

ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE DE L'ÉPISCOPAT

*
**

LOURDES 1982

*
**

MISSIONS SANS FRONTIÈRES

La Pastorale de la santé

PROPOSITIONS PASTORALES POUR LE MONDE DE LA SANTÉ

Texte adopté par l'Assemblée

Les évêques français, réunis en Assemblée plénière, convaincus que le monde de la santé est l'un des lieux majeurs où se dessine l'avenir de l'homme, attirent l'attention de leurs concitoyens et plus particulièrement des catholiques sur l'importance de ce qui est en jeu : conception de la vie et de la mort, sens de la dignité de l'homme et de sa place dans la société.

Conscients des progrès considérables réalisés dans les domaines de la recherche, de la thérapie et des structures d'accueil, ils tiennent à dire leur admiration pour tous ceux qui se dépensent avec ardeur au service des personnes atteintes dans leur santé.

Les conditions nouvelles qui sont, à bien des égards, celles du monde sanitaire, mental et social, leur font une obligation pressante : de rechercher avec tous les voies de l'accomplissement authentique de l'homme dans la plénitude de ses responsabilités ; de signifier, plus particulièrement en Église, et de manière visible dans la société, l'espérance chrétienne.

*
* *

Soigner, guérir, faire vivre : c'est le dynamisme propre du monde de la santé ; il procède d'un espoir et d'un amour pour l'homme. C'est là que s'enracine une pastorale de la santé.

Le Christ, en effet, manifeste un amour privilégié pour ceux qui sont les plus marqués par la souffrance physique et morale. Il desserre l'angoisse et ouvre, en dépit du mal, des chemins de liberté.

L'Église, animée par son Esprit, veut porter une attention particulière à la foule de ceux qui tendent la main pour vivre, guérir, mourir dans l'Espérance.

Dans un contexte de mutations culturelles, les chrétiens – comme tous leurs contemporains - sont souvent déconcertés et ébranlés. Affrontés à un pari audacieux, ils sont appelés à déchiffrer de façon renouvelée l'énigme et le mystère de l'homme, et à manifester la Bonne Nouvelle qui les fait vivre.

Au cœur de ces contradictions, Jésus-Christ ne s'est-il pas proposé comme Maître de Sagesse, nous révélant que salut et santé s'accompagnent l'un l'autre ?

Oui, le Jésus de l'histoire, Christ ressuscité, donne aujourd'hui lumière sur l'homme vivant.

*
* *

Dans cet esprit et dans le prolongement des travaux poursuivis depuis trois ans par la Conférence épiscopale, par les diocèses et les mouvements, les évêques adoptent les décisions suivantes :

A. L'ASSEMBLÉE PREND EN COMPTE LE RAPPORT PRÉSENTÉ PAR LA COMMISSION SOCIALE :

B. L'ASSEMBLÉE ADOPTE LES RECOMMANDATIONS SUIVANTES POUR LES PERSONNES, LES COMMUNAUTÉS, LES INSTITUTIONS :

Ces recommandations ne constituent pas un projet pastoral. Ce sont des orientations et des pistes d'action, au service des responsables et des acteurs de la pastorale de la santé. Elles sont à adapter dans chaque diocèse à la diversité des contextes et des problèmes.

1. Reconnaître la place des personnes malades et handicapées

Les personnes malades et handicapées doivent pouvoir participer à part entière à la vie des communautés chrétiennes. Elles y apportent également les valeurs évangéliques qu'elles vivent.

Les associations et les mouvements animés par les personnes malades et handicapées ont à être davantage connus et reconnus, notamment le mouvement apostolique de la « Fraternité catholique des Malades et Handicapés » (FCMH).

- Les dispositions nécessaires seront prises pour faciliter l'accessibilité de tous aux réunions liturgiques et pastorales.

- Dans la communauté ecclésiale, ces personnes doivent pouvoir exercer leurs responsabilités et donner la pleine mesure de leur compétence au sein des équipes liturgiques, catéchétiques et pastorales.

- Pour ces personnes, une meilleure possibilité canonique d'accéder aux ministères ordonnés pourrait être réétudiée.

2. Accueillir soignants et soignés en psychiatrie

Un changement de mentalité est à opérer.

- à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux pour une meilleure conscience de leur dignité d'homme et de fils de Dieu, et une reconnaissance de leur capacité à la vie de foi ;

- à l'égard des psychiatres et soignants en psychiatrie : ces personnes assurent dans des conditions très éprouvantes une forme de service qui est par lui-même en consonance avec l'Évangile.

Il en découle une série d'appels et de possibilités :

- Surmonter le soupçon mutuel entre des courants psychiatriques et certaines mentalités chrétiennes.

- Susciter le dialogue et accueillir la connaissance de l'homme acquise en ce domaine.

- Avoir le souci des familles des personnes malades, leur faciliter des regroupements pour un partage et une animation spirituelle.

- Développer l'information dans les communautés chrétiennes pour une meilleure connaissance des troubles mentaux et pour un meilleur accueil des personnes.

- Connaître et épauler les efforts déjà accomplis en ce sens sur un plan institutionnel.

3. Assurer la formation

Professionnels et bénévoles du monde de la santé doivent développer les dimensions spirituelle, psychologique et sociale qu'appelle toute véritable relation humaine. Les chrétiens doivent aussi « rendre compte de l'espérance qui est en eux ».

- Les partenaires uniront leurs efforts et leurs moyens, au plan diocésain ou interdiocésain, pour répondre aux besoins de formation initiale ou continue.
- Intégrer dans les parcours et les lieux de formation les questions concernant le monde de la santé et sa pastorale.
- Prévoir la formation de formateurs, hommes et femmes, dans les domaines de la philosophie, de la morale, des sciences humaines et des sciences sociales.

4. *Susciter des communications*

L'évangélisation du monde de la santé se réalisera d'abord par les croyants qui y rendent témoignage, soit personnellement, soit en équipes, soit en mouvements.

On encouragera notamment les échanges entre étudiants en médecine ainsi qu'entre travailleurs sociaux.

Dans chaque diocèse, on veillera à susciter une concertation plus active entre individus, groupes, mouvements et relais-santé existants.

5. *Encourager le témoignage de la vie religieuse*

Religieux et religieuses sont un signe indispensable du Royaume du Christ dans le monde de la santé.

- Que religieuses et religieux soient davantage associés à l'action pastorale de l'Église dans tous les lieux de décision : secteurs, diocèses, régions... Dans l'esprit de *Mutuae relationes*, l'implantation de religieux et religieuses se fera en accord avec l'évêque ou son délégué.
- Que soit renouvelée l'expression théologique et spirituelle de la vie religieuse apostolique dans les professions de santé.

6. *Créer des « équipes » pour l'aumônerie des établissements*

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 n'ait prévu pour eux une formation adaptée.

L'Assemblée souhaite que ces équipes se concertent avec les communautés chrétiennes et les responsables et les responsables de la pastorale de la santé.

Un guide utile pour la réalisation de ces tâches est inclus dans le rapport de la Commission et présenté à la suite de ces propositions.

7. *Adapter les institutions chrétiennes*

Dans le monde sanitaire et social, les institutions chrétiennes sont aujourd'hui moins nombreuses. On ne peut pour autant accepter leur disparition ; elles manifestent en effet institutionnellement un service de l'homme qui tient compte explicitement d'une vision chrétienne. On souhaite leur maintien et leur présence dans l'avenir, mais avec l'effort de renouveau qui s'impose.

Les institutions chrétiennes de toutes natures et de finalités différentes doivent s'adapter sans cesse à une réalité en profonde mutation, tout en restant fidèles à leurs intuitions fondatrices. C'est dans les domaines où l'homme est le plus menacé que des institutions nouvelles sont appelées à se mettre (cf. rapport de la Commission, deuxième partie, premier paragraphe, « in fine »).

8. Assumer les responsabilités sociopolitiques

a) En France

Les divers personnels de la santé sont organisés afin de défendre légitimement leurs intérêts. Ils ont toutefois à dépasser le seul aspect corporatif de leur action, alors qu'il s'agit de mieux concourir ensemble à la santé de tous ceux qui se confient à eux.

Les usagers de la santé – dont nous sommes – bénéficient d'un système de protection sociale dont on sait les enjeux et les valeurs. Cela ne dispense pas de la nécessité de gérer sa propre santé de manière responsable : le sens du bien commun doit inciter chacun à mieux la prendre en charge, y compris dans le domaine de la prévention.

Les citoyens sont appelés à participer activement à la gestion de ce système ce qui requiert l'attention des individus comme des associations. Les chrétiens seront spécialement vigilants en ce domaine où s'élaborent des réformes qui peuvent promouvoir ou réduire la liberté et la responsabilité des personnes.

b) Dans les pays du tiers monde

Le sous-développement sanitaire de ces pays ne peut laisser indifférents les Français. Il est un miroir révélateur des infirmités du système de santé dans les pays développés et une incitation à gérer celui-ci autrement.

De nombreux jeunes sont sensibles à ces questions en découvrant le tiers monde et en cherchant de nouveaux modes de vie.

Les responsables pastoraux soutiendront les services d'Église tels que le Secours catholique et le Comité catholique contre la Faim et pour le Développement, dans leurs projets « Santé-Développement » élaborés avec des partenaires du tiers monde et proposés chaque année aux communautés chrétiennes.

C. L'ASSEMBLÉE SOULIGNE L'IMPORTANCE DU DÉLÉGUÉ DIOCÉSAIN POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA PASTORALE DE LA SANTÉ

L'Église en mission dans le monde de la santé n'est pas une « Église à part » ; c'est l'ensemble de l'Église diocésaine qui en est responsable.

La pastorale de la santé ne peut exister par elle-même sans lien vivant avec l'Église locale.

Le ministère d'un délégué diocésain pour cette pastorale est donc une des fonctions importantes pour sa mise en œuvre.

La Conférence épiscopale reconnaît le profil du délégué diocésain, prêtre ou non, tel qu'il est proposé ci-après. Le ministère de ce délégué et les conditions de son exercice sont déterminés selon la nature de chaque diocèse et de ses réalités sanitaires et sociales.

C'est à l'évêque qu'il revient, avec son délégué diocésain à la santé, de mettre en œuvre les recommandations adoptées par la Conférence épiscopale.

D. L'ASSEMBLÉE ÉMET LE VŒU SUIVANT

L'Assemblée plénière, consciente de l'importance et de l'urgence des problèmes qui se posent au plan éthique, prend acte des besoins et des appels qui se sont manifestés.

L'Assemblée souhaite que, par des moyens et dans des lieux appropriés, la recherche nécessaire soit mise en œuvre sous la responsabilité du Conseil permanent.

*
* *

**LE DÉLÉGUÉ DIOCÉSAIN
POUR LA PASTORALE DE LA SANTÉ
(DDPS)**

Cf. p. 6.

*
* *

L'AUMÔNERIE D'ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

Cf. p. 8.

*
* *

**LE DÉLÉGUÉ DIOCÉSAIN
POUR LA PASTORALE DE LA SANTÉ
(DDPS)**

L'Église en mission dans le monde de la santé n'est pas une Église « à part », c'est l'ensemble de l'Église diocésaine. Car, de même que la santé n'existe pas par elle-même dans la société, la pastorale de la santé ne peut exister pour elle-même sans lien vivant avec l'Église locale.

Le DDPS (prêtre ou non) a pour tâche pratique d'élaborer avec l'évêque et ses conseils une pastorale de la santé qui tiendra compte de ce que nous avons exprimé dans le rapport « perspectives pastorales pour la santé ».

L'évêque déterminera, pour la nomination d'un délégué diocésain à la Pastorale de la Santé non-prêtre : sa place et ses relations avec les différents conseils diocésains, et les conditions de sa mission, notamment dans ses relations avec les membres du presbyterium.

Dans la mesure où ce délégué non-prêtre est entouré d'une équipe responsable dans laquelle il y a un ou plusieurs prêtres, il est nécessaire de faire apparaître le spécifique du ministère presbytéral.

À chaque diocèse d'orienter cette pastorale en fonction de ses données particulières (historiques, géographiques, ecclésiales) et de la densité du monde de la santé sur son territoire ; il n'est pas question de proposer un organigramme universel.

Cependant, l'expérience vécue depuis une dizaine d'années par des DDPS dans des contextes assez différents de société et d'Église permet de préciser la tâche missionnaire, en rappelant trois fonctions essentielles qui sont valables pour tous les diocèses :

UN SERVICE D'ATTENTION

Un service d'attention de l'Église locale à la réalité-santé (sanitaire, mentale, sociale) en perpétuelle mutation. Le délégué-santé a d'abord une fonction de « veilleur ». Il se tient au courant des projets et des réalisations nouvelles de la société, tant pour les personnels que pour les institutions, ce qui nécessite d'être en contact avec les groupes de professionnels, les administrations, les organisations de toute nature ; chacun de ces organismes a sa manière d'aborder la santé suivant sa situation et son idéologie. C'est à partir de ce donné sociétaire de la santé qu'il pourra remplir son rôle d'« éveilleur » pour l'Église, en étant attentif également à ce que l'Esprit de Dieu y a déjà fait naître.

UN SERVICE DE LA « COMMUNION ECCLÉSIALE »

C'est la mise en communication de personnes et de groupes ecclésiaux du monde de la santé qui sont situés différemment et qui ont leur originalité. Favoriser la communication signifie qu'il n'y a pas, en effet, de monopole de la présence d'Église en santé, mais qu'il y a des priorités et des choix à déterminer dans chaque diocèse et dans chaque région.

Le délégué-santé doit éviter la tentation d'être un super-aumônier de mouvement ou un coordinateur : ces attitudes entraîneraient d'une part une vision étroite de la réalité-santé, et le cantonneraient d'autre part dans le simple aménagement de l'Église déjà rassemblée. Son premier souci est de « faire exister » ce qui est le plus nécessaire aujourd'hui pour la visibilité et la crédibilité de l'Église en ce monde de la santé ; il suscite pour cela toutes les rencontres utiles.

Le service de la communion ecclésiale est la mise en communication de tous les groupes et « institutions » en santé (v.g. l'Aumônerie hospitalière) avec l'ensemble de l'Église. Comment, en effet, proclamer la Bonne Nouvelle sans une cohérence, fruit de la concertation réalisée dans les diocèses, dans les régions et au plan national ?

UN SERVICE D'ÉVANGÉLISATION

La santé est une réalité sociale avant d'être un champ d'action missionnaire. C'est pourquoi il est nécessaire de reconnaître le contexte socio-économique et culturel dans lequel elle se vit aujourd'hui ; de tenir compte du plus intime de la personne (corps, souffrance, maladie, amour, sens de la vie, sens de la mort) aussi bien que du collectif de la société (structures économiques et politiques, repères éthiques) ; de s'ouvrir au plus proche (services sociaux, établissements de soins, comités locaux de santé) comme au plus « lointain » (tiers monde, quart monde).

Il va de soi qu'un tel service d'évangélisation :

- réclame un renouvellement constant des initiatives, des modes de présence personnelle et institutionnelle (entre autres: les aumôneries des établissements de soins) et de la formation apostolique ;
- ne peut être réalisé par un homme seul : le DDPS exercera son ministère avec des personnes qui partagent sa responsabilité. Ils travailleront dans les différentes instances et conseils du diocèse.

La pastorale de la santé n'est pas un secteur supplémentaire de la mission, c'est seulement l'une des dimensions de l'action d'une Église locale.

Le monde de la santé, c'est la santé de l'homme et du monde, c'est la vie qui naît, grandit, meurt aux yeux du monde et que nous croyons ressuscitée en Jésus-Christ.

Institution d'Église, reconnue par l'État dans les établissements publics (loi de Séparation de 1905 et circulaires récentes de 1976), ou vécue dans les services privés, confessionnels ou non.

I. – ÉVOLUTIONS

L'aumônerie des établissements de soins se situe au carrefour d'une double évolution depuis une quinzaine d'années :

1. *celle des établissements* : créations et mutations des locaux, des personnels et des soins, sans oublier la croissance de demandes des soins ;

2. *celle de l'Église* : le service d'aumônerie, dès 1967 (congrès de Versailles) en fidélité au Concile Vatican II, s'est voulu davantage celui d'une communauté chrétienne, celui d'une équipe de chrétiens *avec* l'aumônier-prêtre. Cette évolution était en route bien avant la diminution effective du nombre de prêtres en activité dans les diocèses ou les congrégations.

II. – DIVERSITÉS DES SITUATIONS

En pratique, et très schématiquement, ces évolutions se traduisent de la façon suivante, modifiant profondément l'horizon antérieur, relativement stable :

1. *la diversité beaucoup plus grande des établissements*, avec développement de longs séjours (chroniques, rééducation, personnes âgées, etc.) et diminution sensible de la durée des autres hospitalisations (médecine courante, chirurgie, etc.) ; développement des médecines de bilan, des médecines ambulatoires, des hospitalisations à domicile, etc. ;

2. *le service de l'aumônerie* est vécu dans le concept ecclésial de « mentalités » religieuses extrêmement variées, sinon opposées ; mais avec des dominantes concernant les sacrements: diminution très sensible de la demande tant pour la réconciliation que pour l'onction des malades, et maintien relatif de la communion eucharistique ;

3. *d'autre part, trois groupes sociologiques majoritairement présents aujourd'hui en longs séjours* n'attendent *a priori* rien ... de l'aumônerie chrétienne : enfants et jeunes (choqués, drogués, etc.), personnes grabataires en nombre croissant, mais surtout étrangers d'autres religions de plus en plus nombreux.

III. – L'HÔPITAL, LIEU DE VIE ET DE MORT = TERRAIN DE MISSION

Les maisons de soins demeurent un lieu de combat pour la santé, et où se vivent intensément aussi bien la souffrance que la guérison, la vie que la mort (80 % de la population urbaine meurent actuellement en établissement sanitaire).

L'aumônerie doit toujours être, en ces lieux, un service de l'Église qui est le service de « visite » pouvant se prolonger en service de prière et de célébration sacramentelle, en particulier pour l'onction des malades. Ce service porte également le souci d'une action apostolique des malades entre eux et des personnes âgées entre elles.

En pratique, les efforts pastoraux se précisent dans trois directions :

1. *Communier au monde de la santé* : cette solidarité avec l'environnement du malade est nécessaire pour dépasser la « relation personnelle » qui demeure pourtant essentielle.

2. *Recherche d'équipes d'aumônerie* : c'est la volonté de réaliser une communauté où tous soient effectivement responsables (laïcs, religieuses, prêtres). Un foisonnement « d'équipes » nouvelles, de durée plus ou moins longue, de naissances rapides ou plus lentes, se manifeste actuellement.

3. *Communier à l'effort d'ensemble de l'Église*, pour éviter à l'aumônier « d'insulariser » sa pastorale. C'est une interpellation qui est adressée à toute la communauté ecclésiale, paroissiale et diocésaine. Cette sensibilisation réciproque semble progresser réellement.

IV. – VERS L'AVENIR

La nécessité d'une information des expériences, d'un discernement des situations et des responsabilités, d'une formation tant initiale (préparation) que continue, se fait jour un peu partout.

En pratique, quelques repères utiles :

1. *Des sessions, diocésaines ou régionales*, se sont bien développées ; elles réalisent information et concertation et parfois une amorce de formation. Celle-ci serait cependant à intensifier, en liaison avec des centres adaptés et bien équipés ; à noter que la demande de formation est quasi générale.

2. *Le remplacement* d'aumôniers en place ne peut plus être réalisé comme autrefois : d'autant plus que les 1 500 prêtres, dont c'est actuellement le ministère essentiel sinon unique, n'auront pas, numériquement parlant, de successeurs (de même que les 1 500 autres prêtres dont c'est un temps partiel de ministère). Le choix de prêtres, aptes aux situations nouvelles, est une nécessité.

3. *La nomination des religieuses et des laïcs* comme permanents en service d'aumônerie se réalise peu à peu. Elle nécessite discernement et formation. La progression semble encore trop lente. Le « groupe de recherche sur les ministères et charges ecclésiales des baptisés » a précisé, à ce sujet, les points d'attention qui balisent la route fort utilement. D'autre part, l'aumônerie nationale sert d'intermédiaire, en cas de besoin, pour toute démarche ou clarification de situations administratives.

4. *Les communautés chrétiennes* : mieux sensibilisées, pour une part, aux personnes malades hospitalisées, peuvent l'être davantage encore. Là aussi, des responsables de ce service seront des laïcs et des religieuses, reconnus par les ministres de la communauté.

5. *L'aumônerie hospitalière* a sa place dans la pastorale diocésaine de la santé ; elle en est l'un des partenaires, mais elle n'en est plus le seul.