

## La spiritualité, un enjeu pour la santé?

D'une biomédecine «salutaire» à un *Spiritual Care*: enjeux éthiques et théologiques

Dominique Jacquemin

*Abstract* – In a society in which individuals are turning more and more to medicine, assigning it a mandate to mediate the relationship to the happiness-unhappiness of existence, spirituality takes the risk of being instrumentalized in its own service. In this context, the author questions what the contribution of a theological reflection could be. A theology of the Paschal Triduum could open up, in a suspended time, an aim of meaning that the practice of care could ensure with and for the patient. This mediation of meaning enabled by medicine would open up what we now call spiritual care.

Dans ces quelques pages, j'aimerais réfléchir en quoi la spiritualité peut contribuer à la santé et j'inscrirai mon propos dans le champ du déploiement de la biomédecine<sup>1</sup>, cette dernière représentant le prisme concret par lequel nos contemporains vivent un rapport étroit à leur santé, soulignant dès le départ la dimension très subjective de ce vécu, tant de la santé que «du spirituel». J'aimerais montrer que, si la spiritualité joue un rôle dans les états de santé, cette affirmation renvoie à une certaine conception de la santé et de la spiritualité. Nous ouvrirons ainsi un premier volet de notre réflexion, à dimension éthique. Et, dans la mesure où la médecine, dans ses offres et ses appels, assume de plus en plus une posture de médiation du sens de l'existence pour bon nombre de nos contemporains, nous nous demanderons ensuite quelle pourrait être une contribution de la théologie pour que cette médiation soutienne conjointement la santé et la spiritualité, ouvrant la fonction

---

<sup>1</sup> Ce texte a d'abord fait l'objet d'une conférence donnée pour la Fondation Sedes sapientiae, Louvain-la-Neuve, le 10 février 2020.

médicale à un *Spiritual care*, salutaire tant pour une santé ajustée que pour une vie spirituelle appréhendée pour elle-même.

## 1. Une spiritualité convoquée par la médecine

Cela fait plusieurs années que Guy Jobin<sup>2</sup>, puis Nicolas Pujol<sup>3</sup>, ont montré l'intérêt de la médecine contemporaine pour la dimension spirituelle de la maladie, et ce pour le meilleur et pour le pire, allant d'une attention réelle à cette face de l'expérience de la personne malade à un formatage du spirituel en termes de facteur opératoire en vue d'une guérison. En atteste le nombre croissant des publications relatives à la spiritualité sur Pubmed<sup>4</sup>. En effet, lorsqu'on croise «medicine - spirituality», on peut constater une évolution significative du nombre de publications: entre 1987 et 1995, on trouve entre 4 et 11 publications par an, puis un mouvement de croissance jusqu'en 2002 pour arriver à une centaine de publications par an, et ensuite une vitesse de croisière de 150/an jusqu'à nos jours.

On pourrait dire que l'intérêt pour le spirituel et son vécu par le patient, faisant suite au mouvement bioéthique de recentrement sur la subjectivité du patient et son autonomie, représente un gain réel dans la dynamique de soins dans la mesure où l'exercice de la médecine s'efforce de rejoindre les besoins et désirs d'ordre spirituel expérimentés par la personne souffrante en temps de maladie. Cette attention aux subjectivités, initiée par le mouvement des soins palliatifs, correspond également à la mise en avant de la notion de prise en charge globale à travers laquelle «Elles [la médecine et les institutions de santé] souhaitent ne plus envisager la personne humaine que sous l'angle de sa pathologie et de l'organe malade mais élargir son appréhension des personnes soignées»<sup>5</sup>. Mais il s'agit aussi, parfois, dans cette attention à la globalité incluant la dimension spirituelle «d'associer des ressources

<sup>2</sup> G. Jobin, *La spiritualité: un facteur de résistance au pouvoir biomédical de soigner?*, in «Revue d'éthique et de théologie morale», 266, 2011, HS, pp. 131-149; G. Jobin, *Des religions à la spiritualité. Une appropriation biomédicale du religieux dans l'hôpital* (Soins et Spiritualité, 3), Namur, Lumen vitae, 2012.

<sup>3</sup> N. Pujol - G. Jobin - S. Beloucif, *Quelle place pour la spiritualité dans le soin?*, in «Esprit», 2014/6 (juin), pp. 75-89.

<sup>4</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> (consulté le 29 décembre 2019).

<sup>5</sup> C. Odier, *L'accompagnement spirituel en mouvement. Aumônerie hospitalière (1974-2016)* (Soins & spiritualités, 9), Montpellier, Sauramps médical, 2019, p. 59.

spirituelles et religieuses au pouvoir biomédical de guérir»<sup>6</sup>, de faire, d'une manière trop peu réfléchie, de la spiritualité un allié au service de la santé, avec ce pré-supposé implicite: puisque la spiritualité est un facteur contributif à la santé – ce qui a largement été mis en évidence dans la littérature<sup>7</sup> –, il faut que la personne soit spirituellement bien. La spiritualité se trouve de la sorte convoquée comme «un adjuvant du soin», un objet en soi, mesurable (grille FACIT devant répondre à certains critères d'efficacité), une réalité décelée comme un critère nécessaire de santé (qu'il suffise de penser ici au screening spirituel, son anamnèse, pour retrouver, avec le patient, une certaine mobilisation<sup>8</sup> des ressources nécessaires pour affronter le temps de la maladie).

## 2. Une définition biomédicale et statique de la santé

Une des difficultés de cette approche réside, entre autre, dans la définition de la santé proposée par l'OMS dans sa Constitution de 1946, définition servant de support à la médecine pour penser son action: «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité»<sup>9</sup>. Sans être caricatural dans l'analyse et conscient que l'OMS ne réduit pas la santé à l'absence de maladie, cette définition à visée holistique reste idéale et binaire, très centrée sur l'expérience d'un sujet, comme si on avait la santé ou on ne l'avait pas; et c'est en ce sens que, parlant d'état de santé, cette définition est et reste assez biomédicale. Si on n'est pas dans cet état, c'est qu'on est malade et c'est bien à la médecine qu'il appartiendra, du moins en nos pays, de vous remettre en état.

Cette vision sera également à même, me semble-t-il, d'induire une certaine perception de la spiritualité au cœur de la médecine et de ce que cette dernière peut en attendre: on l'a ou on ne l'a pas; elle fonctionne ou pas. D'où l'intérêt conféré par la médecine à la notion de «détresse spirituelle» comme critère de santé ou de non santé, comme critère de fonctionnement ou de dysfonctionnement «du spirituel». Comme le dit G. Jobin,

<sup>6</sup> G. Jobin, *La spiritualité*, p. 131.

<sup>7</sup> J. Besson, *Les effets de la spiritualité sur la santé. Quelques hypothèses*, in J. Besson, *Addiction et spiritualité*. Spiritus contra spiritum, Toulouse, Éres, 2017, pp. 91-96.

<sup>8</sup> [https://www.aqsp.org/wpcontent/uploads/2018/05/A4\\_Bruno-B%C3%A9langer.pdf](https://www.aqsp.org/wpcontent/uploads/2018/05/A4_Bruno-B%C3%A9langer.pdf) (consulté le 29 décembre 2019).

<sup>9</sup> <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution> (consulté le 29 décembre 2019).

«la détresse spirituelle est un concept présent dans la littérature depuis près de vingt ans. Il désigne l'état d'un patient dont les croyances sont ébranlées par l'épisode morbide qu'il traverse, un état qui se traduit notamment par la perte d'espoir (*hopelessness*)»<sup>10</sup>.

Ici encore, c'est une approche lisse, paisible, centrée sur le seul patient qui se trouve espérée, une approche établissant une sorte d'équivalence entre paix de l'esprit et paix du corps; en tous cas, une approche de la spiritualité qu'il faudra «traiter» si elle ne se donne pas comme adjuvant à l'équilibre du sujet et à la restauration du corps. Mais la vie spirituelle n'est-elle pas aussi «combat», remise en question, pour ne pas parler ici de parcours de résilience<sup>11</sup>? Pensons ici à l'expérience des mystiques tels que Jean de la Croix, Thérèse d'Avila, Maître Eckhart pour qui cris, nuit et révolte furent également des espaces de croissance.

Une fois de plus, on peut certes se réjouir de l'intérêt porté par la médecine en quête de restauration de la santé à la dimension subjective de l'expérience de la personne malade. Encore faut-il que cette attention reste réellement focalisée sur elle, ses besoins et désirs<sup>12</sup>, et non sur l'efficacité espérée «du spirituel» sur le processus de guérison en tant que tel.

### 3. Une spiritualité comme mouvement d'existence

Ceci nous amène aisément à une autre question: pour qu'elle échappe à cette dimension instrumentale toujours possible, quelle définition pourrions-nous proposer de la spiritualité? Je la qualifie volontiers de «mouvement d'existence»<sup>13</sup> du sujet. Je suis en effet convaincu que l'être humain est un tout et je qualifie dès lors volontiers la spiritualité comme l'expérience de son mouvement d'existence. Ce mouvement, autrement dit le fait que la vie humaine, la nôtre, soit une histoire, un lieu de changement que chaque humain porte en lien avec autrui et grâce à lui, avec le monde environnant et qui, toujours, le précède d'une certaine manière, est constitué de quatre dimensions intrinsèquement liées et en constante interaction: le corps, la dimension psychique, la dimension éthique comme visée du bien pour la vie, compréhension de la vie

<sup>10</sup> G. Jobin, *La spiritualité*, pp. 138-139.

<sup>11</sup> B. Cyrulnick, *Psychothérapie de Dieu*, Paris, Odile Jacob, 2017.

<sup>12</sup> D. Jacquemin (ed), *Besoins spirituels. Soins, désir, responsabilités* (Soins & Spiritualités, 7), Namur, Lumen vitae, 2016, 80 p.

<sup>13</sup> D. Jacquemin, *Quand l'autre souffre. Éthique et Spiritualité*, Bruxelles, Lessius, 2010, 208 p.

bonne et la dimension religieuse transcendante. Il importe de souligner ce lien car le déplacement, l'affectation d'une seule de ces dimensions va concourir au déplacement de ce qui pose un sujet singulier dans la totalité de son existence. Certes, je suis conscient de la dimension schématique de cette définition qui, bien sûr, ne parvient pas à rendre compte de la complexité de ce qui se trouve effectivement vécu dans la complexité singulière de chaque situation de vie, de soin ou de processus décisionnel. Ce déploiement du mouvement d'existence en quatre pôles articulés et interdépendants vise simplement un objectif pédagogique: rendre compréhensible la dimension spirituelle de l'existence, du soin<sup>14</sup> et de la réflexion éthique inscrite dans la dimension subjective de l'action.

Cependant, appréhender la spiritualité en termes de mouvement portant et soutenant la vie est, de mon point de vue, significatif pour appréhender les mandats de celles et ceux qui ont à en prendre soin, et dans quelle limite. Tout d'abord, dire qu'elle relève d'un mouvement affirme que la vie spirituelle n'est pas statique, évaluable et quantifiable en un moment donné. Le fait qu'elle soit constituée de quatre pôles indique qu'elle ouvre à une diversité de mandats pour y porter attention (celles et ceux qui prennent soin du corps, de la vie psychique, de la dimension éthique et religieuse-transcendante de la vie). Chacun, chacune, par son mandat propre (soignants du corps, psychologues, bénévoles d'accompagnement, accompagnants spirituels, équipes pastorales), prend soin de la vie spirituelle tout en expérimentant qu'il/elle n'a pas la compétence pour, seul/e, en prendre soin. Ce constat est, à mes yeux, d'importance car il ouvre à une nécessaire inter-professionnalité<sup>15</sup>, dimension sur laquelle nous allons revenir largement.

#### **4. Une médecine comme médiation «salutaire»**

Avant d'ouvrir cette dimension de la réflexion, il importe de revenir sur la médecine en tant que telle, son statut dans la vie de nos contemporains, afin d'appréhender ce que pourrait recouvrir une attention à la spiritualité comme dimension contributive à la santé. Voici quelques années déjà, Pascal Bruckner proposait une approche critique de notre société dans ses attentes absolutisées à l'égard d'une certaine concep-

---

<sup>14</sup> H. Nouwen, *Prendre soin les uns des autres. Une spiritualité du «care»*, Paris, Salvator, 2012, 78 p.

<sup>15</sup> C. Odier, *L'accompagnement spirituel en mouvement*, pp. 67-96.

tion du bonheur. Vouloir être heureux, quoi de plus normal? Mais c'est lorsque cette attente devient un absolu que cette quête, au départ légitime, peut être questionnée:

«Par devoir de bonheur, j'entends donc cette idéologie propre à la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle et qui pousse à tout évaluer sous l'angle du plaisir et du désagrément, cette assignation à l'euphorie qui rejette dans la honte ou le malaise ceux qui n'y souscrivent pas. Double postulat: d'un côté tirer le meilleur parti de sa vie; de l'autre s'affliger, se pénaliser si l'on n'y parvient pas. Perversion de la plus belle idée qui soit: la possibilité accordée à chacun de maîtriser son destin et d'améliorer son existence. Comment un mot d'ordre émancipateur des Lumières, le droit au bonheur, a-t-il pu se transformer en dogme, en catéchisme collectif?»<sup>16</sup>.

Or, ce rapport au bonheur attendu se trouve de plus en plus médié par le rapport que nos contemporains entretiennent avec leur santé et, dès lors, avec la médecine. En effet, c'est majoritairement via l'expérience d'un corps physique-psychique en adéquation avec ce qu'ils estiment être une bonne et belle vie que nos contemporains appréhendent le bonheur comme concret, atteint. Pour le dire simplement, «quand le corps va, tout va», «quand il me permet de soutenir mon projet de vie, je continue à me reconnaître dans et à travers ce corps». Et lorsque ce n'est plus le cas, c'est à la médecine que je donne mandat de me restaurer, me réparer – et ce dans des champs de plus en plus larges de l'existence – afin qu'elle me remette dans un horizon d'expérience de la vie porteuse de ma vision du bonheur. Cette tendance, nous dit encore Bruckner, ne semble que se renforcer avec l'allongement de l'existence et la chronicisation des maladies<sup>17</sup>. Cette visée de bonheur n'est pas sans risque car elle peut ultimement conduire à ce que j'appellerais une réduction anthropologique: «lorsque mon corps n'est plus 'à mon image', je ne vaud plus !».

Je ne pense pas que nous soyons en mesure de changer cet état de fait d'une médecine expérimentée comme espace salubre pour nos contemporains. La question est dès lors de savoir comment un autre mode de fonctionnement de cette dernière lui permettrait d'être «salubre», c'est-à-dire ajustée à ce qui lui est aujourd'hui demandé en termes de bonheur par celles et ceux qui la sollicitent.

<sup>16</sup> P. Bruckner, *L'euphorie perpétuelle. Essai sur le devoir de bonheur*, Paris, Grasset, 2000, pp. 17-18.

<sup>17</sup> «Les avancées formidables de la médecine nous font miroiter la quasi-disparition de l'adversité.» [de notre point de vue, le rêve du transhumanisme] – «En érigeant la longévité en norme absolue, la civilisation rend plus inadmissible la sénilité, la perte des forces, la dépendance. Insupportable constat: nous continuons à vieillir et à mourir» dans P. Bruckner, *Une brève éternité. Philosophie de la longévité*, Paris, Grasset, 2019, pp. 30-31.

## 5. Une théologie «au secours» de la médecine et de la santé

Et c'est ici que, me semble-t-il, une approche théologique de la question pourrait ouvrir certaines pistes de réflexion pour un fonctionnement de la médecine davantage ajusté à ce que j'estime être «la santé» inscrite dans une appréhension large du sens de l'existence, autrement dit inscrite dans un horizon résolument spirituel. La contribution d'une pensée théologique viserait essentiellement à réintroduire de l'altérité, de l'intersubjectivité tant dans un certain fonctionnement de la médecine que dans une compréhension expérimentée de la santé et de la spiritualité, assumant de la sorte une «fonction de résistance»<sup>18</sup> au service de l'humain. Sans exhaustivité aucune, deux perspectives peuvent, à mes yeux, être ouvertes: une médecine à dimension pascale comme espace de passage et une réintroduction de ce que j'appellerais une éthique des fins dernières.

## 6. Une médecine à dimension pascale comme espace de passage

On pourrait se poser une première question: lorsque des personnes, dans la multiplicité des situations qu'elles peuvent vivre, ont recours à la médecine, comment serait-il possible d'y décrypter une demande et une invitation à répondre à un salut, ce dernier engageant tant l'humain que la sollicitude d'un Dieu qui s'y manifeste?

En effet, lorsqu'une personne s'adresse ou est adressée à la médecine, porteuse d'une pathologie associée à tant de questions en lien avec l'existence, il est possible de découvrir que se jouent, dans cette rencontre, des catégories proches de celles de salut, compris dans son acception théologique. Tout d'abord, il s'agit d'un sujet qui, face à son expérience du manque, du malheur parfois, en appelle à la médecine dans une réelle situation de confiance: incertain par rapport à son propre devenir tant physique qu'existential, il s'en remet à la médecine. Il est manifeste que cette démarche ne peut se vivre que sur un arrière-fond de confiance première, cette confiance n'étant pas déliée d'une dimension d'alliance où, face à l'appel, une réponse est non seulement sollicitée mais un salut attendu. Et c'est ici qu'il importe de pouvoir qualifier la réponse de la médecine – et les qualités attendues de cette réponse – dans un horizon réellement salutaire.

---

<sup>18</sup> G. Jobin, *La spiritualité*, p. 145.

Les propos de Paul Ricoeur relatifs à la médecine comme «alliance thérapeutique» sont intéressants de ce point de vue. Lorsqu'il parle de la relation de soins et de la nécessaire confiance entre le patient et le soignant, agissant comme un postulat ayant statut de *promesse* réciproque: «La fiabilité de l'accord devra encore être mise à l'épreuve de part et d'autre par l'engagement du médecin à 'suivre' son patient, et celui du patient à se «conduire» comme l'agent de son propre traitement. Le pacte de soins devient ainsi une sorte d'alliance scellée entre deux personnes contre l'ennemi commun, la maladie. L'accord doit son caractère moral à la promesse tacite partagée entre les deux protagonistes de remplir fidèlement leurs engagements respectifs. Cette promesse tacite est constitutive du statut prudentiel du jugement moral impliqué dans l'«acte de langage» de la promesse»<sup>19</sup>. Plusieurs éléments sont significatifs pour la question qui nous occupe. Paul Ricoeur semble signifier qu'il importe de prendre acte qu'il existe bel et bien une dimension implicite à tout exercice de la médecine dans la notion de promesse: il s'y révèle une attente si pas de guérison, au moins de prise en charge adéquate, de la part du patient comme il existe une sorte d'engagement du soignant à en déployer les moyens correspondant «en l'état actuel des connaissances»<sup>20</sup>. Or, ces attentes mutuelles, reposant certes sur des plans et des horizons de signification parfois différents, impliquent à mes yeux une nécessaire réflexion sur la notion d'attente de santé, de guérison portée par les deux membres de la relation thérapeutique: qu'est-ce qu'être en bonne santé, guéri pour une personne souffrante et que signifie guérir pour la médecine?

C'est cet enjeu de fond qui, d'un point de vue théologique, mérite le détour par une interrogation relative à l'alliance où se joue un salut. Si une personne s'adresse à la médecine, on peut certes y reconnaître une confiance première, encore faut-il qu'elle ne soit pas abusée. Or, à considérer l'investissement de Dieu au cœur de l'alliance, il est possible d'y décrypter une liberté constitutive: si l'alliance se trouve sans cesse renouvelée, c'est bien parce qu'il existe une liberté foncière dans la réponse du peuple, peuple toujours capable d'infidélité (Os 2,4; Ez 16,15-43), de recommencements (l'alliance de Noé en Gn 9, 117; l'alliance

<sup>19</sup> P. Ricoeur, *Les trois niveaux du jugement médical*, dans *Le Juste 2*, Paris, Editions Esprit, 2001, pp. 245-256, ici p. 230.

<sup>20</sup> *Code de Déontologie Médicale*, Titre II. art. 32: «Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents».



d'Abraham en Gn 17, 1-14), voire même de transgresser l'idéal de Dieu. L'alliance reste toujours disponible, pour autant qu'on se rappelle toujours aussi sa dimension asymétrique constitutive: le peuple n'est pas Dieu, et inversement, tout comme le médecin ne sera jamais son patient<sup>21</sup>.

Dès lors, lorsqu'une demande est aujourd'hui adressée à la médecine et qu'elle répond positivement, il importe de se rendre compte, qu'à l'image de Dieu, la médecine elle aussi répond à celui qui crie vers elle: «Il m'appelle et moi je lui réponds, je suis avec lui dans son épreuve» (Ps 90. 91), et qu'un salut pourra s'y manifester dans la mesure où cette réponse sera de l'ordre du passage et non de la clôture d'une demande qui ne serait appréhendée que d'un seul point de vue, celui de la réponse technique, médicale. Face à la souffrance – la passion – d'une personne malade, la médecine resterait porteuse d'une dimension salutaire dans la mesure où elle serait un espace de médiation offert au sujet, un lieu où ce dernier pourrait expérimenter son propre passage à travers la demande qu'il adresse à la médecine; ceci supposant une réponse qui ne soit ni trop immédiate, ni cantonnée dans le seul rapport à l'efficacité technique. Rencontrant une expérience souffrante, souffrance parfois de l'ordre de la passion comme réel chemin de croix – qu'il suffise de penser à toutes ces situations de mort proche –, la médecine aurait sans cesse à réassumer une dimension pascale, de passage, dans cette volonté de n'être pas elle-même «la» résurrection, mais bien le lieu qui y conduit.

L'exemple du triduum pascal reste, de mon point de vue – même s'il s'agit ici d'une réduction pédagogique –, assez illustratif des enjeux que j'aimerais partager.

Jeu­di saint	«Tout va bien»	«C'est la santé»	Vie quotidienne, vie «ordinaire» Quelle santé?
Vendredi saint	«Tout s'écroule»	«Rien ne va plus»	Médecine
Samedi saint	«Le creux, le vide»	Concéder au temps de «la non action»	Quelle demande? Quelle offre?
Pâques	«Le relèvement»	Quel relèvement attendu?	Quelle réponse salutaire?

<sup>21</sup> D. Jacquemin, *Le concept d'alliance à l'épreuve de la relation de soins*, in «Revue Francophone de Psycho-Oncologie», 2005, 4, pp. 281-284.

Le «jeudi saint» renvoie à l'attente de bonheur de nos contemporains à l'égard de la médecine; tout va bien car, dès qu'un ennui de santé survient, la médecine répond «présente». C'est avec le «vendredi saint» que les choses se compliquent, lorsque la personne éprouve le malheur de la maladie et s'en remet, dans l'immédiateté, aux mains de la médecine dans ses capacités opératoires, techniques, en attente de son propre relèvement. Le risque est cependant réel que dans l'immédiateté de la «réponse se voulant salutaire», la médecine ne réponde pas nécessairement à ce qui est bon pour cette personne, celui, celle qui frappe à sa porte. D'où, de notre point de vue, la nécessaire suspension du temps et du sens du «samedi saint» pour que le relèvement attendu s'avère un réel salut offert.

En ce sens, il s'agirait, pour la médecine, de favoriser l'avènement du sujet à lui-même, c'est-à-dire de pouvoir se décentrer d'elle-même, de son efficacité première et néanmoins légitime, pour ouvrir une rencontre possible de l'humain confronté à son propre malheur qui, ayant l'opportunité de le traverser par lui-même, aurait la possibilité d'en être réellement relevé, attitude qui ne correspond peut-être pas toujours à la sollicitation première du malade convoquant la médecine, souvent dans le registre de la seule efficacité technique. Or, c'est ce passage instauré par rapport à la demande elle-même et aux modalités concrètes d'y répondre qui feront œuvre de «resurrection»: «ce terme, dans son usage courant et premier, se dit de quelqu'un que l'on réveille ou qui se réveille de son sommeil; et qui ainsi se *re-lève* (*re-surgere*), se remet ou est remis debout. Il se réveille et se met debout»<sup>22</sup>.

## 7. Vers une «éthique des fins dernières»

Mais peut-être nous faut-il encore aller plus loin: jusqu'où ouvrir cet espace de passage pour qu'il porte pleinement sa dimension pascale? C'est ici que, me semble-t-il, on pourrait tenter d'ouvrir un questionnement sur les fins dernières, en d'autres mots, sur la prise au sérieux de la vie éternelle comme Henri Nouwen l'a déjà, jadis, prise en compte pour penser l'acte de soin<sup>23</sup>.

<sup>22</sup> A. Gesché, *Le Christ* (Dieu pour penser, VI), Paris, Cerf, 2001, p. 139.

<sup>23</sup> «C'est précisément cette foi en la vie éternelle qui peut changer radicalement notre vision de la pratique du soin ... La pratique du soin conduit à entrer en contact avec le moi le plus précieux, infiniment aimé et pris en soin, et destiné à une vie sur laquelle la mort n'a aucun pouvoir», dans H. Nouwen, *Prendre soin les uns des autres. Une spiritualité du «care»*, Paris, Salvator, 2019, pp. 54-55.

Et c'est en cela que j'aimerais ouvrir une deuxième question, encore peu assurée actuellement dans ma réflexion mais que je pense pouvoir proposer ici: qu'en est-il, de nos jours, de la prise au sérieux de la fin dernière? En effet, en registre chrétien, nous ne cessons d'affirmer que la signification plénière de la vie réside dans son accomplissement en Dieu, une vie éternelle<sup>24</sup>; nous le professons du credo à la plupart des invocations liturgiques «jusqu'au siècle des siècles». Cette dimension est clairement mise en évidence dans les canons 1042-1050 du Nouveau catéchisme de l'Église catholique. Qu'il suffise également de se rapporter au canon 1020 qui rappelle:

«Le chrétien qui unit sa propre mort à celle de Jésus voit la mort comme une venue vers Lui et une entrée dans la vie éternelle. Lorsque l'Église a, pour la dernière fois, dit les paroles de pardon de l'absolution du Christ sur le chrétien mourant, l'a scellé pour la dernière fois d'une onction fortifiante et lui a donné le Christ dans le viatique comme nourriture pour le voyage, elle lui parle avec une douce assurance: 'Quitte ce monde, âme chrétienne, au nom du Père Tout-Puissant qui t'a créé, au nom de Jésus-Christ, le Fils du Dieu vivant, qui a souffert pour toi, au nom du Saint-Esprit qui a été répandu en toi. Prends ta place aujourd'hui dans la paix, et fixe ta demeure avec Dieu dans la sainte Sion, avec la Vierge Marie, la Mère de Dieu, avec saint Joseph, les anges et tous les saints de Dieu ... Retourne auprès de ton Créateur qui t'a formé de la poussière du sol. Qu'à l'heure où ton âme sortira de ton corps, Marie, les anges et tous les saints se hâtent à ta rencontre ... Que tu puisses voir ton Rédempteur face à face ... (OEx 'Commendatio animæ')»<sup>25</sup>.

Ces mots nous renvoient certes à une autre époque en termes de langage mais ils disent cependant notre identité profonde, notre destinée. Or, cette dernière semble tout-à-fait étrangère à la manière dont nous appréhendons les problématiques de fin de vie et les décisions qui y sont inhérentes comme si le tout de l'existence s'évaluait à l'aune de la seule vie terrestre. Notons à ce sujet que la récente publication des évêques de Belgique à propos de l'accompagnement de la fin de vie<sup>26</sup> parle certes de la vie éternelle «malgré toutes les incertitudes rationnelles à ce sujet» (n° 13) mais sans l'articuler en tant que telle comme un réel discernement en ce qui concerne la signification de la vie parvenue à son terme. Or, une prise au sérieux de cette dernière

<sup>24</sup> Jn 3, 15 «Ainsi faut-il que le Fils soit élevé afin que quiconque croit ait par lui la vie éternelle»; Jn 3, 36 «Qui croit au Fils a la vie éternelle»; Jn 4, 14 «Source d'eau jaillissant en vie éternelle»; Jn 6, 54 «Qui mange ma chair et boit mon sang a la vie éternelle».

<sup>25</sup> *Catéchisme de l'Église catholique*, Paris, Mame/Plon, 1992, p. 218.

<sup>26</sup> Les évêques de Belgique, *Je te prends par la main. Accompagnement pastoral en fin de vie*, Bruxelles, juin 2019, 24 p.

pourrait, me semble-t-il, constituer un des critères de décision relatif à la finalité et au sens de certains traitements.

Pour me résumer, la mise en perspective de ce que je nomme provisoirement «une éthique des fins dernières» veut souligner l'importance de deux choses. Tout d'abord, aider à penser d'une manière plus large la vie, et comme nous l'avons considéré plus haut, nos attentes de bonheur et resituer la vie dans une perspective résolument chrétienne dont le sens s'inscrit également dans sa dimension de destinée. Cette approche serait également en mesure de souligner la nécessité, me semble-t-il, de réintroduire sans cesse une visée d'altérité dans la perception de la santé et de la spiritualité: suis-je seul pour en appréhender la signification, le sens profond? Entendons-nous bien, il ne s'agit pas ici de réintroduire le «régime de la terreur» des fins dernières comme il a pu se vivre dans les missions paroissiales du temps jadis<sup>27</sup> mais de prendre acte que, si la spiritualité est ce mouvement d'existence constitué de quatre pôles en interaction, le corps médicalisé ne peut être, à lui-seul, l'espace de signification du bonheur et du sens de l'existence, ni la médecine être seule la médiation d'une vie sensée.

## 8. Plaidoyer pour un *Spiritual care*

Et c'est en cela que j'aimerais envisager la dernière partie de la réflexion: en quoi et comment la médecine contemporaine sera-t-elle en mesure de contribuer à ce qu'une santé ajustée en termes de demande de «salut» soit un enjeu pour la spiritualité, et inversement? C'est, me semble-t-il, par la juste attention à la vie spirituelle du sujet souffrant dans ses attentes de santé qu'elle y parviendra. D'où l'importance de ce qui est aujourd'hui pressenti et mis en œuvre à travers ce qu'on appelle le *Spiritual care* comme attention à la globalité de ce que vit une personne en situation de maladie.

Mais que faut-il entendre par ce mot? C'est un concept large qui, comme le terme de spiritualité, n'a pas avantage à être trop circonscrit pour deux raisons: laisser une place réelle à l'expérience des personnes concernées sans présupposer a priori ce que devrait être «la spiritualité» et permettre l'attention d'une pluralité d'acteurs professionnels à cette dimension sans l'enfermer dans un «savoirfaire» spécifique relevant

---

<sup>27</sup> [https://www.persee.fr/doc/rnord\\_0035-2624\\_1964\\_num\\_46\\_180\\_2487](https://www.persee.fr/doc/rnord_0035-2624_1964_num_46_180_2487) (consulté le 30 décembre 2019).

d'une «spécialité», celle des accompagnateurs spirituels ou de ce qu'on nomme plus classiquement chez nous des aumôniers. C'est ce qu'indique clairement John Swinton, et je partage ses propos:

«La spiritualité, c'est ce que nous pourrions décrire comme un concept *pratique*, qui est un concept dont la signification dérive de son utilisation plutôt que d'une réflexion extrapolée. Par conséquent, la spiritualité et le *Spiritual Care* n'ont pas une signification figée. Ce sont plutôt des concepts polysémiques dont le sens ne vient pas de conceptualisations abstraites mais de préoccupations pratiques. Dans un contexte post-religieux, dans lequel la spiritualité et la religion sont vus comme séparés, le sens de la spiritualité et de *Spiritual Care* est naissant et dialectique»<sup>28</sup>.

En d'autres mots, et pour être plus simple, il s'agit de considérer comment un ensemble de professionnels se trouve en situation de repérer, dans l'expérience de la personne malade, les dimensions relevant de référentiels divers – valeurs, sens, transcendance, question de Dieu, religion pour certain – donnant signification ou questionnement à ce qu'elle vit au cœur de sa maladie. Il s'agit de prendre ensemble acte que l'expérience de la dégradation du corps, de la vie psychique ne touche pas seulement le registre du biophysique, ni le seul registre psychique et social mais un substrat de l'expérience s'enracinant dans ce qui fait, au niveau de son unité, l'identité profonde de cette personne. Devenir acteur en *spiritual care* ne renvoie pas à une spécificité de fonction mais à une attention collective à ce que sollicite, chez l'autre, le patient, l'expérience-même de sa maladie et qui, bien qu'agissant, vient trop peu au langage; en d'autres mots, ce qui relève de sa spiritualité. Une telle attention suppose, de la part de tous les acteurs, une certaine compétence, une formation pour maximaliser l'attention à ce que sont les besoins et désirs de la personne malade.

Ce n'est certes pas une tâche facile mais on peut se demander pourquoi cette approche reste si difficile alors que bien des études ont montré comment l'intégration de la spiritualité dans le registre de la santé et de la santé publique contribuent effectivement à une dimension de bien-être pour les sujets souffrants. Si toute action de santé et de santé publique se doit, de nos jours, de contribuer à la promotion d'une attention à la globalité de la personne dans le soutien de sa santé, on peut légitimement s'interroger sur la signification de l'absence de prise au sérieux de cette dimension, de cet impératif dirions-nous

<sup>28</sup> RESSPIR, *Spiritual Care I. Comment en parler en français? Des concepts pour des contextes*, Montpellier, Sauramps médical, 2018, p. 36.

volontiers<sup>29</sup>. Pourtant, dans une visée de réelle interprofessionnalité, tel pourrait devenir le mandat de la médecine dans sa tâche de soutien à la santé: non pas de s'occuper «du spirituel» mais de décrypter, avec d'autres, ce qui relève de cette dimension dans les appels «salutaires» qui lui sont adressés afin d'y répondre de la manière la plus ajustée possible, dans un souci d'une réelle approche globale tant de la demande que de la réponse apportée lorsque la santé se vit particulièrement menacée.

## Conclusion

J'espère avoir montré par ces quelques développements – certes partiels et qui mériteraient d'être approfondis dans certaines de leurs dimensions – que la prise au sérieux de la spiritualité comme processus d'auto-compréhension et de soutien du mouvement de la vie se doit d'être rencontré de nos jours par une pratique soignante consciente de ce qui lui est demandé: un bonheur, un salut à restaurer. Elle y parviendra dans une approche résolument interprofessionnelle de la maladie, au prix certes de certains décentrement, tant d'elle-même que des appels qui lui sont adressés, mais qui seront, de mon point de vue, l'attestation d'une réelle prise au sérieux de l'autonomie du patient engagée dans son expérience de la maladie. Tel est bien la visée d'un *Spiritual care*.

---

<sup>29</sup> «Additionally there are inherent challenges to addressing spirituality and faith needs of populations due to lack of knowledge and understanding, lack of perceived needs, inherent bias and population diversity», R. Egon - F. Timmins, *Spirituality as a Public Health Issue. The Potential Role of Spirituality in Promoting Health*, dans F. Timmins - S. Caldeira (edd), *Spirituality in Healthcare. Perspectives for Innovative Practice*, Cham, Springer Nature Switzerland AG, 2019, p. 57.