

Supplément au SOP n° 341, septembre-octobre 2009

ÉTHIQUE DE LA VIE

LA SOUFFRANCE ET LA MORT

Communication du père Claude HIFFLER,
docteur en médecine, recteur de la paroisse
Saints-Côme-et-Damien, Avignon (Vaucluse),
lue *in absentia* au colloque
« Bioéthique et fin de vie »

(Communauté de Pomeyrol, Saint-Étienne-du-Grès,
Bouches-du-Rhône, 10-13 juillet 2009)

**Service orthodoxe
de presse et d'information**
14, rue Victor-Hugo
92400 COURBEVOIE
Tél. 01 43 33 52 48
Fax 01 43 33 86 72

*Abonnements :
Voir en dernière page*

Le SOP informe ses lecteurs sur la vie de l'Église orthodoxe en France et dans le monde, et fournit une réflexion sur l'actualité. Il n'est pas responsable des opinions exprimées dans son bulletin. L'ensemble des textes qu'il publie peuvent être cités avec l'indication de la source : SOP. Par contre, aucun texte ne peut être reproduit, de quelque manière que ce soit, sans l'accord explicite de la rédaction. Placé sous les auspices de l'Assemblée des évêques orthodoxes de France, ce service est assuré par la Fraternité orthodoxe en Europe occidentale.

Document 341.B

ÉTHIQUE DE LA VIE

LA SOUFFRANCE ET LA MORT

L'homme est une personne créée par Dieu « à son Image et sa ressemblance ». En conséquence, il est infiniment respectable, dans la globalité de son être qui est un « corps-esprit », selon l'expression de saint Paul.

C'est pourquoi, il a droit, notamment, à bénéficier des progrès importants de la médecine et de ses techniques pour le maintien de sa santé et la lutte contre la douleur, quand ils participent à l'épanouissement de sa dignité. Cependant dans ce domaine où tout devient possible, tout ne lui est pas profitable. Tous les moyens thérapeutiques ne sont pas justifiables. Leur importance et leur complexité ont rendu nécessaire l'élaboration d'une éthique non restrictive mais régulatrice des moyens thérapeutiques.

Dans la perspective orthodoxe, cette éthique est basée sur les préceptes fondamentaux concernant le respect de la vie et la dignité de la personne, tout en demeurant inséparable de la miséricorde, puisqu'elle touche les grandes questions de la mort, de la détresse et de la souffrance humaines. Elle s'inscrit dans une dynamique où la loi ne peut s'exercer et s'accomplir que dans l'amour, à l'instar du Christ qui guérissait le jour du sabbat.

Une telle approche peut créer des difficultés de conscience mais elle a le mérite de ne pas confiner l'éthique dans le seul élément juridique. C'est pour cela que Nicolas Berdiaev parlait d'« *expérience spirituelle* » sous le régime de la grâce, plutôt que d'éthique du permis et du défendu.

Plus que toute autre activité humaine, cette « expérience » relève de l'univers de la Rédemption et de l'amour du Christ, Médecin suprême des âmes et des corps. C'est pourquoi, lorsqu'on aborde un tel sujet, tout le problème est de savoir s'il faut partir des canons de la morale de l'Église pour aller à l'homme ou s'il faut partir de l'homme pour aller aux canons qui n'ont de sens que lorsqu'ils s'inscrivent dans la souffrance humaine pour la transcender : « *Le sabbat est fait pour l'homme et non l'homme pour le sabbat* » (Marc 2,27).

L'ÉTHIQUE ET LA SOUFFRANCE

La souffrance brute dégrade la personne et à ce titre doit être combattue. On ne peut, en effet, proclamer que la personne est respectable et ne pas lutter contre ce qui l'écrase. Dans cette optique, sont requises toutes les compétences cliniques, biochimiques et techniques ainsi que leur mise à jour constante, en tenant compte de la nécessité d'un dialogue et d'une écoute concernant l'histoire de la maladie, de la psychologie du malade et de sa vie spirituelle.

L'apaisement de la douleur est devenu une obligation éthique qui doit faire appel, dans l'urgence et dans le long terme, à tous les moyens que l'arsenal thérapeutique met à la disposition de la sagesse médicale.

La lutte contre la douleur

Cette lutte contre la douleur proprement dite a mis longtemps à s'implanter en France où l'on traitait trop souvent la maladie causale sans, vraiment, se préoccuper d'elle. L'utilisation plus fréquente et mieux adaptée des opiacés ne date pas de longtemps, alors qu'elle était, déjà, plus fréquente et d'accès plus facile, depuis longtemps, dans les pays anglo-saxons.

Mais aujourd'hui, il existe une réelle prise en charge de la douleur pour elle-même, quelle que soit la maladie causale. Il existe, désormais, de plus en plus de structures de soins et de recommandations concernant la prise en charge de la souffrance chez l'adulte, l'enfant, la personne âgée.

La formation des médecins et des soignants a été renforcée par l'introduction d'un module obligatoire concernant l'algologie et les soins palliatifs.

En outre, l'accès aux antalgiques majeurs a été facilité afin d'encourager leur prescription (suppression du carnet à souches, remplacé par les ordonnances « sécurisées », allongement de la durée maximale de prescription pour les stupéfiants les plus utilisés (portée de 7 à 28 jours), sortie de la réserve hospitalière de certains médicaments et mise au point de nouvelles formes pédiatriques d'antalgiques.

Il existe trois niveaux d'antidouleur, allant des plus simples, à emploi très fréquents, aux plus lourds du type opiacés. Les ventes d'antalgiques de niveau 2 ont progressé de 8 % par an depuis 1996, celles des antalgiques de niveau 3 ont augmenté de 16 % en 1999 et de 20 % en 2006.

La réalisation de protocoles de prise en charge de la douleur a été encouragée. Enfin, plus de 5 000 pompes d'analgésie auto-contrôlée sont utilisées de manière autonome.

La souffrance extrême.

Son accompagnement : les soins palliatifs

Quand les processus vitaux se détraquent gravement et que s'annonce la fin de la vie, la souffrance physique et morale peut aller jusqu'à l'extrême et peut toucher la dignité de la personne dont la vraie mesure se situe dans un mystère que la science ne peut circonscrire. « *La connaissance des êtres, dit saint Isaac le Syrien, est cachée dans leur intériorité comme autant de secrets de la création divine.* »

C'est pourquoi, lorsque la souffrance devient importante et constante, voire intolérable, et que le corps se dégrade en allant vers la mort, il faut donc tout mettre en jeu pour secourir physiquement, moralement, humainement et spirituellement cette personne. Se pose la question d'une aide spécifique et permanente.

Cette aide est d'autant plus nécessaire qu'il y a dans notre société un déni de la mort qui touche aussi bien les malades, les familles que les médecins à qui elle apparaît comme un échec de la science, en les enfermant dans trois tentations médicales, en fin de vie : la réanimation jusqu'au bout ou acharnement thérapeutique ; l'abandon pur et simple, physique et psychique ; l'euthanasie.

La souffrance terminale peut être adoucie

Pourtant, aujourd'hui, la souffrance terminale peut être adoucie aussi bien chez le malade qu'au niveau de la famille, par des soins palliatifs. Ceux-ci découlent de l'observation que lorsque la douleur est maîtrisée, la fin de vie peut être pacifiée.

C'est pourquoi, sous l'impulsion des congrégations religieuses qui se sont vouées au suivi des malades en fin de vie, puis à la lumière des observations de Ciceley Saunders, précurseur de la notion de ce type de soins, ainsi que des travaux d'Elisabeth Kübler-Ross, qui a décrit la psychologie des malades en fin de vie (le choc, le déni, la colère, la dépression, le marchandage, l'acceptation), sont apparues les premières instances de soins palliatifs, établis sur :

- un principe philosophique et spirituel selon lequel mourir fait partie de la vie ;
- un principe éthique fondé sur le respect inconditionnel de la personne, qui s'articule sur sa globalité et son unité (physique, psychique, sociale, spirituelle) ;
- une pratique consistant à répondre aux besoins spécifiques des personnes parvenues au terme de leur existence, après une évaluation multiprofessionnelle et une concertation avec les proches du patient de façon à mieux soulager la douleur et les autres symptômes ;
- un soutien social, psychologique, culturel, émotif et spirituel, avec une assistance aux personnes soignantes et un soutien dans le deuil.

Droit d'accès non seulement à des soins, mais à un accompagnement

Pour la première fois en France en 1991, les soins palliatifs ont été mentionnés dans un texte législatif qui les a introduits dans les missions du service public hospitalier.

En 1996, l'Ordre des Médecins rédigeait une mise à jour du code de déontologie spécifiquement consacrée aux soins palliatifs et y mentionnait qu'ils ne sont pas réservés aux seuls mourants.

Enfin, la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 a prévu l'accès aux soins palliatifs à « *toute personne dont l'état le requiert* » et a introduit la notion de droit d'accès non seulement à des soins mais à un accompagnement.

Ces soins peuvent se faire, parfois, à domicile, au commencement, dès la première consultation d'une maladie grave mettant en jeu le pronostic vital. Ils sont alors essentiellement liés au traitement de la douleur et de l'inconfort dus aux thérapeutiques causales.

Un programme national de développement des soins palliatifs

La France s'est, ainsi, engagée dans un programme national de développement des soins palliatifs, en s'appuyant sur trois axes : développer les soins palliatifs et l'accompagnement à domicile ; poursuivre le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement dans les établissements de santé ; sensibiliser et informer l'ensemble du corps social.

Les soins palliatifs sont appropriés pour tout patient au seuil de la mort, peu importe l'âge. Ils sont reliés à tous les échelons du système de soins de santé, de l'hôpital au domicile, et impliquent une équipe interdisciplinaire de personnes soignantes qui composent avec les besoins médicaux, psychosociaux, spirituels et économiques du patient et de la famille.

Au total, ces soins ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de soulager la douleur physique ainsi que les autres symptômes, et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle, dans le respect de la dignité de la personne soignée.

En fin de vie, une sédation de la souffrance

Les soins palliatifs cherchent à éviter les investigations déraisonnables et se *refusent à provoquer intentionnellement la mort*. Ils interviennent jusqu'à proposer, en fin de vie, une sédation de la souffrance. Celle-ci, (du latin *sedare* : apaiser, calmer) est définie comme l'intention délibérée d'induire et de maintenir un sommeil profond, sans entraîner *volontairement* la mort, dans certaines situations très particulières, afin d'obtenir le soulagement d'un ou de plusieurs symptômes rebelles lorsque toutes les autres interventions possibles ont échoué et que la mort du patient est pressentie comme proche, ou afin de soulager une angoisse profonde (y compris spirituelle) qui n'est pas accessible au soulagement par une assistance spirituelle, un soutien psychologique ou d'autre type d'intervention et que la mort du patient est pressentie comme proche.

Cette définition n'inclut pas le soulagement de la confusion mentale ni l'utilisation d'anxiolytique ou de psychotropes pour le traitement d'hallucinations, de délire paranoïaque, de myoclonies, etc... Elle n'inclut pas davantage la sédation temporaire et planifiée réversible.

Rejet de toute idée d'acharnement thérapeutique

Cette sédation peut être classée en :

- *sédation primaire* : consistant à intervenir de manière thérapeutique, dans le principal but de diminuer le niveau de conscience d'un patient ;
- *sédation secondaire* : consistant à ne pas corriger la somnolence induite par les traitements palliatifs prescrits pour le soulagement des symptômes sous-jacents ;
- *sédation intermittente* : permettant des périodes de vigilance ;
- *sédation continue* : où l'altération de la conscience est maintenue jusqu'au moment du décès.

Par ailleurs, on peut parler de sédation légère quand elle autorise une communication entre patient et soignants, et de sédation profonde quand l'administration délibérée de médicaments produit une diminution suffisamment profonde et possiblement réversible de la conscience, chez un patient dont la mort semble proche, avec l'intention de soulager un symptôme physique et/ou psychologique non accessible aux autres traitements, avec le consentement explicite, implicite ou par délégation, du patient.

Ces soins rejettent toute idée d'acharnement thérapeutique et, bien conduits, ils annulent le plus souvent les demandes d'euthanasie.

L'aspect médical et l'aspect psychosocial et spirituel

Les soins palliatifs revêtent deux aspects : un aspect médical, avec un traitement de la douleur et de tous les autres symptômes, accompli avec un grand dévouement par le monde soignant, et un aspect psychosocial et spirituel, grâce à l'accompagnement du malade et de ses proches.

Si un malade ouvre un dialogue spirituel, il faudra le guider avec douceur et discernement vers l'espérance et vers la certitude que l'acte de la mort n'est pas un acte terminal, mais un passage vers la lumière du Royaume de Dieu.

Si la personne n'aborde aucun sujet spirituel, il faudra respecter son silence. C'est pourquoi, il n'y a pas de conduite stéréotypée à tenir dans la mesure où l'assistance spirituelle, en fin de vie, doit s'adapter à la volonté et à la capacité d'écoute de chaque patient.

L'euthanasie

Ces soins palliatifs sont entièrement compatibles avec le respect de la personne car non seulement ils *ne provoquent pas la mort intentionnellement*, mais sauvegardent sa dignité en apaisant sa souffrance avec un accompagnement humain et spirituel.

Ils s'inscrivent, donc, en opposition avec l'euthanasie considérée par ceux qui la revendiquent comme une « mort douce et sans cruelle souffrance » mais qui, par action ou omission, *donne la mort, intentionnellement*, afin de supprimer toute douleur. Ainsi, les soins palliatifs s'opposent à l'euthanasie au double niveau de l'intention et des procédés.

Sans le consentement du malade, et même avec celui de la famille ou de l'équipe médicale, l'euthanasie est donc considérée par la conscience morale comme un homicide.

Avec le consentement du malade c'est un suicide assisté.

Il n'existe donc pas une euthanasie passive ou active car l'intention est toujours la même.

Aider à dépasser l'intolérable et soulager le malade dans son cheminement vers la mort

Nous oublions que la très grande majorité des cas de demande d'euthanasie sont des appels à plus de soulagement de la douleur et de l'angoisse, tout à fait accessibles à des soins palliatifs et à un accompagnement. De toute façon, il faut, d'abord, écouter et comprendre l'homme qui souffre, notamment s'il demande la mort. Répondre de manière juridique n'est pas dans l'ordre de la compassion et couperait le dialogue qui pourrait tenter d'éclairer le malade autrement. Il faudrait pouvoir dialoguer, dans ces moments, avec énormément de délicatesse et de compassion, pour faire comprendre au malade et à ses proches qu'il existe une autre possibilité que le geste euthanasique, pour dépasser l'intolérable.

En dépit des influences médiatiques et politiques, la conscience doit faire appel, à ce moment de la vie, au discernement spirituel pour faire la différence entre le fait positif d'aider et de soulager le malade dans son cheminement vers la mort et le fait négatif de donner la mort en se substituant à la nature.

LA SOUFFRANCE

Devant la tragédie de la souffrance, toute dissertation semble inopportune. La seule démarche qui convient est de lutter contre elle.

C'est pourquoi le discours du médecin sur ce sujet est nécessairement plus pragmatique et plus nuancé que celui du philosophe, car son devoir est de guérir.

Cependant, pour mieux soulager celui qui souffre, il faut tenter de mieux circonscrire la souffrance

Nous tenterons de le faire par une réflexion fondée, avant tout, sur l'expérience, bien que, en préambule, il nous apparaisse nécessaire de rappeler deux points que l'Écriture et les Pères nous enseignent : d'abord, que la souffrance exprime la conséquence de la transgression de l'ordre divin (Genèse 3) qui a ouvert la porte au péché dans l'homme comme à une maladie spirituelle fragilisant la personne humaine ; ensuite, que la souffrance n'est pas, pour autant, un tribut à payer à un Dieu justicier implacable.

Tout soignant, à son niveau, participe à la miséricorde du Christ

Cette exonération de la culpabilité est formulée clairement par le Christ lui-même (Jean 9,2 ; Luc 13,1-5). Contrairement à ce que les détracteurs du christianisme peuvent affirmer, la sollicitude du Père, en la personne du Fils qui prend notre condition terrestre et qui vient guérir, apaiser et consoler ceux qui souffrent, dénonce, clairement, toute forme de sadomasochisme, de dolorisme et de fausse culpabilité, dans la relation de la créature à son Créateur. Bien au contraire, le Christ est le Bon Pasteur et le Médecin suprême qui invite tout homme à « guérir les malades, à soigner les lépreux et à ressusciter les morts ».

Ainsi tout soignant, à son niveau, participe à la miséricorde du Christ – selon les acquis les plus avancés de la science, mais aussi avec un très grand respect et une profonde compassion, dans un dialogue singulier et privilégié avec celui qui souffre.

S'intéresser à la singularité de son patient

C'est pourquoi, tout en tenant compte du déterminisme biologique, le médecin et le soignant ne doivent pas s'enfermer dans le cadre étroit de la simple rationalité.

Et si la première action contre la souffrance consiste à agir dans l'urgence selon des protocoles expérimentés, il faut, ensuite, s'intéresser à la singularité de son patient et s'appliquer à restaurer, en lui, le désir de guérir et de vivre, dans une recherche du sens. « L'important, dit Sénèque, n'est pas que tu souffres mais dans quel esprit tu souffres. »

L'acte purement médical sert de socle à la lutte personnelle du malade, aidé par la grâce divine

Soigner implique, donc, une attitude indissociablement binaire où la science et l'acte purement médical servent de socle à la lutte personnelle du malade, aidé par la présence divine et où la grâce divine peut s'insinuer .

C'est une démarche thérapeutique qui remonte aux plus hauts temps de l'histoire humaine. On y voit la nature et le « surnaturel » concourir et ne jamais s'exclure, selon un schéma qui a toujours servi la médecine dans toutes les grandes civilisations (médecine hippocratique, médecine chinoise, médecine aztèque, médecine yajurvedique, médecine byzantine, médecine persane, etc...).

Pour nous, les guérisons pratiquées par le Christ en sont les expressions les plus caractéristiques. On peut y voir, notamment, l'énergie spirituelle pénétrer dans la pâte humaine comme un levain, notamment sous la forme de l'espérance.

On peut, même, observer dans le récit des guérisons du Christ le schéma sémiologique que l'on retrouve dans l'histoire de la médecine universelle : description clinique de la souffrance (comme c'est le cas, dans l'Évangile selon Marc 5,2-5 pour l'homme possédé) ; interrogation sur le désir de guérir (« veux tu guérir ? » Jean 5,5-7) ; puis, pratique de la thérapie – par un geste visible sur la région du corps qui souffre (Marc 7,32-35), autant que par l'utilisation d'un moyen matériel et visible : salive (Marc 8,22-25), ou bien terre et salive, et eaux bouillonnantes de la piscine de Siloé (Jean 9,6-11).

La foi comme facteur thérapeutique par lui-même

Ce n'est, en général, qu'après la guérison que le Christ parle de la foi comme d'un facteur thérapeutique par lui-même qui a mobilisé les profondeurs de la vie intérieure et la puissance de l'espérance, dans le cadre d'une coopération entre le Créateur et la créature : « Ta foi t'a sauvée » (Luc 8,48), « Tout est possible pour celui qui croit » (Marc 9,23-25).

La ligne de démarcation entre la santé et la souffrance

La ligne de démarcation entre la santé et la souffrance n'est pas toujours nette.

D'abord, parce que la santé ne se définit pas strictement par l'absence permanente de souffrance ou de maladie. Tous ces états sont intrinsèquement liés et mêlés, à l'instar de l'ivraie et du bon grain dans la vie spirituelle. Car, comme l'exprimait le professeur Leriche, « *un bien-portant est un malade qui s'ignore ou un malade en puissance* ». Le silence des organes, s'il est rassurant, n'est pas un signe absolu d'absence de maladie.

Ensuite, parce qu'une affection chronique ou aiguë à évolution épisodique n'exclut pas, forcément, celui qui en souffre de la vie sociale et relationnelle. Elle n'en fait pas un être à part. Il peut garder sa dignité et ses responsabilités sociofamiliales et civiques, bien qu'il adopte un nouveau comportement dans le temps et l'espace, que le praticien aidera à bien intégrer dans sa vie quotidienne.

Enfin, parce que, en s'adaptant en permanence à des situations externes et internes, la vie se complexifie toujours plus. Elle se développe en fonctionnant et fonctionne en se développant. C'est pourquoi quels que soient les moyens, hygiéniques, préventifs ou curatifs utilisés pour conserver la santé, la restaurer ou établir un pronostic, il demeure, toujours, une certaine part d'incertitude qui incline le médecin à la prudence dans l'établissement d'un pronostic, et à l'humilité. Il ne doit jamais rien affirmer de manière absolue, aussi bien dans le sens optimiste que dans le sens péjoratif et admettre avec François Villon, que « *rien ne lui est plus sûr que la chose incertaine* ».

Rémissions spontanées et retournements de l'âme

Nous avons des exemples dans la pratique médicale courante où, en plus des rémissions dites spontanées, il existe des retournements de l'âme qui ont des conséquences inattendues sur les processus évolutifs de la maladie. Il faut bien reconnaître, d'ailleurs, que notre intelligence et nos organes des sens, même prolongés par des instruments très sophistiqués, ne nous donnent qu'un aperçu de la réalité. Les grands philosophes l'avaient déjà annoncé depuis longtemps en soutenant que les choses n'existent pas, vraiment, telles que nous les percevons... En dépit des résultats extraordinaires obtenus, hautement louables, notre perception de la réalité demeure en deçà de la vérité.

Les animaux et les insectes, par exemple, ne voient pas le monde comme nous et reçoivent des messages que nous ne percevons pas.

Il suffit de prendre l'exemple de la douleur que l'on ne peut quantifier qu'approximativement tant les seuils sont différents selon les patients. Ce qui est très douloureux pour certains l'est beaucoup moins pour d'autres.

La résistance à l'agression est également différente selon les individus. Devant le même agresseur certains font une maladie tandis que d'autres n'en font pas ou résistent plus longtemps. C'est le cas des « long survivors » dans le SIDA. C'est aussi le cas en cancérologie. (Une étude a montré que certaines personnes décédées à un âge très avancé étaient porteuses de microcancers bien circonscrits qui ne se sont jamais manifestés cliniquement.)

C'est, aussi, le cas en thérapeutique où un médicament peut être très mal toléré par tel patient et ne point incommoder tel autre.

Une déconnexion de l'art clinique au profit de l'informatique et de la spéculation intellectuelle

La science tend d'ailleurs à se libérer de plus en plus de cette relativité sensorielle pour se réfugier dans le domaine pur de la rationalité et de plus en plus dans celui d'une suprarationalité qui s'éloigne du mystère de l'homme.

La médecine subit de plein fouet les conséquences de cette mutation au point que l'on constate une déconnexion de l'art clinique au profit de l'informatique et de la spéculation intellectuelle. En conséquence, le médecin perd de plus en plus la vertu du doute. Or la plénitude vitale de la connaissance, dit le père Alexandre Men, pousse ses racines dans un profond et énigmatique « je ne sais quoi »...

L'homme qui souffre est une personne, qui sort des seules données du mesurable

L'homme qui souffre est une personne, qui sort des seules données du mesurable et du visible car il est « à l'image et à la ressemblance de Dieu », un mystère que la science ne peut circonscrire dans sa totalité. Sa vraie mesure se situe dans sa profondeur. « *La connaissance des êtres, dit saint Isaac le Syrien, est cachée dans leur intériorité comme autant de secrets de la création divine.* »

La souffrance ne peut pas être définie...

C'est pourquoi, si tout ce que nous venons de dire peut servir à réfléchir sur la souffrance, cela ne peut pas la définir. La souffrance réalise, en effet, un état personnel et singulier qui n'appartient qu'à celui qui souffre et qu'il serait scandaleux de vouloir décrire de l'extérieur et de manière rationnelle comme un simple phénomène scientifique. Elle ne peut pas être définie, tant elle est complexe, par ses causes et ses manifestations et tant elle est mouvante et envahissante.

Les éléments physiologiques et psychologiques finissent par retentir les uns sur les autres et tisser une toile de signes toujours délicats à décoder dans la mesure où le corps ne souffre pas toujours au niveau de la source du mal.

... mais elle demeure un appel et un indicateur

Devant cette complexité, le malade ne peut s'exprimer corporellement ou mentalement, que dans le vécu de tous les jours. C'est pourquoi les grands cliniciens aiment dire qu'il n'y a pas de maladies mais seulement des malades qui, forcés d'abandonner leur vie ordinaire, se construisent, avec héroïsme, et tant bien que mal, une nouvelle existence dans laquelle s'effacent leurs anciens supports identitaires.

Mais malgré sa mouvance et sa complexité, la souffrance demeure un appel et un indicateur, aussi bien pour le patient que pour le médecin.

La souffrance physique : une crise dans le rouage des organes

Le plus souvent, quand elle est physique, la souffrance est la preuve d'une crise dans le rouage des organes ou d'une agression interne ou externe. Même modéré, ce clignotant ne doit pas être négligé. L'accepter comme une fatalité, ou le refuser, par peur de ce qu'il peut révéler est une faute contre le corps, un mépris de la création. Rappelons à ce titre que l'ascèse elle-même, prescrite par l'Église, loin de dévaloriser le corps, le libère de toutes ses surcharges nocives. Elle le purifie, au contraire, biologiquement et spirituellement, tant il est lié aux tribulations de l'âme et réciproquement.

La prière, sur ce point, outre sa vertu de communion avec le Père par ses demandes et ses actions de grâce, permet une respiration spirituelle qui apaise le corps et le mental. La prière philocalique en est un exemple évident. Le mépris de la chair qui, dans le langage paulinien, concerne ce qui est futile, éphémère et vain, contraire à la quête du

bonheur n'intègre pas le mépris du corps qui est le « temple de l'Esprit Saint » (1 Corinthiens 6,19).

Le mépriser, c'est mépriser le Saint-Esprit. Il faut au contraire en entretenir l'harmonie, le soigner ou le restaurer. Sans pour autant tomber dans l'idolâtrie qui est une autre forme de mépris...

La souffrance morale : le signe d'un vide existentiel

Quand la souffrance est morale, comme dans l'état dépressif, par exemple, de plus en plus courant dans notre civilisation, aussi insidieux que déroutant, elle est le signe d'un « mal-vivre », d'un vide existentiel, responsable de troubles et de difficultés relationnelles vécues douloureusement, voire comme un échec.

Ce signe révèle que quelque chose nous ronge en silence dans l'obscurité et la profondeur de notre être où la vie psychologique s'insinue dans la vie spirituelle avec tout son cortège de confusion affective et de culpabilité.

Le retour à la confiance en soi par l'abandon à Dieu

À ce niveau, la parole peut être libératrice. La psychothérapie et la psychanalyse pourront apporter une aide plus ou moins efficace qui ne dépassera pas, pourtant, les limites des sciences humaines. Plus que complémentaire, l'expérience spirituelle demeure, alors, fondamentale, axée sur le retour à la confiance en soi par l'abandon à Dieu.

C'est pourquoi, le médecin doit, nécessairement, assortir sa démarche médicale d'une connaissance du malade au sens latin de *naître avec*. Certes, on ne peut le comparer à un père spirituel (pourquoi pas ?), mais au moins peut-on l'assimiler à un ami à qui l'on peut se confier sans réserve et à un accompagnateur dans la souffrance dont les approches étiologique et thérapeutique varient avec les personnes et leur vie intérieure et spirituelle.

À la fois, aider le malade à comprendre son mal et l'aider à accepter la réalité de son état

La souffrance situe, alors, le soignant dans un paradoxe où s'exprime toute la tragédie humaine.

En effet, il doit :

- d'une part, aider le malade à *combattre* son mal de toutes ses forces en utilisant non seulement les données de la médecine moderne, mais aussi les énergies enfouies dans le fond inconnu de son être ;
- et, d'autre part, l'aider à *accepter* la réalité de son état et de ses propres limites humaines.

Se pose, alors, la question de la vérité. Il semble qu'elle ne puisse se faire que très progressivement et, seulement, si le malade la souhaite. L'idéal voudrait que le patient la pressente, lui-même, au cours d'une maïeutique progressive et délicate.

Le refus de la réalité peut être préjudiciable au malade pour plusieurs raisons, notamment parce que, en le surprotégeant on le livre à ses propres doutes et on le laisse penser qu'il n'appartient déjà plus à la société...

Dure et difficile, la confrontation avec la réalité est nécessaire

Même si la confrontation du patient avec la réalité est très dure et difficile, elle est souvent nécessaire pour réapprendre à marcher seul. L'expérience montre que le malade découvre mieux son potentiel vital quand il est mieux informé sur sa condition. Le médecin, là encore, ne joue pas qu'un rôle de prescripteur bien que son premier geste, consiste à atténuer chimiquement et physiquement la souffrance.

Il doit, aussi, tenter d'apaiser l'agressivité qui se retourne souvent contre celui qui se révolte et l'aider à retrouver en lui la patience riche de forces insoupçonnées.

Au total, l'homme, qui est un tout, un microcosme récapitulant tout le macrocosme où agissent conjointement nature et surnature, ne peut donc être appréhendé, dans sa réalité profonde, par les seuls récepteurs sensoriels et techniques ni par les seuls mécanismes de la pensée rationnelle abstraite. Les premiers amputent la personne, les deuxièmes la coupent de ses racines spirituelles.

Présence et écoute : un dialogue toujours singulier

Dans cette perspective, la vraie philosophie du soignant consiste à n'en avoir aucune, de manière à lutter pour la vie et contre la souffrance sans aucun a priori et quel que soit le pronostic. C'est une démarche qui implique toujours un *dialogue singulier* entre malade et médecin où les paroles discrètes et prudentes et les gestes d'apaisement, accompagnent les protocoles thérapeutiques assortis d'une compétence constamment mise à jour.

Dans cette perspective, la présence et l'écoute ont un rôle irremplaçable. C'est par cette écoute que le médecin apprend beaucoup sur son patient et qu'il ne cesse lui-même de s'interroger sur le mystère de la souffrance. Cette réflexion le rend toujours plus humble, et empêche, ainsi, toute prise de pouvoir sur le malade qui n'est le sujet de personne, ni sur la maladie qui n'est pas le terrain exclusif de la médecine.

Un élément d'apaisement et de discernement

L'écoute a un double but :

- elle participe à l'élaboration du diagnostic, en accédant à l'histoire du malade et de sa maladie ;
- elle constitue simultanément un élément thérapeutique d'apaisement et de discernement qui peut empêcher le malade de s'enfermer dans l'agressivité et l'angoisse de la mort. Elle peut l'aider à acquérir, quand cela est possible, une certaine dose de patience qui l'aidera à mieux concentrer toutes ses forces.

La suspension du temps, provoquée par l'arrêt de toute activité, est d'autant plus utile à la restauration d'un mieux-être, qu'elle entraîne une réflexion sur le sens.

La souffrance peut devenir le lieu d'une rencontre avec le Christ

C'est ainsi que la souffrance, en vidant le malade des fausses certitudes qu'il avait de lui-même, peut devenir le lieu d'une rencontre avec le Christ qui souffre dans chaque personne.

C'est dire que chaque homme qui souffre, porteur du Christ souffrant, exige une attention, un amour et un respect qui transforment la pitié en piété (« ce que vous faites au plus petit d'entre eux, c'est à moi que vous le faites ») et le replace dans sa globalité et son unité, et dans la totalité de la création divine.

Au-delà du scandale de la souffrance, rencontrer l'amour de son Créateur

C'est dire aussi que le médecin doit mettre l'accent sur la responsabilisation du patient dans la lutte contre le mal et sur sa participation à la démarche de guérison.

Se manifeste alors une véritable *synergie* entre la nature et la Grâce où la responsabilité de l'homme, au-delà du scandale de la souffrance et de la révolte qu'elle peut engendrer, finit par rencontrer l'amour de son Créateur. Cela est très explicite dans le récit des guérisons du Christ et notamment dans celui de la femme hémorroïsse qui, après avoir dépensé tout son argent chez les médecins, fait d'elle-même le geste de toucher le manteau du Christ pour en capter l'énergie guérissante: « *J'ai senti une force sortir de moi* », dit le Christ. Sa foi a précédé son geste et lui a donné la capacité de capter cette force.

Certes, ces données appartiennent à une perspective de foi, mais elles peuvent néanmoins ouvrir le champ d'une discussion avec les non-croyants, tant il est vrai que si « *peu de science éloigne de Dieu*, comme disait Louis Pasteur, *beaucoup de science en rapproche* ».

(La plupart des intertitres sont de la rédaction du SOP.)

Directeur de la publication : père Michel EVDOKIMOV

Rédaction et réalisation : Serge TCHÉKAN,
avec le concours de Anne-Claude HUSQUIN

Abonnement annuel

	SOP mensuel	SOP + Suppléments
France + DOM	40,00 €	72,00 €
Europe + TOM	44,00 €	88,00 €
Autres pays	52,00 €	99,00 €

Commission paritaire : 1111 G 80948
ISSN 0338-2478

Tiré par nos soins

C.C.P.: 21 016 76 L Paris
Tarifs PAR AVION sur demande