

La Maison-Dieu, 205, 1996/1, 35-44

Alain BOURRON

L'URGENCE SACRAMENTELLE EN MILIEU HOSPITALIER *

SIGNIFIÉE la plupart du temps par la demande du sacrement des malades émanant de l'entourage du patient, l'urgence sacramentelle en milieu hospitalier ne va pas sans poser des interrogations aux équipes d'aumônerie tant par la question du sens que par celles, non moins délicates, de l'organisation de la qualification et de la disponibilité des personnes qui les composent.

Les caractéristiques liées à la notion d'urgence en général, examinée dans un premier temps, aideront à cerner les questions posées par l'urgence sacramentelle, tout particulièrement pour les urgences nocturnes.

L'urgence

C'est une réalité qui s'impose dans de nombreux secteurs de la vie sociale.

* Reproduction d'un article publié dans *AH*, 128, octobre 1990, p. 29-35, avec l'aimable autorisation du Secrétariat national des aumôneries d'hôpitaux.

Par-delà l'urgence médicale qui est une des plus perceptibles, ne serait-ce que par le passage des ambulances sur la voie publique, il en est d'autres moins évidentes, mais qui requièrent des prises de décision ou des interventions rapides : familles expulsées de leur logement, enfants en danger, placement en établissements spécialisés, problèmes de violence, difficultés de voisinage, dénuements de toutes sortes.

Lors d'un colloque organisé par Entre-temps (nouvelle appellation de l'accueil en gare) en novembre 1988 sur les « Paradoxes de l'urgence », un certain nombre de constats, issus d'une expérience longue de vingt ans, ont été établis, que je relate de façon succincte pour m'en servir ensuite comme éléments d'analyse appliqués au sujet traité.

Si une urgence apparaît, c'est l'indication qu'en amont quelque chose n'a pas fonctionné ; une défaillance a enclenché un processus qui passe plus ou moins inaperçu ou qu'on laisse se développer jusqu'à ce qu'un problème éclate avec une certaine brutalité et nécessite alors le recours à des procédures d'urgence. Cela s'illustre dramatiquement par des accidents de travail qui surviennent parce qu'on a fermé les yeux sur des situations dangereuses, des pratiques qui arrangeaient tout le monde, des fatigues accumulées jusqu'au seuil où ce que l'on refusait d'envisager se produit. De même pour des dégradations d'ordre social ou économique dont les effets se manifestent parfois plusieurs années après par des détresses de jeunes ou d'adultes auxquelles les traitements d'urgence que l'on tente d'appliquer apportent rarement des résolutions satisfaisantes. Ce qui fait dire à Jacques Ladsous, directeur du Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées : « le travail quotidien, bien fait, est la meilleure réponse à l'urgence, car il l'anticipe. »

Il faut parfois répondre immédiatement aussi vite que les procédures administratives ou les moyens techniques le permettent ; les personnes en danger physique ou moral requièrent la plupart du temps une protection sans délai. Mais en d'autres circonstances il faut se garder de vouloir répondre trop vite, de se précipiter. Patience et urgence

doivent pouvoir être conjuguées ensemble. Lise Ginchar, directrice technique de l'association Entre-temps, en a fait l'expérience, ce qui la conduit à penser « qu'il faut savoir consacrer temps et attention à la personne en difficulté pour décoder sa demande, dégager ce qui relève du besoin de ce qui appartient plutôt au registre émotionnel ; évaluer la part d'angoisse qui amplifie et dramatise les choses, les rendant insupportables dans l'instant. L'expérience nous a appris que répondre immédiatement, c'est courir le risque de passer à côté de la vraie demande. »

Le recul n'est pas toujours facile, par manque de temps, peut-être mais surtout parce qu'il est beaucoup plus facile, et même gratifiant, de céder à l'attrait du système question-réponse, demande-fourniture. L'anthropologue Jean-Loup Herbert note avec pertinence que « le plus grand paradoxe de la notion d'urgence est son pouvoir de séduction ». Et s'il est vrai que certains intervenants ou travailleurs sociaux s'épuisent et se découragent en ne traitant que des situations extrêmes, d'autres y puisent le sentiment de remplir une mission ou de tenir un rôle indispensable et même à la limite, valorisant.

Il est à noter également que les notions de vitesse et de performance (dépannages immédiats, service-minute, quick-selfs...) deviennent des repères de fiabilité : tout faire dans les délais les plus courts.

Serait-il tellement exagéré de prétendre que ce ne sont pas seulement les faits, mais aussi et peut-être davantage encore les comportements et les représentations mentales qui créent et entretiennent la notion d'urgence ?

Ces remarques d'ordre général permettent de percevoir que l'urgence sacramentelle ne constitue pas un en-soi isolé et indépendant, à l'abri de toute influence extérieure. Bien au contraire, on se rendra compte qu'elle s'inscrit dans un contexte interférant.

Si l'on garde en mémoire ces caractéristiques générales, il sera aisé d'établir maintes corrélations, justifiées ou regrettables. Cela mettra en relief, s'il en est encore besoin, que le sentiment religieux, ou, si l'on préfère,

l'expression de la foi, sont profondément influencés par le contexte socioculturel ambiant.

L'urgence sacramentelle

La demande du sacrement des malades est exprimée en termes d'immédiateté par la famille, souvent dans un climat d'inquiétude et d'angoisse. Plusieurs motivations peuvent se trouver intimement mêlées, tels le désir de « faire tout ce qu'il faut », la nécessité de rendre des comptes devant d'autres membres de la famille non présents, le besoin de se sentir écouté... la liste est non limitative, sans pour autant évacuer une foi plus ou moins explicite.

Un dialogue préalable permettra un décryptage élémentaire de la demande qui orientera la suite. Car il convient de prendre garde, en cette matière aussi, à la systématisation demande-fourniture, qui peut conduire jusqu'à une certaine dévalorisation de la célébration.

Car l'immédiateté de la réponse présente le désavantage de ne pas laisser place à une phase préparatoire, pourtant nécessaire pour ne pas verser dans la facilité du ritualisme, où chacun reste dans l'extrinsécisme, non impliqué dans ce qui se déroule plutôt que concerné par ce qui se signifie. Jacques Ellul l'a bien perçu lorsqu'il dit que « l'homme de la société technique a supprimé les délais nécessaires au rythme de la vie ; le délai pour choisir, s'adapter, se ramasser n'existe plus. La règle de vie est devenue : "Aussitôt dit, aussitôt fait." »

Afin d'éviter ce travers, on gagnerait à ne célébrer le sacrement des malades que sur rendez-vous, ce qui, dans un nombre croissant d'établissements, se pratique de plus en plus, et donne ainsi aux familles le temps de se préparer psychologiquement et de se rassembler, permettant ainsi une célébration à la fois plus humaine et plus ecclésiale.

Les orientations pastorales données par la Conférence des évêques allemande qui s'est penchée sur le sujet, vont dans ce sens, puisque le sacrement des malades ne

devrait jamais s'appliquer à un malade à l'article de la mort. « Le sacrement des malades est destiné à tous ceux qui, en raison de leur maladie ou de leur âge avancé, prennent conscience que leur vie va vers son terme et regardent en face leur état sans se réfugier dans le mensonge et l'illusion » (DC, 20 mai 1979).

Ainsi compris, ce sacrement ne devrait pas se prêter à une intervention précipitée. Cela n'est pas toujours possible : il est des personnes qui, à cause de leur angoisse ou de leur structure mentale, ne peuvent consentir à la moindre attente ; si elles s'y trouvent contraintes, il leur est demandé d'effectuer une double « conversion » : théologique pour une part, comportementale pour une autre.

Une déprogrammation théologique

Dans l'introduction à son ouvrage *Symbole et sacrement*, Louis-Marie Chauvet prévient que « l'approche proposée est inévitablement solidaire d'une certaine appréhension des rapports entre l'homme et Dieu¹ ».

Le problème réside dans le fait qu'il n'y a pas toujours identité d'appréhension entre les différentes personnes en présence. En témoigne le flottement parfois perçu dans la petite assemblée lorsque l'intervenant dit trop crûment : « Puisque le malade est inconscient, on ne va pas lui donner le sacrement des malades qui est réservé aux vivants, mais on va prier un moment auprès de lui. » Le malaise, parfois à peine perceptible, d'autres fois vigoureusement exprimé, est l'indication d'une frustration d'un rapport avec Dieu (ou tout au moins une certaine représentation de Dieu) que seul le rite accompli dans les règles et par la personne adéquate aurait permis de réaliser. La « déprogrammation rituelle » pour employer l'expression de L. M. Chauvet, est mal vécue.

L'arrivée d'un laïc à la place du prêtre provoque parfois la même interrogation inquiète. Le rite qui fait déjà partie des conduites funéraires du deuil, ne pourra être accompli

1. Paris, Éd. du Cerf, 1987, p. 9.

puisque la personne normalement requise pour la célébration fait défaut. Un élément de solution — mais cela n'est pas facile à expliciter dans le contexte qui nous intéresse — consisterait à mettre en relief la mission ministérielle confiée par l'évêque, plutôt que l'exclusive qualification sacerdotale qui apporterait un surplus d'authenticité. Mais la question a besoin d'être encore approfondie².

Une modification comportementale

« Croyants et incroyants meurent selon leur tempérament plutôt que selon leurs convictions ; les anxieux puisent dans celles-ci de nouveaux motifs d'inquiétude, et les confiants des raisons de sérénité³. »

Cette constatation souvent vérifiée, s'applique tout aussi bien à l'entourage du malade. Croyants et incroyants se comportent devant la mort prochaine de l'un des leurs selon leur tempérament plutôt que selon leurs convictions.

S'il est vrai que l'on rencontre des personnes qui font confiance à celui qui se présente, prêtre ou laïc, qui acceptent sans difficulté un changement de « programme », ou qui, ayant effectué la demande pour qu'un aumônier vienne, se sentent délivrés de toute responsabilité, à l'autre bout de l'échelle on rencontre le scrupuleux ou le rigoriste qui n'admettent pas que ce qui a été fait sans problème pour le grand-père il y a vingt ans ne puisse être réitéré de la même manière et qui remueront (ou feront remuer !) ciel et terre pour trouver un prêtre. Ces gens-là auront les plus grandes peines à comprendre que l'on puisse agir différemment, moins par option religieuse qu'en raison d'une orientation globale qui se manifeste dans l'ensemble de leur comportement.

2. Voir dans ce cahier, Jean-André NOUAL, « *Ministères et rites en pastorale de la santé* », 67-79 et, pour l'onction des malades, Pierre-Marie GY, « *La question du ministre de l'onction des malades* », 15-24.

3. Louis EVELY, *Questions de vie et de mort*, Evely, 1978.

Ces deux « conversions », théologique et psychologique, très imbriquées et fortement liées à un contexte socioculturel typé, sont parfois difficiles à conduire dans le temps réduit de l'urgence, d'autant plus que celui-ci est souvent imprégné d'une charge affective intense.

Défaillance en amont

Sans sous-estimer l'influence de ce contexte socioculturel évoqué ci-dessus, on n'oubliera pas que de telles intransigeances sont aussi liées à des carences d'information : on ne sait pas que le sacrement des malades doit se demander lorsque la personne est consciente, on ne sait pas que des laïcs reçoivent une lettre de mission approuvée par l'évêque. Et très souvent, les personnes qui, selon l'ancienne terminologie, réclament pour l'un des leurs les derniers sacrements ou l'extrême-onction, ne sont pas rejointes par la catéchèse, la prédication, les médias.

C'est pourquoi il est important d'offrir une information complémentaire sur les lieux mêmes de l'hospitalisation.

Les feuilles distribuées à l'entrée explicitant la marche à suivre donnent souvent des résultats décevants. Et certains pensent, non sans pertinence, qu'il n'est pas souhaitable de parler d'aggravation possible à des gens qui sont déjà assez perturbés par leur entrée à l'hôpital.

La collaboration avec le personnel se révèle plus efficace, car ce dernier peut renseigner avec intelligence et tact les familles dont l'interrogation est perceptible, surtout dans les grands établissements où les aumôniers ne peuvent rencontrer tout le monde.

Cela n'est possible que si l'on a des relations suivies avec les soignants et lorsque la confiance mutuelle existe. D'une manière générale, on a toujours intérêt à faire comprendre ce que l'on souhaite réaliser à tous les intervenants qui ont accès auprès du malade. Dans l'immense majorité des cas, tout le monde y trouve un avantage réel, y compris le patient.

Qu'il soit bien clair qu'en aucun cas il ne s'agit de transformer les membres du personnel en autant de

« rabatteurs », mais leur donner les éléments qui leur permettent d'informer les personnes lorsqu'il leur apparaîtra que la situation le requiert.

Certes, il y a maintenant la possibilité de recourir à l'appel à distance, le « bip ». Certains aumôniers l'ont refusé, car il présente à leurs yeux l'inconvénient d'officialiser l'urgence. On peut sans doute être « bippé » pour d'autres raisons que sacramentelles, mais selon ceux qui ont pris cette option, il est tout à fait possible de s'en passer, même s'il est gratifiant d'en être équipé. La mentalité hospitalière est déjà assez portée à privilégier la réalité de l'urgence pour ne pas lui donner matière à l'appliquer à la dimension spirituelle qui a tout à gagner à s'en départir.

Les urgences nocturnes

« Un quart d'heure de nuit vaut parfois vingt-quatre heures de jour ; chacun se livre plus facilement⁴. »

Chacun a pu faire cette expérience en se rendant la nuit dans un office : rencontre du malade et de la famille dans une ambiance différente, café bu avec le personnel de nuit, conversation tranquille dans un couloir qui, la journée, se transforme en artère d'intense circulation.

Mais la logistique peut-elle suivre ? Il est des établissements où les appels nocturnes se comptent sur les doigts d'une seule main chaque année ; des aumôneries qui sont desservies par des femmes, laïques ou religieuses, lesquelles nourrissent quelque crainte à descendre dans des parkings ou des rues désertes pour s'entendre dire (expérience vécue !) que, n'étant pas prêtre, elles ne font pas l'affaire et peuvent retourner d'où elles viennent.

Un responsable de la pastorale de la santé, dans un diocèse voisin, me disait que certaines personnes hésitent à accepter un poste à la seule évocation d'une éventuelle sortie de nuit, compte tenu de ce que le logement à l'intérieur de l'hôpital devient de plus en plus exception-

⁴ Pedro DE MECA, « L'urgence la nuit ».

nel. Il faut alors donner le numéro de téléphone du prêtre de la paroisse voisine ; s'il est absent, il faut faire le tour des paroisses avoisinantes, avec plus ou moins de succès...

Ce qui était possible autrefois l'est-il encore aujourd'hui de la même façon ? Peut-on encore assurer des présences et astreintes 24 heures sur 24, alors que le personnel des aumôneries n'est plus le même, et que les demandes deviennent de plus en plus espacées, sinon exceptionnelles ?

Cette simple interrogation ne va pas sans déclencher des protestations indignées, y compris de la part de certains soignants qui craignent d'être en première ligne pour essuyer les éventuelles protestations des familles. De plus, disent-ils, le personnel est là, jour et nuit, pourquoi pas l'aumônier ? Oui, mais le personnel est en nombre suffisant pour le faire, avec des espacements et des jours de récupération prévus en conséquence, ce qu'il n'est pas possible de faire lorsqu'une aumônerie est assurée par une ou deux personnes. Si l'on veut des gens qui soient présents à ce qu'ils font, « bien dans leur peau », passionnés par leur tâche, désireux de recevoir une indispensable formation, aussi bien initiale que continue, il faut leur ménager des temps où ils soient, physiquement et psychiquement, ailleurs. L'astreinte quasi permanente, même si les appels sont rares, n'est pas vraiment un ailleurs, à partir du moment où un lien d'asservissement, même éventuel, existe.

Une voie de résolution avait été ouverte entre l'Église, représentée par un délégué épiscopal, et une grande administration hospitalière lyonnaise lorsque tous deux avaient paraphé le texte suivant : « les urgences seront assurées durant le temps habituel de présence » (Note de service HCL du 2 mai 1983). Petite phrase, mais chargée d'implications. Démission et concession à la facilité ? Réalisme lucide, coup d'arrêt porté à la dérive du sens sacramentel ? Là encore, la réponse dépendra beaucoup des structures de représentation théologique et spirituelle de tout un chacun.

Même si l'urgence sacramentelle n'est pas un problème majeur dans l'Église aujourd'hui, il serait dommage de ne pas prendre en compte l'évolution du contexte ecclésial et hospitalier. Ce sera là un révélateur de méthodologie. Abordera-t-on la question avec des principes préalables qui constitueront déjà une réponse non révisable, ou saura-t-on faire preuve de cette souplesse pastorale et d'adaptation logistique pour trouver des *modus vivendi* adaptés aux personnes et aux circonstances ? Plus qu'un simple aménagement apporté à la question ponctuelle, c'est une philosophie du fonctionnement qui est impliquée.

Alain BOURRON