y a-t-il un autre cadre possible, un autre cadre à créer ? Questions du moment, du lieu, de l'interlocuteur.

I - LE CONTEXTE ET LA LEGITIMITE DU QUESTIONNEMENT.

LE CADRE HISTORIQUE ET LEGAL.

Le texte « Laïcité et aumôneries hospitalières »¹ explique que c'est Napoléon Bonaparte qui a choisi le terme « aumôniers » en 1802, pour apporter un cadre juridique aux clercs desservant les collèges et lycées, les hôpitaux et prisons. « Il désigne aujourd'hui le clerc ou le laïc de n'importe quelle religion, mandaté par son église (...) pour représenter son culte et apporter un soutien spirituel en des lieux de vie précis à des personnes qui ne peuvent aller jusqu'à un lieu de culte ».

L'article « L'aumônerie comme fonction d'utilité collective et sociale »² confirme l'historicité de la présence et de la reconnaissance des aumôniers à l'hôpital : « Les aumôniers ont été intégrés au personnel hospitalier par l'Ordonnance royale du 31 octobre 1821 relative aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et hôpitaux locaux [...]. Les aumôniers ont vu leur rôle réaffirmé avec la loi de séparation des Eglises et de l'Etat du 09 décembre 1905. »³. Cette loi établit que la République assure la liberté de conscience, qu'elle garantit le libre exercice des cultes mais ne subventionne aucun culte, tout en prévoyant que « pourront toutefois être inscrites aux budgets les dépenses relatives aux services d'aumônerie et destinés à assurer le libre exercice des cultes dans les établissements publics (...) ».

D'autres textes législatifs sont ensuite adoptés comme la circulaire de 1976 et la circulaire de 1989 relative aux conditions de recrutement des aumôniers dans les établissements publics hospitaliers⁴. Plus récemment, citant la circulaire ministérielle du 20 décembre 2006, la circulaire du 05 septembre 2011 énonce la mission et le champ d'intervention des aumôniers ; elle stipule que : *Les aumôniers exercent au sein d'une institution dans laquelle s'applique le principe de « laïcité ». Recrutés au nom et pour le culte qu'ils représentent, ils y assurent une « fonction » qui, par essence, relève du religieux et du spirituel. A la différence de la mission de soin ou d'hébergement qui s'impose à l'établissement à l'égard de tout patient ou résident, l'action de l'aumônier est « conditionnelle » dans la mesure où les aumôniers « ont la charge d'assurer, dans ces établissements, le service du culte auquel ils appartiennent et d'assister les patients qui en font la demande par eux-mêmes ou par l'intermédiaire de leur famille, ou ceux qui, lors de leur admission, ont souhaité déclarer appartenir à tel ou tel culte »⁵*

Dans la circulaire du 05 septembre 2011, le Ministère de la santé a souhaité promouvoir l'élaboration d'une charte pour faciliter le dialogue entre les aumôniers et les directions d'établissement, pour harmoniser la pratique des aumôniers hospitaliers, ainsi que pour définir le rôle de l'aumônier par rapport au patient et à l'équipe soignante : *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, éclaire le cas échéant l'équipe*

¹ « Laïcité et aumôneries hospitalières » de Juliette GATE – Soins cadres n°93 de février 2015, dossier « La laïcité à l'hôpital ».

² « L'aumônerie comme fonction d'utilité collective et sociale » de Charihane BENHIDA, Claire GAUDILLERE, Anne-Laure POURQUIER, Yaminah ABADOU, Elodie COUTAREL – Droit Déontologie et Soins 11 (2011) 167-172, dossier « La Laïcité à l'hôpital public ».

³ Loi du 9 décembre 1905 concernant la séparation des Eglises et de l'Etat.

⁴ Circulaire n°235/DH/4 du 19 janvier 1976 relative aux aumôniers des établissements relevant du livre IX du Code de la santé publique et la circulaire DH/8D n°304 du 28 juillet 1989 relative aux conditions de recrutement des aumôniers des établissements mentionnés dans la loi du 09 janvier 1986 portant sur les dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁵ Circulaire DHOS/P1 n°2006-538 du 20 décembre 2006, relative aux aumôniers des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 09 janvier 1986, portant sur les dispositions statutaires à la fonction publique hospitalière.

*médicale et soignante sur les implications que peuvent avoir certaines de leurs décisions au regard des convictions et pratiques religieuses des patients. Sa démarche doit être cohérente avec la démarche de soins.*⁶

Ainsi, l'on constate que la présence des aumôniers à l'hôpital s'intègre dans un cadre historique, législatif et réglementaire, dans le respect et l'application des principes de la République, dont le principe de laïcité. Leur présence est donc reconnue, elle est « une nécessité, pour que les patients soient en mesure de pouvoir pratiquer leur religion »⁷. Certains parlent encore, au-delà du culte qu'ils représentent, de « mission générale d'humanisme »⁸ puisque les aumôniers se doivent d'apporter une attention particulière à tout patient, quel que soit son culte et, pourrions-nous ajouter, indépendamment de son culte, si culte il y a. Les aumôniers assurent, par conséquent, non seulement un accompagnement religieux mais aussi un accompagnement spirituel, certains disent « fraternel, au service des hommes »⁸. Leur utilité, évidente pour le patient qui en exprime le besoin s'étend également « pour tous ».

LA DIMENSION SPIRITUELLE.

La présence des aumôniers à l'hôpital atteste de la reconnaissance de la dimension spirituelle de l'être humain et du maintien de cette dimension dans le cadre des soins. Des aumôniers parlent de « vision holistique de la personne soignée », une manière de voir qui « défend le non-morcellement de l'être : elle (*la personne soignée*) ne saurait être considérée sous le seul angle de son organe malade »⁹. C'est en ce sens que le demandeur évoque une relation intersubjective, d'un sujet avec un autre sujet, et d'un cheminement existentiel du patient facilité et accompagné par l'aumônier. « (...) la maladie d'une partie de son corps va souvent amener une remise en question de sa vie, avec des répercussions dans tous les domaines. L'aumônier peut alors être le témoin qui, dans l'écoute, permettra à la personne soignée de faire ce bilan de vie ». Dans cette perspective, l'accompagnement religieux de l'aumônier consiste à « répondre à des besoins religieux spécifiques : prière, lecture de la Bible, célébrations, accompagnement du deuil ». L'accompagnement spirituel est davantage rapproché de ce qui relève du questionnement existentiel : « Dans le contexte de l'hôpital, la quête spirituelle du malade tourne autour de questionnements de type existentiel comme : Pourquoi cette maladie ? Pourquoi moi ? Qu'est-ce que j'ai fait pour mériter cela ? Quel sens cela a-t-il pour moi, pour mes proches ? Et après la mort, y a-t-il quelque chose ? L'aumônier est un témoin privilégié de ces questions que se pose la personne soignée »¹⁰.

Si la littérature médicale ne propose pas de définition consensuelle de la spiritualité, peut-on lire dans « Quelle place pour la spiritualité dans les soins ? »¹¹, il y aurait néanmoins un partage du paradigme anthropologique donnant à la spiritualité une place centrale qui la détermine comme « le lieu intime de la personne malade », « ce qui lui conférerait sa dignité et sa liberté, ce qui donnerait du sens à sa vie, ce qui lui permettrait de se réaliser, et enfin, ce qui lui donnerait paix et harmonie intérieure »¹². Il n'est pas ici question de mener une discussion philosophique quant à l'universalité de la spiritualité constitutive de l'être humain. L'on peut noter toutefois que la dimension

⁶ Circulaire DGOS/RH4/2011/356 du 05 septembre 2011 relative à la charte des aumôneries dans les établissements relevant de la loi du 09 janvier 1986

⁷ « L'aumônerie comme fonction d'utilité collective et sociale », article cité en note 2.

⁸ « Laïcité et aumôneries hospitalières » cité en note 1.

⁹ « Le projet d'une clinique pluriconfessionnelle à Strasbourg » de Pascal BARREAU, Annette GOLL et Claude SPINGARN – Soins cadres n°93 de février 2015, dossier « Laïcité à l'hôpital ».

¹⁰ Cf. « Le projet d'une clinique pluriconfessionnelle à Strasbourg » cité en note 7.

¹¹ « Quelle place pour la spiritualité dans les soins ? » de Nicola PUJOL, Guy JOBIN et Sadek BELOUCIF – Revue Esprit de juin 2014.

¹² Voir les auteurs et textes cités en bibliographie dans « Quelle place pour la spiritualité dans les soins ? »

spirituelle, dans le champ médical, prend la forme de valeurs, d'une transcendance religieuse ou areligieuse. La dimension spirituelle bénéficie donc d'une légitimité certaine.

POURQUOI CE QUESTIONNEMENT MAINTENANT ? REPRESENTATIONS ET MECONNAISSANCE.

Mais alors pourquoi ce questionnement émerge-t-il aujourd'hui, malgré la reconnaissance de la dimension spirituelle, malgré l'historicité de la présence des aumôniers et le cadre législatif et réglementaire existant ? Puisque la place de l'aumônier auprès du patient est *a priori* admise par les équipes, pourquoi ces mêmes équipes ne s'interrogent-elles pas sur l'apport potentiel de la parole de l'aumônier ? Pourquoi ne le sollicitent-elles pas ?

De manière générale, il semble que la médecine se situe de plus en plus dans une approche et des soins techniques, et cette prédominance de la technique considérée comme garante de l'efficacité et de la performance se retrouve dans bien d'autres domaines de la société. De ce point de vue, ce qui est de l'ordre du relationnel n'est pas envisagé comme un recours possible et efficient. Le présent questionnement s'inscrit donc dans un contexte social et professionnel particulier – parfois hypertechnicisé, auquel s'ajoute un climat actuel confus et quelquefois tendu sur la place de la religion dans l'espace public. L'on peut alors imaginer des réactions négatives de soignants, repoussant d'une certaine manière le religieux, plaçant celui-ci en dehors des soins.

Les soignants peuvent également avoir une idée « limitée » du rôle de l'aumônier comme celui qui vient donner la bénédiction. Autrement dit, il y a probablement une méconnaissance de la fonction et de l'utilité de l'aumônier.

Par ailleurs, dans les services de soins aujourd'hui, pour faciliter les transmissions et répondre aux injonctions de traçabilité et de transparence, l'on fonctionne essentiellement « par l'écrit ». Or il n'y a pas d'outil de transmission prévu entre l'aumônier et l'équipe. Le soignant ne sait pas qui l'aumônier voit ni ne connaît la teneur de ses échanges, cela n'est pas écrit (précisons que ce constat n'implique pas que cela doive le devenir).

De plus, pour certains soignants, cela ne les regarde pas, c'est une relation et une histoire entre l'aumônier, le patient et la famille, quelque chose de l'ordre de l'intime, de la confiance, du secret. Par conséquent, ce serait presque faire preuve d'indiscrétion ou d'impudeur que de prendre contact avec l'aumônier au sujet d'un patient en tant que soignant. On peut donc supposer que les équipes ne sollicitent pas l'aumônier parce qu'elles ne se l'autorisent pas en raison de la confiance accordée à l'aumônier par le patient. De plus, c'est la famille qui reste l'interlocuteur du médecin dans les situations difficiles de limitation ou d'arrêt de traitements.

Tout cela pourrait expliquer que le médecin et les soignants aient peu de contact avec l'aumônier ou, en tous les cas, pas de contact qui soit formalisé. Mais faudrait-il qu'il le soit ?

DEFAUT DE COMMUNICATION / OBLIGATION DU SECRET.

Pour le demandeur, la dimension de communication entre l'aumônier et l'équipe soignante fait défaut, du moins de manière générale - car cela reste variable en fonction des secteurs et des individus, à la fois au sein du centre hospitalier dans lequel exerce le demandeur et en comparaison avec d'autres centres hospitaliers comparables. Ce qui le surprend et l'interpelle, c'est que, dans certains hôpitaux, s'ils ne participent pas systématiquement aux réunions collégiales, les aumôniers sont au moins questionnés. Leur présence et leur sollicitation ne sont pas exceptionnelles : il semble qu'il y ait une véritable intégration de l'aumônier dans les échanges avec l'équipe et au sein de l'équipe. Dans le dossier « La laïcité à l'hôpital » de Soins Cadres, l'on peut lire à ce sujet : « la mission de l'aumônier dans nos institutions s'est vécue de façon intégrée et extensive : intégrée souvent aux instances de décisions ou commissions de travail auxquelles il est convié – voire membre de droit -, extensive dans la

présence et l'accompagnement non pas des seules personnes soignées qui l'ont expressément demandé, ni des seules personnes de la même confession que l'aumônier. Ce dernier est une ressource bienvenue auprès des patients et auprès des médecins ou soignants lorsque le besoin s'en fait ressentir »¹³. Cela confirme la disparité et la variabilité de l'intégration des aumôniers dans les services de soins.

La participation de l'aumônier à des réunions soignantes pose néanmoins plusieurs questions : d'une part, cela nécessite-t-il que l'aumônier en sache plus sur le patient et sur sa pathologie ? Il semblerait, selon le demandeur, que cela ne soit pas une nécessité pour la plupart des aumôniers : une information minimale suffirait. Il faut d'ailleurs préciser que la présence de l'aumônier se place dans la rencontre, dans le moment présent, variable en fonction de la maladie et de ce que cette dernière implique chez le patient, tant au niveau physique que psychique. Par conséquent, ce qu'il apprend du patient par le patient lui-même ou de sa famille peut-il suffire ou faut-il que les soignants lui communiquent des éléments d'information complémentaires ? D'autant qu'en participant aux réunions, il entend ces informations et peut-être entend-il des informations sur des patients qu'il n'accompagne pas ? Quel impact en termes de secret médical et de responsabilité ? Cela est-il compatible avec le statut de l'aumônier ? D'autre part, quelle légitimité sera accordée aux informations transmises par l'aumônier ? Par ailleurs, le patient, dans sa relation d'échange confidentiel avec l'aumônier, souhaite-il que ces informations soient transmises ? A-t-il déjà conscience que des informations sur sa spiritualité puissent être divulguées aux équipes soignantes ? Quand le patient parle à l'aumônier, est-ce simplement pour s'exprimer, pour que ce qu'il dit soit transmis, pour que ce soit suivi d'effet ? Quel retentissement a ou aurait l'information qui provient de l'aumônier selon qu'il représente tel ou tel culte auprès de l'équipe soignante ? N'y a-t-il pas un risque d'interprétation, voire d'étiquetage du patient ? Serait-ce cohérent avec l'équité et l'égalité aux soins ? Soignerait-on de la même manière un patient croyant qui a recours à un aumônier d'un autre qui ne le fait pas ? La question de l'impact sur les soins se pose ici.

Enfin, l'obligation du secret professionnel qui incombe à l'aumônier représente une autre difficulté. Le texte « L'aumônerie comme fonction d'utilité collective et sociale » aborde la problématique de ce secret : « Il n'a pas le droit de divulguer les informations que lui communique le patient. Comment doit-il réagir face à des confidences qui peuvent être primordiales pour sauvegarder la vie de ce patient ? Le ministre du culte doit tout faire pour convaincre le patient de communiquer ces informations aux personnels soignants. » Un aumônier rapporte qu'il oriente les soignants sur des pistes de réflexion et les encourage à échanger avec le patient. Le texte se poursuit : « dans le cas où le pronostic vital du patient est engagé, l'aumônier doit parler au corps médical (ce qui peut être assimilé au "secret partagé" ou à l'"information partagée"). ». Le statut de l'aumônier permet-il d'envisager un partage de l'information ?

¹³ Cf. « Le projet d'une clinique pluriconfessionnelle à Strasbourg » cité en note 7.

II - LES PROPOSITIONS DE REFLEXION.

PENSER L'AUMONIER COMME UN « AGENT DOUBLE ».

L'article « Laïcité et aumôneries hospitalières » explicite le statut spécifique des aumôniers : « agents doubles », à la fois religieux et agents publics. « Sous l'autorité de leur église et de la direction d'établissement, ils doivent rendre des comptes à l'une et à l'autre ». Souvent et malgré les contraintes budgétaires, les aumôniers sont indemnisés par l'hôpital. « Lorsqu'ils ne sont pas salariés de l'hôpital, les aumôniers sont bénévoles ou rémunérés par leur culte. Ils ont alors un statut de collaborateur du service public mais doivent tout de même être autorisés et reconnus par la direction ». Ce double statut représente un gage de sérieux, une garantie pour les professionnels de santé qui pourraient douter de la légitimité des aumôniers. Il impose également des obligations professionnelles aux aumôniers impliquant, par conséquent, leur responsabilité personnelle et professionnelle. L'article précise : « L'activité des aumônerie n'est donc pas exempte de contrôle. Elle doit servir la laïcité et permettre l'exercice de la liberté spirituelle et religieuse des patients sans gêner l'autre ». La charte nationale des aumôneries des hôpitaux publics de 2011 rappelle et renforce ces principes fondamentaux.

De plus, au regard de l'accompagnement spirituel de l'aumônier et de ce qu'il représente, les patients disent à l'aumônier ce que parfois ils n'osent dire aux soignants (il arrive aussi que l'aumônier soit la seule personne à qui parler). Les patients imaginent et trouvent une écoute, voire une espérance auprès de l'aumônier qu'ils ne peuvent imaginer ni trouver chez les soignants puisque leurs rôles sont différents. En ce sens, cela dépasse le cadre de la religion et de la croyance ; on se situe davantage dans une relation qui pourrait être qualifiée de *proximité*. L'aumônier peut ainsi devenir un proche, un confident, voire, dans certaines circonstances, un ami. Cette place privilégiée occupée par l'aumônier pour certains patients représente une piste de réflexion à prendre en compte dans le présent questionnement : à la fois d'un point de vue institutionnel, du point de vue des patients, mais aussi du point de vue de l'aumônier lui-même afin de réfléchir à l'ajustement de sa posture. Car il s'agit bien de posture à tenir vis-à-vis du patient, des proches du patient et vis-à-vis des soignants. La proximité et l'exigence de fraternité représentent des pistes de réflexion potentielles pour l'aumônier – pour situer sa posture et la mesure qu'elle nécessite ; ces concepts sont abordés par Emmanuel HIRSCH¹⁴ citant ARISTOTE¹⁵ qui évoque de manière impérative « la juste mesure d'égards », mais également par Paul RICOEUR¹⁶ (pour qui l'autre se pense toujours-déjà en termes d'altérité et en même temps de « comme » soi-même), ou encore par Emmanuel LEVINAS¹⁷ (en référence au principe de fraternité : « le prochain est frère », « dans l'approche, je suis d'emblée serviteur du prochain », ce prochain qui « m'assigne avant que je ne le désigne » et qui « m'ordonne avant d'être reconnu »).

Le questionnement s'étend, par conséquent, jusqu'à la responsabilité de l'aumônier en tant qu'aumônier et en tant que sujet. L'aumônier ne peut-il intervenir que si le médecin ou un autre membre de l'équipe le sollicite ? Et faut-il que le cadre de communication soit formalisé et que l'intervention de l'aumônier soit systématique suivant une procédure identique à tout secteur ? Cela nécessiterait un positionnement institutionnel reconnaissant une légitimité de l'aumônier au sein de discussions soignantes alors même que celui-ci n'est pas soignant. Il nous semble nécessaire de repartir de la circulaire et de réfléchir à son appropriation par les soignants et par l'institution hospitalière. L'aumônier « éclaire » l'équipe soignante : qu'entend-on par-là ? Comment rend-on possible ce rôle à tenir ?

¹⁴ « Le devoir de non-abandon. *Pour une éthique hospitalière et du soin.* », Emmanuel HIRSCH.

¹⁵ « L'éthique à Nicomaque », ARISTOTE.

¹⁶ « Soi-même comme un autre », Paul RICOEUR.

¹⁷ « Autrement qu'être ou au-delà de l'essence » et « Ethique et Infini », Emmanuel LEVINAS.

REVENIR A LA LOI.

La loi définit la présence de l'aumônier à l'hôpital et il paraît nécessaire de revenir à cette loi. La circulaire est claire : la présence de l'aumônier est bénéfique pour tous : pour le patient, la famille, les soignants ; il apporte son concours à l'équipe soignante, il peut l'éclairer. Ainsi, la démarche de l'aumônier doit être cohérente avec la démarche de soins. Son rôle s'inscrit donc dans une perspective positive ; l'aumônier facilite la démarche de soins, il n'est pas « polémiste ». Il peut intervenir auprès de l'équipe, la circulaire le prévoit.

Pour autant, faut-il que cela soit davantage institutionnaliser et systématiser ? Ne déposséderait-on pas la loi en normalisant cette relation ? Ne déresponsabiliserait-on pas les uns et les autres en systématisant la parole de l'aumônier dans le cadre d'une procédure ? Faudrait-il qu'il écrive dans le dossier médical ? – ce qui supposerait qu'il y ait accès (ce qui n'est pas sans conséquence en termes de secret médical et en termes relationnels). L'on imagine aisément des écueils possibles, des dérives. Pourtant, lorsque la circulaire prévoit un rôle potentiel de médiation pour l'aumônier, elle sous-entend que celui-ci ait une certaine connaissance des décisions médicales par l'intermédiaire du patient. Il y a donc un certain partage du secret, du moins en partie. Néanmoins, cela se fait à l'initiative du patient – ce qui représente un élément fondamental du point de vue de l'acteur et de la responsabilité : c'est le patient qui décide de ce qu'il partage avec l'aumônier. Pour le dire autrement, la circulaire (écrite au présent) énonce ce qui est possible pour l'aumônier, les contours de son champ d'action et ses missions ; sa lecture nous rappelle que lorsque l'aumônier éclaire l'équipe soignante (*sur les implications que peuvent avoir certaines de leurs décisions au regard des convictions et pratiques religieuses des patients*), ou lorsqu'il assure un rôle de médiateur, c'est évidemment dans le respect et au bénéfice du patient (même si son utilité ne se limite pas au seul bénéfice de celui-ci) : comme le précise la charte de 2011, *l'aumônier joue pleinement son rôle d'agent public, à titre permanent ou occasionnel, en contribuant à l'amélioration du service rendu aux usagers des établissements publics de santé qui les accueillent, notamment en œuvrant à la médiation nécessaire à la bonne compréhension de l'organisation du service public par les usagers*. Mais la présente demande ne se situe-t-elle pas déjà au-delà de ce champ ? La difficulté pour le demandeur est de faire entendre son rôle et ses missions ; elle relève de la reconnaissance ou du défaut de reconnaissance (dont les raisons ont pu être supposées précédemment) qui freine, en quelque sorte, le demandeur, l'empêchant d'assurer pleinement ce rôle.

INFORMER, RE-INFORMER, POUR UNE JUSTE RECONNAISSANCE.

La charte nationale des aumôneries des hôpitaux publics indique que l'hôpital doit désigner un « correspondant laïcité » en son sein « qui doit aussi, chaque année, selon les termes de ce texte, rédiger un projet de service des aumôneries en vue d'expliquer leur mission au sein de l'établissement pour une juste reconnaissance de leur activité ». Ce projet et la réflexion qu'il appelle pourraient représenter une opportunité pour partager et porter le questionnement du demandeur à un niveau institutionnel.

En effet, une meilleure information pourrait être proposée :

- D'une part, concernant l'accès à l'aumônerie pour les patients et les familles, au-delà de la charte remise au patient (par exemple sur le site internet de l'institution) ;
- D'autre part, auprès des professionnels de santé, pour améliorer leur connaissance du champ d'action de l'aumônier. Cela pourrait permettre à l'aumônier de prendre une place que la circulaire permet mais qu'il peut pourtant hésiter à prendre au regard de la méconnaissance de celle-ci par les soignants. Car l'aumônier peut jouer le rôle d'une parole différente, une parole autre que celle du patient ou de la famille, puisqu'il cherche à faciliter la communication en répondant à un besoin du patient.

Cela suppose que l'aumônier réfléchisse à son concours et ses apports, à ce que signifie pour lui « éclairer » et aux moyens que cela implique, à sa manière de se présenter et d'échanger avec l'équipe pour contribuer à ce projet de service, pour apporter des propositions, pour ajuster son positionnement. Toutefois, cela ne peut se faire qu'au cas par cas, selon une posture mesurée, une posture ajustée à chaque situation, et qui, par conséquent, ne nous paraît pas institutionnalisable par le biais d'une procédure systématique. Au regard des textes qui encadrent les pratiques des aumôneries, il s'agit en effet pour l'aumônier :

- de prendre une posture au-delà de ses propres convictions ;
- d'adapter sa posture au cas par cas, vis-à-vis du patient et vis-à-vis de l'équipe, en fonction et dans le respect du patient.

Ce qui nécessite que les missions de l'aumônier soient connues et reconnues afin de rendre visible la possibilité d'une parole différente et éclairante, respectueuse d'une approche du patient dans sa globalité, et au service de tous.

EVITER LES GLISSEMENTS.

Différentes dérives ont déjà été rapidement évoquées dans le présent avis, relativement à la réalisation d'une procédure institutionnelle imposant la participation systématique de l'aumônier aux réunions soignantes. Il ne s'agit pas ici d'en faire une liste exhaustive mais d'en cibler quelques-unes. Si la décision médicale se doit d'être cohérente et respectueuse du patient considéré comme un sujet dans sa globalité, elle demeure une décision médicale. Certes, dans le contexte hospitalier, elle est issue d'une délibération collégiale engageant l'équipe soignante et impliquant tout avis qui pourrait l'éclairer. A ce titre, **il relève de la responsabilité du médecin de rechercher tous les éléments qui lui permettent de prendre la décision la plus adaptée. Dans ce même contexte, sans trahir le secret, il revient à l'aumônier d'apporter son concours pour améliorer la prise en charge du patient, notamment lorsque les décisions prises lui semblent particulièrement choquantes, et y compris dans la prise en charge au quotidien.**

Toutefois, bien que l'accompagnement religieux et plus généralement spirituel puisse être considéré comme une forme de prendre soin, et bien que l'aumônier soit un agent public ou un collaborateur du service public, il n'est pas un soignant au sens statutaire du terme. Sa place au sein de réunions soignantes ne semble pas envisageable de manière systématique – ce qui serait par ailleurs impossible à mettre en place au regard des effectifs impartis. Certains secteurs paraissent certes davantage concernés par ce questionnement si l'on se réfère à la littérature produite à ce sujet, en soins palliatifs par exemple¹⁸.

La systématisation et la procéduralisation des relations entre l'aumônier et l'équipe soignante pourraient engendrer une confusion des rôles, risquant de déresponsabiliser les différents acteurs, voire d'amoindrir la parole de l'aumônier.

¹⁸ Circulaire DHOS/SD 5D n°2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n°99-447 du 09 juin 1999, visant à garantir l'accès aux soins palliatifs.

Voir également, de manière plus générale, les *Carnets de l'espace éthique de Bretagne occidentale* n°2, « Spiritualité : interpellation et enjeux pour le soin et la médecine », sous la direction de Danièle LEBOUL et Dominique JACQUEMIN, consultable à l'EEHU de Lille.

Une parenthèse peut être faite à la lecture du texte de Donatien MALLET « A propos de la spiritualité : réflexions de médecins ayant une pratique en soins palliatifs »¹⁹, qui nous offre quasiment une réflexion en miroir au présent questionnement : si l'aumônier s'interroge sur sa place et celle de la spiritualité dans les soins, des soignants s'interrogent aussi sur leur place dans le cheminement spirituel du patient confronté à la maladie. Ce médecin prend la précaution de dire que ses réflexions « s'enracinent dans le champ clinique des soins palliatifs. Elles ne sont pas obligatoirement superposables à d'autres domaines de soins ». La question du sens émerge souvent lors de phases avancées de maladies létales, question réactivée « par l'expérience de la souffrance et la confrontation à la mort ». Et le médecin de constater : « Le plus souvent, nous évinçons la question par défaut de temps, choix ou par crainte et incompétence. Formés pendant de longues années dans un modèle technoscientifique, nous convertissons en mots et chiffres la demande des patients. (...) ce prisme se révèle efficace. Il entraîne très souvent la cessation de la plainte ... et de surcroît du questionnement. Et pourtant, l'échec nous menace. (...) La question du sens nous revient en boomerang. ». Dans ce contexte, il encourage à l'écoute pour entendre la plainte et l'appel et sans forcément parler (« Laissons ouvert le manque (...). Écoutons sans combler ») et à l'ouverture au récit, voire à une parole médicale « notamment lorsque se pose la question de la faute ». A l'interrogation « D'autres acteurs ont-ils leur place dans cette attention au questionnement spirituel ? », l'auteur répond : « A l'évidence oui ! Le médecin n'a aucune hégémonie à exercer. Tout soignant, psychologue, bénévole laïque, membre d'une aumônerie peut être associé à ce cheminement » - ce qui témoigne d'une reconnaissance de la dimension spirituelle et de la place des acteurs permettant de la prendre en compte. La suite est particulièrement intéressante pour la présente saisine : « Mais cette ouverture du médecin à d'autres acteurs ne doit pas signifier désintérêt ou refus d'interpellation. Il ne s'agit pas de traduire, sans attente, la question vers le psychologique ou le religieux ». C'est bien l'écueil d'une réduction de l'art médical et celui de la déresponsabilisation qui sont ici présentés - ce même dernier risque que l'on pourrait retrouver de par une procéduralisation excessive des relations. Le médecin appellerait l'aumônier pour cocher la case « dimension spirituelle » sur la *check-list* et ne se sentirait plus concerné par celle-ci, n'ayant alors qu'une vision partielle et morcelée du patient.

Evoquons un dernier glissement potentiel pour compléter l'analyse des arguments cités plus haut. Si reconnaître une place systématique pour l'aumônier au sein de la réunion soignante revenait à reconnaître une place systématique au cheminement spirituel nécessaire pour tout patient, ne tomberait-on pas dans une emprise ou un parti pris spiritualiste (voire un spiritualisme totalitaire), imposant à chacun de mener cette quête du sens. Critiquant l'argument de l'universalité de la spiritualité, l'article de Nicolas PUJOL, « Quelle place pour la spiritualité dans les soins ? », explique que : « Cette spiritualité universelle, qui favoriserait le bien-être intérieur et donnerait du sens à l'existence, est culturellement normée. (...) Cette spiritualité implique, ensuite, une culture du bien-être qui élève la paix et l'harmonie intérieure au rang de but ultime. Il faut voir comment la vieillesse, la maladie et la mort sont mises en marge de nos sociétés pour s'en persuader. La conceptualisation de la spiritualité dans le champ médical participe à sa façon au culte de l'individu performant dont la vie doit avoir un sens et qui doit mourir réconcilié et en harmonie avec lui-même ». L'article pose alors ces questions : « Quelle place cette conceptualisation de la spiritualité laisse-t-elle donc à l'altérité ? Dans sa tentative d'englober l'ensemble des démarches spirituelles, elle apparaît très ouverte. (...) Qu'en est-il de tous ceux qui ne se disent ni religieux, ni spirituels, qui n'ont jamais lu un livre consacré à la spiritualité et qui n'ont jamais ressenti le besoin de discuter de ces choses-là avec qui que ce soit ? Qu'en est-il encore de ceux qui, engagés dans une démarche spirituelle, souffrent et en font souffrir ? Qu'en est-il enfin de ceux qui doutent, qui ont perdu tout sens de la vie mais qui, en révolte, désirent vivre ce temps pleinement ? Ces représentations sont d'autant plus cruciales que l'on connaît la prétention universaliste de la représentation médicale de la spiritualité ».

¹⁹ Texte de Donatien MALLET, Valérie DUCHENE, Godefroy HIRSCH, paru dans le n°2 des *Carnets de l'espace éthique de Bretagne occidentale* cité en note 17.

CONCLUSION.

Devant le questionnement du demandeur, la commission consultative d'éthique a rappelé que la présence des aumôniers à l'hôpital s'intègre dans un cadre historique, législatif et réglementaire. Leur présence est reconnue comme une nécessité. Ils assurent un accompagnement religieux et spirituel. Leur utilité peut s'appréhender au niveau individuel et collectif. Leur présence à l'hôpital atteste de la reconnaissance de la dimension spirituelle de l'être humain et du maintien de cette dimension dans le cadre des soins ; elle témoigne d'une vision holistique de la personne soignée. Mais alors pourquoi ce questionnement émerge-t-il aujourd'hui ? Pourquoi les équipes soignantes ne sollicitent-elles pas l'aumônier ? Plusieurs hypothèses ont été émises, parmi lesquelles un contexte social et professionnel prédominé par la technique, un climat actuel confus sur la place de la religion dans l'espace public, une méconnaissance de la fonction et de l'utilité de l'aumônier, un rejet du religieux en dehors des soins, des attitudes de pudeur et de discrétion devant cette relation confidentielle et intime entre l'aumônier et le patient.

Pourtant, si l'action de l'aumônier se situe dans une relation de face-à-face, son rôle dépasse cette relation. A ce titre, dans certains établissements hospitaliers publics, les aumôniers participent à des réunions de synthèse ou réunions soignantes. Néanmoins, il existe une variabilité de situations d'intégration ou de non-intégration des aumôniers dans les services de soins. La participation de l'aumônier à des réunions soignantes pose toutefois plusieurs questions parmi lesquelles le partage de l'information médicale. Le statut de l'aumônier permet-il d'envisager d'une part le partage du secret médical, d'autre part le partage du secret de la confiance ? Le statut des aumôniers est double, à la fois religieux et agents publics. Ils sont souvent salariés de l'hôpital ou ont un statut de collaborateurs du service public, ainsi soumis à des obligations professionnelles. La charte nationale des aumôneries des hôpitaux publics de 2011 encadre les pratiques d'aumônerie, elle rappelle les principes fondamentaux de laïcité et de liberté spirituelle et religieuse. L'aumônier se place par ailleurs dans une approche de proximité, voire de fraternité, avec le patient. Ces principes peuvent aider l'aumônier à adopter une posture ajustée à chaque cas et à déterminer son niveau de relation avec l'équipe soignante, engageant sa responsabilité personnelle et professionnelle. L'aumônier ne peut-il donc intervenir que si le médecin ou un autre membre de l'équipe le sollicite ? Faut-il que le cadre de communication soit formalisé et systématique suivant une procédure identique à tout secteur ?

Pour répondre à cette question et proposer quelques pistes de réflexion éventuelles au demandeur, il nous a semblé essentiel de revenir à la clarté de la loi : la présence de l'aumônier est bénéfique pour tous : pour le patient, la famille, les soignants ; sa démarche doit être cohérente avec la démarche de soins. **L'aumônier peut donc intervenir auprès de l'équipe soignante, lui apporter son concours.** Lorsqu'il éclaire l'équipe soignante ou lorsqu'il assure un rôle de médiateur, c'est **dans le respect et au bénéfice du patient, en accord avec lui.** On peut supposer que si la circulaire prévoit un rôle potentiel de médiation pour l'aumônier, elle sous-entend un certain partage du secret. Néanmoins, c'est le patient qui décide de ce qu'il partage avec l'aumônier. Face à la difficulté qui se pose au demandeur et qui relève d'un défaut de reconnaissance le freinant dans ses missions et ses relations avec l'équipe soignante, une voie possible d'action est celle de l'information des personnes concernées aux différentes échelles institutionnelles – voie qui pourrait être exploitée en concertation avec le « correspondant laïcité » dans le cadre du projet de service des aumôneries.

De manière générale, dans le contexte que nous avons décrit, dans le respect du secret professionnel, il revient à l'aumônier d'apporter son concours pour améliorer la prise en charge du patient, notamment lorsque les décisions médicales lui semblent incohérentes, voire choquantes, y compris dans la prise en charge au quotidien. Mais il nous semble que la systématisation et la procéduralisation des relations entre l'aumônier et l'équipe soignante pourraient engendrer une confusion des rôles, une déresponsabilisation des différents acteurs, un amoindrissement de la parole de l'aumônier, une dérive vers une emprise ou un parti pris spiritualiste (voire un spiritualisme totalitaire). En tout état de cause, il relève de la responsabilité du médecin de rechercher tous les éléments qui lui permettent de prendre la décision la plus adaptée pour ses patients et donc de solliciter l'aumônier s'il l'estime pertinent. Il relève, par ailleurs, de la responsabilité de l'aumônier de proposer spontanément son éclairage s'il l'estime nécessaire.