

## Le domicile devient lieu de soins

Grâce aux équipes d'aumôneries, l'Eglise catholique est présente dans pratiquement toutes les institutions hospitalières. Dans les hôpitaux publics, nous vivons dans la logique de la loi de 1905, une participation aux soins reconnue et appréciée. Des postes d'aumôniers sont salariés et nous connaissons la demande de formation à la laïcité, ainsi que la réduction de ces postes salariés. La charte des aumôneries donne un cadre à notre présence en lien avec d'autres aumôneries. Dans les établissements privés, nous établissons des conventions pour préciser la nature de notre présence en proposant un projet d'aumônerie.

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 2 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.** 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.

Cette valorisation du domicile nous interpelle. Comment l'Eglise pourra-t-elle rejoindre ces personnes ? Quelle information et pour quel service ? Nous devons travailler les liens avec les professionnels du domicile (souvent libéraux). 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.

Cette place donnée à l'hospitalisation à domicile met en valeur **la responsabilité des "proches-aidants"**. Ils acceptent avec évidence cette participation aux soins (pour des malades, des handicapés et des personnes très âgées) et découvrent que la confusion entre affectivité et soins devient source de malaise et parfois de maltraitance (dans les deux sens). **La pastorale de la santé doit désormais réfléchir cette nouvelle réalité de personnes complètement dépendantes de celles qu'elles soignent, se marginalisant socialement et souvent ecclésialement.** La loi d'adaptation de la société au vieillissement (2015) commence à prendre en compte ces situations. Des mesures se mettent en place pour reconnaître un statut social et des modalités de reconnaissance. Comment nos communautés chrétiennes peuvent-elles prendre en compte ces "exclus" de la vie communautaire ?