

Critères de qualité de l'aumônerie en milieu de santé

(Pierre-Yves Brandt, Université de Lausanne)

Les organisateurs de ces journées de réflexion m'ont demandé d'intervenir brièvement sur le thème des critères de qualité de l'aumônerie en milieu de santé. Chercher à formuler des critères de qualité de l'aumônerie est le signe qu'il ne suffit plus de dire que l'on est l'aumônier ou aumônière mandaté par une Église pour être reconnu sans condition comme légitime. Depuis les années 60, le paysage religieux s'est progressivement transformé en Suisse. Aujourd'hui, dans ce pays, les Églises historiques protestantes et catholique ne peuvent plus se prévaloir de l'exercice d'une autorité religieuse incontestée. Face à l'opinion publique, elles doivent apporter la preuve de la qualité de leurs activités au service de la population. Cette démarche peut être ressentie comme une obligation malheureuse. Pourquoi ne nous ferait-on pas simplement confiance peuvent penser certains ? Pour ceux qui abordent la question des critères de qualité avec cette disposition d'esprit, la formulation de critères se présentera principalement comme une démarche défensive : on n'en voit pas l'intérêt pour soi et l'on se contente de chercher les formules adéquates pour convaincre de possibles détracteurs. Ce matin, je vous propose d'adopter une autre attitude et de considérer la formulation de critères de qualité comme une opportunité pour réfléchir à la mission d'aumônerie dans le monde de la santé. C'est une occasion pour s'arrêter et examiner ensemble ce que nous faisons dans nos services d'aumônerie.

Avant de formuler une série de critères, je vais commencer par rappeler brièvement quelques aspects de l'évolution du métier d'aumônier durant ces dernières décennies. Cette évolution résulte d'une part aux transformations du paysage religieux en Suisse et, plus largement, dans les pays occidentalisés. Elle est aussi consécutive de transformations sociales qui dépassent le cadre religieux et touchent le rapport à la santé, à la fin de vie et à la mort. Après ces considérations contextuelles, je formulerai quelques critères de qualité de l'aumônerie qui me paraissent principaux, sans prétendre à l'exhaustivité. En effet, le temps imparti pour mon exposé ne me permet pas d'énumérer en détail tous les critères dont il faudrait tenir compte. Ce n'est pas grave : je vous signalerai quelques documents où vous pourrez trouver des informations plus complètes. Mon objectif est plutôt de stimuler votre réflexion et de vous donner des pistes pour tester la qualité d'un service d'aumônerie que vous connaissez, voire de celui dans lequel vous travaillez.

1. Trois thématiques issues de la transformation du métier d'aumônier

Commençons donc par évoquer comment quelques déplacements d'enjeux de société touchant les thématiques de la santé et de la religion ont provoqué une transformation du métier d'aumônier. J'en mentionnerai trois.

1.1. La désaffiliation religieuse

La proportion de la population qui est formellement affiliée à aux Églises historiques ou qui se déclare protestante ou catholique est en constante diminution en Suisse depuis plusieurs décennies. Une proportion grandissante de la population se dit sans appartenance religieuse. Aujourd'hui en Suisse, la majorité de la population ne s'identifie plus à une institution religieuse et appartient à la catégorie de ce que les sociologues désignent comme des « distanciés »¹.

Conséquences : pour la majorité de la population, l'aumônier ou l'aumônière ne joue plus le rôle de référent spirituel.

- Il/elle n'est pas le pasteur ou le prêtre de tous les patients ou résidents avec lesquels il/elle entre en contact ;
- Nous ne vivons plus dans une société où la vision du monde chrétienne constitue le cadre de référence religieux normatif ; dans la plupart des cas, l'aumônier ou l'aumônière ne partage pas la même vision du monde que le patient ou le résident qu'il/elle visite.

1.2. Soin global (Global care)

Suite aux progrès de la médecine qui ont permis le rallongement de l'espérance de vie, la tâche des institutions de santé a renforcé le *care* par rapport au *cure* :

- La prise en soins hospitalière a ajouté aux soins aigus les soins palliatifs et les traitements de longue durée avec alternance de séjour à domicile et à l'hôpital (cancer, maladie dégénératives,...)
- Le vieillissement de la population a multiplié les places de résidents en EMS

Conséquences : on a intégré dans les soins prodigués par les prestataires de soins, notamment en institution, des besoins de plus en plus larges, en vue d'une prise en soins plus globale. Il en a résulté que :

- la prise en compte des besoins spirituels n'est plus réservée aux aumôniers mais est considérée comme intégrée à l'activité du personnel soignant ; cela dépend bien sûr d'une unité à l'autre de l'hôpital.
- En soins palliatifs, on a même défini que le spiritual care est assuré par l'ensemble de l'équipe. Le document « Spiritual care en soins palliatifs : Directives pour une pratique interprofessionnelle » (2018) publié par « palliative.ch » précise : « Tous participent à la tâche commune de tenir compte, chacun d'une manière particulière, de l'ensemble des facteurs qui impactent les propositions thérapeutiques et les décisions », donc y compris les facteurs religieux et spirituels () ; en plus, « il y a les formes spécialisées de

¹ Stolz, J., Könemann, J., Schneuwly Purdie, M., Englberger, T., & Krüggeler, M. (2015). *Religion et spiritualité à l'ère de l'ego : Profils de l'institutionnel, de l'alternatif, du distancié et du séculier*. Genève : Labor et Fides.

spiritual care, telles celles de l'aumônerie » qui doit en plus assurer la communication et la collaboration dans ce domaine... » (p.14) ,

- La collaboration interprofessionnelle pour le « spiritual care » du patient ou du résident devient donc une nécessité.

1.3. Enjeux éthiques autour de la fin de vie

Le rallongement de la vie de la durée de vie confronte de plus en plus de personnes et leurs proches à l'obligation de communiquer au monde médical leurs volontés concernant l'accompagnement souhaité en fin de vie. Cela les place devant l'obligation de prendre des décisions mobilisant des enjeux éthiques : faut-il me réanimer si je perds connaissance ? Faut-il recourir à une transplantation d'organe ? Vaut-il la peine de tenter cette nouvelle chimiothérapie ? Les enjeux éthiques se déploient entre acharnement thérapeutique d'un côté et euthanasie ou aide à mourir de l'autre côté. Beaucoup plus que par le passé, des patients et des proches de patients sont amenés à prendre de décisions qui les confrontent à des enjeux éthiques complexes. De ce fait, beaucoup plus que par le passé, des patients et des proches ont besoin d'accompagnement pour pouvoir prendre ces décisions. Les aumôniers et aumônières font partie des personnes qui sont sollicitées pour cet accompagnement, car la manière de se positionner par rapport à des enjeux éthiques dépend de la vision du monde que l'on a, de la représentation que l'on se fait de la mort et de l'après-mort, du sens de la vie. Cependant, puisque la vision du monde chrétienne n'est plus la norme admise globalement dans la société, l'aumônier ne partage pas forcément la même vision du monde et les mêmes représentations de la vie et de la mort que les patients et ses proches.

Conséquences : L'aumônier n'est plus appelé pour fournir la réponse éclairée à la question éthique qui se pose, mais éventuellement sollicité pour participer à l'accompagnement de processus de décision.

- Il ne suffit pas d'avoir une bonne formation en éthique chrétienne
- il faut pouvoir entrer dans la vision du monde du patient et/ou de ses proches et accompagner un processus centré sur le système de valeurs du patient et/ou de ses proches
- l'aumônier ou l'aumônière passe du statut d'autorité spirituelle à celui d'expert en matières religieuses et spirituelles.

Sur la base de ces observations, il apparaît que l'aumônerie ne jouit pas du même statut que le médecin ou les soignants par rapport au patient ou au résident. Le médecin ou les soignants jouissent d'un statut d'autorité : ils ont la connaissance des interventions thérapeutiques qui peuvent être menées. Ils ont la maîtrise de la prise en soins. Leur contester cette maîtrise, c'est prendre le risque de ne plus bénéficier de la prise en soins. L'aumônier ou l'aumônière ne jouit de ce statut que pour une petite partie des patients ou résidents et de leurs proches. De ce fait, les compétences attendues des intervenants de l'aumônerie ne se limitent pas à la

mobilisation de contenus religieux dont ils auraient l'expertise, mais supposent une grande flexibilité pour entrer dans le système de pensée de ceux et celles que l'on rencontre.

Qu'en est-il alors des critères qui doivent être considérés pour déterminer de la qualité des prestations fournies par une aumônerie hospitalière et, plus largement en milieu de santé ?

2. Critères de qualité : trois lignes de force

A partir des observations présentées jusqu'ici, j'aimerais souligner trois lignes de force. Ce sont trois critères principaux qui permettent de vérifier que l'aumônerie s'est ajustée aux transformations du métier résultant des évolutions de société afin que les patients et les résidents puissent continuer d'être rejoints là où ils en ont besoin.

2.1. Des compétences spécifiques dans le domaine religieux et spirituel

Comme par le passé, l'aumônier ou l'aumônière doit disposer d'une expertise dans le domaine religieux et spirituel. On ne peut pas se contenter d'engager à l'aumônerie des personnes formées à l'écoute (soignants ou non) qui n'auraient pas une formation dans le domaine des croyances et pratiques religieuses. On risque sinon d'avoir une écoute qui manque de recul critique par rapport à ses propres références religieuses et spirituelles et par rapport à celles invoquées par le patient ou le résident, ses proches, le personnel, etc. Pour disposer de ce regard critique, cela suppose que les personnes engagées à l'aumônerie ont appris à analyser et situer dans un développement historique leurs propres croyances et pratiques en celles de leur entourage. Cela suppose aussi une bonne connaissance du paysage religieux et spirituel suisse. Il s'agit de pouvoir situer le système de croyances et pratiques des personnes que l'on rencontre. Un critère de qualité est lié au niveau de formation dans le domaine théologique et des sciences des religions dont disposent les personnes travaillant à l'aumônerie. On peut mesurer ce niveau et l'élever par des formations continues et des journées comme celle-ci.

2.2. Collaboration interprofessionnelle

Un deuxième critère qui me paraît très important est celui de la collaboration interprofessionnelle. On ne peut plus se contenter d'avoir les aumôniers et aumônières qui travaillent en solitaires, sans contacts et échanges avec le reste du personnel aidant et soignant qui participent à la prise en soin du patient ou du résident. Sinon, l'aumônerie risque de devenir une prestation réservée à quelques initiés si elle travaille isolée du reste du personnel soignant. Car, dès le moment où l'ensemble de l'équipe soignante est susceptible de prendre en considération les croyances et pratiques du patient, d'écouter l'expression de ses convictions mais aussi de ses doutes et de ses conflits intérieurs, un manque de communication entre aumônerie et personnel soignant risque d'être préjudiciable au patient. En effet, puisque le personnel soignant a moins d'expertise dans ce domaine, l'absence de collaboration avec l'aumônerie l'empêchera de bénéficier de ses éclairages. Dans cette

perspective, il faut considérer que l'aumônerie peut émettre dans certains cas et dans l'intérêt du patient (*patient advocacy*) des recommandations sur des priorités à considérer par rapport au plan de soins. L'existence d'une collaboration interprofessionnelle effective est donc un critère de qualité. Elle se caractérisera entre autres par :

- des initiatives régulières de la part de l'aumônerie pour se rendre visible auprès du personnel de l'hôpital ou de l'EMS et faire connaître ses prestations
- une transmission interprofessionnelle de qualité, c'est-à-dire dans un langage compréhensible pour les membres du personnel auxquelles elle est destinée, aussi bien par oral que par écrit (notes au dossier)

2.3.Aspects éthiques

Un troisième critère est celui de l'accompagnement des décisions de choix de traitement ou d'arrêts de traitement. L'aumônerie n'est pas la seule à être impliquée dans de telles délibérations. Les hôpitaux et le système de santé de manière plus générale disposent d'éthiciens qui ne sont pas forcément des théologiens ou des représentants de traditions religieuses. La délibération philosophique a toute sa place dans ce domaine. Cependant, le respect des convictions religieuses ou spirituelles des patients et/ou de leurs proches amène souvent l'aumônerie à accompagner un patient, sa famille ou les équipe soignantes avant, pendant et/ou après une prise de décision qui a mis en jeu les convictions intimes de la personne. Un critère pour caractériser la qualité d'un service d'aumônerie consistera donc dans sa capacité à accompagner des prises de décisions mobilisant des enjeux éthiques. Cela peut se dérouler soit :

- dans l'entretien individuel avec un patient, un médecin ou un membre du personnel soignant
- dans l'accompagnement des proches, individuellement ou collectivement
- par la participation à une délibération d'équipe soignante avant une prise de décision
- par la modération d'un groupe de parole après une prise de décision.

3. Référentiel de prestations et critères de qualité

Ces trois lignes de forces ne suffisent pas à couvrir tous les aspects de ce qui fait la qualité d'un service d'aumônerie. Tout d'abord, parce que l'aumônerie ne doit pas se limiter à être excellente dans ce qui fait sa spécificité, mais qu'elle doit aussi être de qualité dans des compétences qu'elle partage avec tous les membres du personnel, comme p.ex. les compétences d'écoute et de conduite d'entretien centré sur le patient. Ensuite, l'énoncé des critères selon les trois thèmes de la formation au regard critique dans le domaine religieux et spirituel, de la collaboration interprofessionnelle et de l'éthique doivent être déclinés de manière plus détaillée. D'autres s'y sont essayés récemment.

Je vous propose d'enrichir les critères qui peuvent être dégagés de la réflexion que j'ai conduite jusqu'à présent en les comparant au « Référentiel de prestations et critères de qualité : Aumônerie dans les hôpitaux » (2019) de la Conférence interconfessionnelle du canton de Berne.²

Je n'ai pas le temps de vous le présenter en détails (sa structure est décrite en annexe), mais je vous propose d'en examiner les grandes lignes et de voir comment s'y situent les trois thématiques que j'ai énoncées.

4. Comparaison avec les trois thématiques que j'ai évoquée

Dans le tableau 1, la colonne du milieu présente les critères proposés par le « Référentiel de prestations et critères de qualité » de la Conférence interconfessionnelle du Canton de Berne (2019). Ils sont regroupés en quatre indicateurs (colonne de droite). La colonne de gauche présente en couleur noire les critères issus des trois thèmes liés à la transformation du métier d'aumônier et en couleur rouge ceux que je propose d'ajouter suite à la comparaison avec la liste du document bernois de 2019.

Considérons le premier indicateur « Qualité structurelle de l'aumônerie » :

- Concernant *les compétences des aumôniers et aumônières*, on peut mettre en parallèles les compétences dans le domaine religieux / spirituel, dans le domaine éthique et dans le domaine de l'écoute (capacité d'entrer dans le monde de l'autre, écoute centrée sur le patient) avec les compétences professionnelles (1.1) et spirituelles (1.2) du référentiel.
- En plus, le référentiel mentionne des compétences personnelles (1.3). Cela n'est pas spécifique à l'aumônerie : dans n'importe quel métier, la qualité des prestations dépendra aussi des compétences personnelles de ceux et celles qui fournissent ces prestations.
- Le référentiel ajoute le critère de la reconnaissance ecclésiale et celui de la visibilité structurelle de l'aumônerie dans l'institution hospitalière. Ces critères ne caractérisent pas la valeur intrinsèque des prestations fournies, mais leurs chances de pouvoir être délivrées sans obstacle institutionnel. Il vaut effectivement la peine de se préoccuper de ces aspects, même s'ils concernent plus des questions de politique institutionnelle que de qualité de l'activité réalisée par les aumôniers et aumônières.

² Ce référentiel peut être téléchargé en français et en allemand. On peut y accéder par le lien suivant : <https://www.spitalseelsorgebern.ch/fr/qui-sommes-nous>. Il est aussi téléchargeable sur le site de la « Spital- und Klinikseelsorge » de la « Katholische Kirche im Kanton Zürich » <https://www.spitalseelsorgezh.ch/medizin-seele/spiritualitaet-und-religion/kompetenzen-seelsorge> . Autre document publié par les Églises réformées des cantons de St-Gall et d'Appenzell : « Spital-, Klinik- und Heimseelsorge : Leistungsprofil und Qualitätsstandards », accessible sur <https://www.ref-sg.ch/palliative-care.html>.

Tableau 1 : Mise en parallèle des critères proposés par la Conférence interconfessionnelle du Canton de Berne (2019) et ceux issus de la comparaison avec les trois lignes de force caractérisant la transformation du métier d'aumônier (Brandt)

Conférence interconfessionnelle BE, 2019		3 lignes de force (Brandt)
1. Qualité structurelle de l'aumônerie	1.1. Compétences professionnelles	Compétences dans le domaine R/S Formation en théologie et SR Connaissance paysage religieux CH Compétences éthiques Compétences d'écoute
	1.2. Compétences spirituelles	
	1.3. Compétences personnelles	
	1.4. Reconnaissance de ministère	
	1.5. Conditions externes	
2. Qualité des processus de l'aumônerie	2.1. Établir la relation	
	2.2. Intégration de la dimension R/S	Approche intégrative Accompagnement des prises de décisions avec enjeux éthiques
	2.3. Collaboration	Collaboration interprofessionnelle: Transmission interprofessionnelle
	2.4. Secret professionnel	
3. Critères d'évaluation externes applicables aux contrôles de la qualité	3.1. Les aumônières/aumôniers ...	Accessibilité géographique et temporelle Collaboration interprofessionnelle: Se faire connaître auprès du personnel Développement professionnel (supervision, formation continue)
	3.2. Les patients et patientes et leurs proches ...	
	3.3. Les collaboratrices et collaborateurs de l'institution ...	
	3.4. L'institution ...	
	3.5. Les Églises et les communautés israélites ...	
4. Critères d'évaluation internes des contrôles de la qualité	4.1. Critères mesurables	Conduite d'activités de recherche
	4.2. Contrôle de la qualité fondé sur l'indication interprofessionnelle des besoins spirituels	
	4.3. Contrôle de la qualité du résultat	

R/S = religion/spiritualité ; SR = sciences des religions

Considérons le deuxième indicateur « Qualité des processus de l'aumônerie » :

- Il rejoint la thématique des compétences d'écoute et d'accompagnement par le point parlant de la capacité à établir la relation avec des interlocuteurs (2.1) et il rejoint la thématique de la collaboration interprofessionnelle par le point de la collaboration (2.3).
- Le point 2.2 souligne un point qui n'a pas encore été mentionné : la dimension intégrative du spiritual care. C'est un critère de qualité très important de participer à une approche globale, intégrative de la personne souffrante et de ne pas aborder la dimension spirituelle de manière séparée du reste de la prise en soins.

Considérons le troisième indicateur « Critères d'évaluation externes applicables aux contrôles de la qualité » :

- Les points 3.1 à 3.4 touchent un point important : Les aumôniers et aumônières doivent être facilement identifiables et on doit savoir comment les atteindre quand on en a besoin. Ces points, y compris le point 3.5, rejoignent en partie la collaboration au sens où ils en qualifient les conditions de réalisation. Mais ils pointent aussi un autre point, celui de l'accessibilité. C'est un critère de qualité qu'il faut ajouter à la liste que nous avons constituée jusqu'à présent : l'aumônerie doit être facile à joindre et on doit savoir en tout temps comment et quand on peut l'atteindre et faire appel à ses services. Cela comprend l'organisation d'un service de garde qui fonctionne bien.
- Le point 3.1 évoque aussi le développement professionnel des aumôniers et aumônières par le biais de la supervision et en nourrissant sa propre spiritualité alors que le point 3.5. insiste sur l'allocation de moyens financiers pour couvrir les coûts de supervision et de formation continue. C'est un critère important : il s'agit de favoriser le développement professionnel des aumôniers et aumônières. Une aumônerie de qualité se caractérise par le fait que ceux qui y travaillent continue d'être dans un processus de formation.
- Les points 3.4 et 3.5 rejoignent aussi les aspects de reconnaissance et de statut déjà mentionnés.
- Le point 3.5 évoque aussi discrètement la question du suivi des besoins d'accompagnement entre séjour hors de l'hôpital et séjour à l'hôpital. Nous y reviendrons.

Considérons le quatrième indicateur « Critères d'évaluation internes des contrôles de la qualité » :

- Les trois points mentionnés ici invitent à mettre en place des moyens de récolter des données sur l'activité de l'aumônerie afin d'évaluer la qualité de ses prestations. C'est un critère de qualité qu'on peut ajouter : l'aumônerie conduit des activités de recherche pour évaluer la qualité de son activité.

Après cette mise en parallèle, je veux souligner comme critères de qualité supplémentaires particulièrement importants ceux qui concernent les thématiques suivantes :

- L'approche intégrative de la spiritualité
- L'accessibilité de l'aumônerie
- Le développement professionnel des aumôniers et aumônières (supervision, formation continue)
- La conduite d'activités de recherche

Je vous propose de les ajouter aux trois thématiques par lesquelles j'ai commencé cet exposé.

5. Comparaison avec une grille de critères pour décrire des centres de santé

Après cette mise en parallèle des critères énoncés pour une aumônerie hospitalière en Suisse, il m'a paru intéressant de comparer le résultat obtenu avec une grille de critères de qualité construite pour décrire des services qui ne sont pas des aumôneries mais qui sont tout de même actifs dans le monde de la santé. Il s'agit de centres de santé primaires communautaires. Ces critères de qualité ont été publiés sur le site de la « Fédération des maisons médicales » en 2011 par le docteur Hubert Jamart³. Cette fédération belge regroupe 130 structures de première ligne dans lesquelles des équipes pluridisciplinaires (médecins, kinésithérapeutes, infirmier·e·s, accueillant·e·s, gestionnaires, travailleur·euse·s sociaux·ales, psychologues, diététicien·ne·s, dentistes, ...) fournissent des soins de santé⁴. Hubert Jamart énonce 8 critères de qualité qui sont reporté dans la première colonne du tableau 2. La deuxième colonne reprend les critères de la Conférence interconfessionnelle du Canton de Berne (2019). Quant à la troisième colonne, elle présente en couleur noire les critères issus des trois thèmes liés à la transformation du métier d'aumônier enrichis par la comparaison avec la liste du document bernois de 2019 et en couleur rouge ceux que je propose d'ajouter suite à la comparaison avec Jamart (2011).

Similitudes

On retrouve chez Jamart (2011) des critères déjà mentionnés jusqu'à présent : les compétences professionnelles du personnel, la collaboration interprofessionnelle, une approche intégrative qui résulte de cette collaboration, l'accessibilité spatiale et temporelle. Nous ne nous étendrons pas sur ces thèmes.

Différences

A ces points communs, Jamart (2011) ajoute l'accessibilité financière. Transposée à l'aumônerie en milieu de santé, cela veut dire que ses prestations ne devraient rien coûter aux patients ou résidents. Jamart ajoute dans ce sens un critère de non-discrimination : tout

³ « Critères de qualité pour décrire des centres de santé primaires communautaires » proposés par le docteur Hubert Jamart (Santé conjugulée n° 56 - avril 2011), article accessible le 22 janvier 2024 par <https://www.maisonmedicale.org/criteres-de-qualite-pour-decrire/>

⁴ Cf. site <https://www.maisonmedicale.org/maison-medicale/> consulté le 22 janvier 2024.

patient devrait pouvoir accéder aux prestations de l'aumônerie. C'est un critère qui pourrait être ajouté sur la base d'un principe d'équité.

Tableau 2 : Mise en parallèle des critères proposés par Jamart (2011), la Conférence interconfessionnelle du Canton de Berne (2019) et ceux issus de la comparaison avec les trois lignes de force caractérisant la transformation du métier d'aumônier (Brandt)

Jamart, 2011	Conférence interconfessionnelle BE, 2019	3 lignes de force complétées (Brandt)
1. Qualité des soins	Compétences professionnelles (1.1), spirituelles (1,2), personnelles (1.3), Établir la relation (2.1)	1. Compétences R/S (1.1) d'écoute (1.2), éthiques (1.3)
	Compétences personnelles (1.3), Reconnaissance (1.4), Conditions externes (1.5)	
2. Travail en équipe pluridisciplinaire	Collaboration au sein de l'institution (2.3)	2. Collaboration interprofessionnelle
	Secret professionnel (2.4)	
3. Finalité publique : équité, non-discrimination		4b. Accessibilité : non-discrimination (4.2)
4. Accessibilité financière, géographique, acceptabilité	Les points 3.1 à 3.4 des critères d'évaluation externes	4a. Accessibilité géographique et temporelle (4.1)
5. Intégration des activités	Intégration de la dimension R/S (2.2)	3. Approche intégrative (3.1) Accompagnement des prises de décisions avec enjeux éthiques (3.2)
6. Participation des patients		[Faut-il en faire un critère? Comment?]
7. Action sur les déterminants sociaux de la santé		[Faut-il en faire un critère? Comment?]
8. Articulation avec les autres acteurs du système de santé	Les Églises soutiennent collaboration avec les paroisses (3.5)	5. Transitions : Suivi entre domicile et séjours hospitaliers
	Les Églises allouent des ressources pour supervision et formation (3.5)	6. Développement professionnel (supervision, formation continue)
	Critères d'évaluation internes pour contrôle de qualité	7. Activités de recherche

Parmi les thématiques nouvelles qui apparaissent, certaines font apparaître des aspects qui ont tendance à rester dans l'ombre. Je soulignerai tout particulièrement l'articulation avec les

autres acteurs du système de santé. Transposé dans le cas de l'aumônerie, il s'agirait de considérer l'articulation avec les autres acteurs de l'accompagnement spirituel et plus largement tous les acteurs fournissant des ressources religieuses et spirituelles dans la société. Je pense ici tout spécialement aux transitions entre domicile et hôpital. Comment les besoins spirituels, par exemple d'accompagnement spirituel, identifiés lors du séjour en hôpital sont-ils communiqués à des partenaires de terrain susceptible de poursuivre l'accompagnement à domicile lorsque la personne rentre chez elles. Je proposerais d'inclure dans les critères de qualité le suivi entre domicile et séjour en institution de soins.

Deux autres critères restent encore à examiner : la participation des patients et l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Comment ces critères pourraient-ils se transposer à l'aumônerie ?

Faut-il envisager le travail d'aumônerie comme partie prenante d'une démarche qui tend à rendre le *patient partenaire* de traitement, co-constructeur de son plan de soins ? Je vous livre la question, sans me prononcer pour savoir s'il faudrait évaluer la qualité de l'aumônerie à partir de sa capacité à rendre les patients participants de leur prise en soins et de l'accompagnement spirituel qui leur est offert.

De même pour ce qui concerne *l'action sur les déterminants sociaux de la santé*. L'aumônerie devrait-elle plus explicitement interpeller les décideurs de la politique de santé sur la base de son expérience au contact des patients et des soignants ? Durant ces « Journées œcuméniques », plusieurs ont évoqué le fait que les Églises pourraient apprendre beaucoup de ce que les aumôniers expérimentent en accompagnant les patients et leurs proches ainsi que les soignants. Là aussi, je vous livre la question. Faut-il s'inquiéter d'une aumônerie qui fonctionnerait en vase clos, sans démarches pour aider les Églises et la société civile à réfléchir à ce qu'est la santé ainsi que l'accompagnement de la maladie et du vieillissement ? Faudrait-il dès lors faire de la présence ou de l'absence de démarches orientées vers les acteurs religieux et politiques un critère de qualité de l'aumônerie d'un hôpital ou d'un établissement pour personnes âgées ? Ou est-ce par d'autres moyens, au travers de l'APA que de telles actions pourraient être menées par les aumôneries ? Cela mérite certainement d'y réfléchir.

Conclusion

En conclusion, voici donc les critères de qualité que je vous propose de retenir comme particulièrement spécifiques d'un service d'aumônerie :

1. les compétences professionnelles des aumôniers et aumônières dans les domaines de la religion et de la spiritualité, de l'éthique, de l'écoute
2. la collaboration interprofessionnelle
3. l'intégration de la spiritualité dans une approche biopsychosociale et spirituelle de la personne

4. l'accessibilité spatiale et temporelle de l'aumônerie pour tous les bénéficiaires de soins sans discriminations
5. le suivi des patients lors des transitions entre domicile et milieu de santé (et entre hôpital et retour à domicile)
6. le développement professionnel (supervision, formation continue) des aumôniers et aumônières pour améliorer leurs compétences
7. la mise sur pied de recherche pour évaluer la qualité des prestations que l'on fournit.

Cette liste n'est pas exhaustive, mais il peut être stimulant d'examiner vos services d'aumônerie à l'aide de ces critères. Est-ce que le thème dont parle tel ou tel critère est présent ou absent dans l'aumônerie ? Si oui, avec quel niveau de qualité ?

Annexe

Structure du « Référentiel de prestations et critères de qualité : Aumônerie dans les hôpitaux » publié par la Conférence interconfessionnelle du Canton de Berne (2019)	
1. Qualité structurelle de l'aumônerie	1.1 Compétences professionnelles des aumônières et des aumôniers
	1.2. Compétences spirituelles des aumônières et des aumôniers
	1.3 Compétences personnelles des aumônières et des aumôniers
	1.4. Reconnaissance de ministère dans les Églises nationales et la communauté israélite
	1.5. Conditions externes : mandat clair, visibilité dans l'organigramme de l'institution, locaux appropriés...
2. Qualité des processus de l'aumônerie	2.1. Établir la relation (capacité à entrer en relation...)
	2.2. Intégration de la dimension religieuse, spirituelle
	2.3. Collaboration au sein de l'institution
	2.4. Secret professionnel et discrétion en matière d'accompagnement spirituel (devoir de discrétion)
3. Critères d'évaluation externes applicables aux contrôles de la qualité	3.1. Les aumônières et les aumôniers sont joignables, tiennent un rapport d'activité, sont supervisés, nourrissent leur spiritualité, collaborent...
	3.2. Les patients et patientes et leurs proches connaissent les services de l'aumônerie, les utilisent, y trouvent une aide, sont reconnus dans leur dignité...
	3.3. Les collaboratrices et collaborateurs de l'institution connaissent l'aumônerie, s'y adressent, collaborent...
	3.4. L'institution reconnaît l'aumônerie, met à sa disposition des locaux adéquats...
	3.5. Les Églises et les communautés israélites reconnaissent l'aumônerie comme élément à part entière de leur mission, s'informent, soutiennent collaboration avec paroisses, allouent des ressources pour la formation, la supervision...
4. Critères d'évaluation internes des contrôles de la qualité	4.1. Critères mesurables : développement d'instruments de recherche pour mesurer la qualité de ses activités
	4.2. Contrôle de la qualité fondé sur l'indication interprofessionnelle des besoins spirituels : la qualité de l'accompagnement spirituel peut être évaluée en trois étapes : «détermination des besoins – soutien spirituel approprié – contrôle»
	4.3. Contrôle de la qualité du résultat à l'aide de rapports, enquêtes, recherches...