

# L'apport de la prudence au cœur du débat sur la fin de vie

ARMAND LEVILLAIN, OCD

Jusqu'au milieu du vingtième siècle « la figure du médecin et ses décisions ont un caractère sacré et sans appel »<sup>1</sup>. En accord avec le Serment d'Hippocrate, l'objectif du soignant est de soulager la maladie et la souffrance, en s'engageant à agir dans le meilleur intérêt du patient. Exclusivement fondée sur ce modèle de bienveillance, la relation médecin-patient est néanmoins susceptible de souffrir d'abus d'autorité : le soignant préfère, par exemple, convaincre son patient d'une décision prise unilatéralement, sans tenir compte de son libre choix.

La remise en cause d'un tel modèle surgit, principalement, à partir des années 1960, avec l'émergence progressive de nouvelles technologies. De toute évidence, les règles édictées par le Serment d'Hippocrate ne prévoyaient pas un comportement type, pour faire face aux délicates questions éthiques, suscitées par ces nouvelles méthodes de soins. Une réponse à ce manque fut trouvée aux Etats-Unis à partir de 1973, avec la création d'une commission, qui avait pour mission de définir les principes éthiques fondamentaux de toute recherche biomédicale. Composée de médecins, juristes et philosophes tels que A. Mac Intyre, T. Engelhardt, T. Beauchamp et J. Childress, cette commission opta pour une éthique de la discussion, en vue de s'adapter au mieux à une société où coexiste une pluralité de valeurs. Peu à peu, un consensus fut trouvé autour du principe d'autonomie, compris comme capacité d'autodétermination du sujet.

Sans pour autant renier le principe historique de bienveillance, celui-ci devint progressivement relatif au droit des patients de refuser ou de revendiquer un soin. Bien plus, le soignant fut de plus en plus soupçonné de paternalisme, compris comme un abus volontaire d'autorité. Il fut ainsi admis que sa compétence technique avait trop souvent tendance à lui faire oublier son devoir de sollicitude envers ses patients. Mais au

---

<sup>1</sup> E. SGRECCIA, *Manuel de Bioéthique. Les fondements et l'éthique biomédicale*, Trad. di R. Hivon, Paris, 2004, p. 215.

fond, cette nouvelle dialectique entre paternalisme et autonomie au cœur de la relation de soin, révèle les deux sources d'une telle éthique : d'une part, la théorie utilitariste renouvelée au XIX<sup>ème</sup> siècle par J.-S. Mill, ayant inspiré le principe de bienfaisance. D'autre part, la théorie déontologique, se référant à une science du devoir formalisé par E. Kant, et sur laquelle une approche dogmatique du principe d'autonomie a été fondée.

En se référant à ces deux théories, l'éthique biomédicale s'est néanmoins très vite trouvée en difficulté. En effet, l'utilitarisme postule que les actes humains n'ont aucune valeur en eux-mêmes. Seules les conséquences de ces actes ont une valeur. Concrètement, il n'y aurait donc aucune différence morale entre l'euthanasie ou une patiente agonie. Toutes conduisent à la même fin : la mort. Seule la libre décision du patient compte. De son côté, la théorie déontologique postule que le patient fait essentiellement partie d'une société individualiste, où la question centrale n'est pas de savoir comment bien vivre ensemble, mais comment régler juridiquement les rapports entre les individus. En ce sens, le risque lié à toute relation d'altérité devrait toujours être maîtrisé par un contrat.

C'est pourquoi après avoir souligné les limites philosophiques d'une telle éthique des principes, tant au plan des législations européennes actuelles, qu'au plan des politiques sanitaires confrontées à des décisions cruciales au sujet des souffrances en fin de vie, nous tenterons de proposer une alternative, en fondant la relation de soin sur la vertu de prudence. En ce sens, l'éthique développée dans les centres de soins palliatifs, proposant une approche globale de la souffrance d'un patient en fin de vie, constitueront pour nous la référence pratique de notre réflexion théologique.

## I. Approche critique de l'éthique des principes

T. Beauchamp et J. Childress composent en 1979, un ouvrage intitulé : *Les principes de l'éthique biomédicale*, désormais érigé en référence dans toutes les formations de soin. Ces auteurs ont évolué dans leur pensée au point de refuser désormais d'absolutiser le principe d'autonomie<sup>2</sup>. Dans leurs vues, un patient doit faire preuve d'un minimum de capacité de jugement pour être en mesure de partager une décision avec l'équipe soignante. En termes précis, le degré de risque inhérent à une décision devrait être corrélé au degré d'aptitude rationnelle du patient. Néanmoins, leur manière de comprendre le principe d'autonomie pose encore question, dans la mesure où la relation de soin semble être plus soucieuse de respecter le droit du patient, que de chercher ensemble son véritable bien.

---

<sup>2</sup> T. BEAUCHAMP & J. CHILDRESS, *Les principes de l'éthique biomédicale*, Trad. di M. Fisbach, Paris, 2008 (PEB), p. 91 : « Notre but est de construire une conception du respect de l'autonomie qui ne soit pas excessivement individualiste, [...] qui ne repose pas sur la raison de façon excessive (négligeant les émotions) et qui ne soit pas trop légaliste ».

### 1. Les limites d'une autonomie dogmatique

La première limite d'une telle éthique des principes se reconnaît dans son manque de réalisme. En fondant la responsabilité médicale sur un engagement purement contractuel, le risque de sous-estimer l'inévitable asymétrie entre le patient et le soignant est grand. Le malade est avant tout une personne qui souffre en vertu des changements drastiques de style de vie auxquels il est obligé, et de la mutation identitaire à laquelle il est confronté<sup>3</sup>. De tels bouleversements personnels conduisent chaque patient à demander de l'aide. La dépendance est donc au cœur de toute relation de soin. De son côté, le soin ne peut se réduire à prescrire un diagnostic, administrer une posologie et remplir un formulaire d'assurance maladie. Au contraire, il doit s'intégrer dans une relation personnelle, qui intègre le patient dans son contexte familial, culturel et historique. En sous-estimant tous ces paramètres, une revendication irréaliste de l'autonomie du patient peut avoir pour effet pervers d'accentuer une vision partielle de la maladie, par exemple la douleur physique, au détriment d'autres aspects, tels que l'anxiété au plan psychologique, ou la peur de mourir au plan spirituel<sup>4</sup>. Or, pour répondre à ces difficultés, il ne suffit pas d'améliorer l'organisation hospitalière. Il semble plus nécessaire encore d'opérer une conversion du regard sur la personne malade. Ainsi, considérer le malade comme un simple client est tout aussi inadapté que de vouloir restituer intégralement son autonomie.

La seconde limite d'un principe d'autonomie fort est le risque de voir la relation de confiance, entre le patient et le soignant, s'étioler au profit d'une morale privée, régulée par les cours de justice. La qualité de la rencontre qui devrait soutenir la motivation du soignant est hypothéquée par le strict droit à l'information du patient, et la crainte des soignants d'être inculpés devant un tribunal. Les conséquences pratiques sont nombreuses. Elles touchent non seulement la relation du patient avec le soignant, mais aussi la qualité des relations entre les membres de l'équipe soignante. Tout d'abord, il est opportun de rappeler que l'autonomie du patient au sens strictement kantien n'est pas réductible à une simple préférence personnelle, mais suppose de s'affranchir « d'un état de minorité de notre volonté qui nous fait accepter l'autorité de quelqu'un d'autre dans des domaines où il conviendrait de faire usage de la raison »<sup>5</sup>. Néanmoins,

<sup>3</sup> Cf. C. PELLUCHON, *L'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie*, Paris, 2009, p. 36-41.

<sup>4</sup> Cf. P. VESPIEREN, *Face à celui qui meurt, Euthanasie, acharnement thérapeutique, accompagnement*, Paris, 1984, p. 106 : « Très souvent la douleur [physique] est renforcée par l'angoisse. [...] Et le malade s'en rend compte, plus ou moins explicitement. Car d'habitude, il ressent simultanément une lourde fatigue, tout à fait différente de celles qu'il avait pu ressentir dans son existence précédente ; il y a aussi l'amaigrissement, l'inappétence, ce dégoût de toute nourriture qui transforme tout repas en un supplice ; tous ces symptômes réunis forment comme une toile de fond à la psychologie du malade et l'entraînent à la prise de conscience qu'il ne s'agit pas d'une maladie comme les autres ».

<sup>5</sup> J.-C. WEBER, « Evolution de la relation médecin-malade », in : M.-J. THIEL (dir.), *Où va la médecine ? Sens des représentations et pratiques médicales*, Strasbourg, 2003, p. 37.

s'il est vrai que les patients d'aujourd'hui attendent d'être mieux informés, leur capacité de comprendre et d'ordonner des informations, parfois très techniques, reste souvent limitée. Du coup, certains préfèrent encore remettre leur décision entre les mains d'un soignant compétent. En outre, une telle éthique de la méfiance peut aussi induire un esprit individualiste, au sein même de l'équipe soignante souffrant, à son tour, de relations très hiérarchiques et peu conviviales. Or, il serait illusoire de croire que la distance relationnelle entre ces différents degrés de soignants (du professeur en charge du service à l'aide soignant) n'ait aucune répercussion sur la santé mentale des patients.

La troisième limite se retrouve plus particulièrement chez T. Engelhardt, auteur d'un best-seller publié en 1986 : *Foundation of bioethics*. Cette approche a pour tâche de s'adapter à la société moderne, qui n'est plus construite autour d'une croyance, faite de valeurs morales universellement reconnues, ou d'une culture philosophique capable de fédérer la diversité de ses membres. Au contraire, force est de constater que la société rassemble aujourd'hui une pluralité de croyances et de systèmes éthiques différents, parfois même en opposition. A partir de ce constat, on peut se poser la question suivante : Comment respecter cette pluralité tout en fondant l'espoir d'assurer une vie communautaire dans la paix ? Afin d'y répondre, ce philosophe propose d'instaurer une éthique séculière en distinguant deux types de communauté : les amis moraux « liés ensemble par une tradition morale commune et/ou par des pratiques autour d'une vision partagée de la vie bonne » (ex : les *pro-choice*) et des étrangers moraux « qui ne partagent pas de prémisses morales suffisantes ou de règles d'évidences et d'inférences pour résoudre les controverses morales par des arguments rationnels, ou qui n'ont pas d'engagement commun d'autorité entre individus ou institutions pour résoudre les controverses morales »<sup>6</sup> (ex : les *pro-choice* face aux *pro-life*). Cette distinction a le mérite de refuser l'imposition par la force ou l'inquisition d'une éthique particulière, au détriment des autres communautés. Bien plus, une telle éthique séculière a pour but de « mettre en place un discours éthique très large et pragmatique qui permettrait de guider les étrangers moraux à la réalisation d'une politique de soins autour du principe de tolérance à l'égard des éthiques particulières »<sup>7</sup>. Dans cette logique, chaque individu a le droit de vivre selon sa propre hiérarchie de valeurs, sans qu'aucun principe universel puisse remettre en cause la validité de ses choix.

C'est justement ce relativisme des valeurs qui rend cette éthique séculière totalement irrecevable. En effet, non seulement l'homme n'est plus orienté vers un bien fondamental conforme à sa nature, tel que Dieu ; mais il n'est même plus une fin en lui-même, tel que le préconisait l'im-

---

<sup>6</sup> T. ENGELHARDT, *Foundation of bioethics*, trad. inédite de B. Schumacher, New York, 1996<sup>2</sup>, p. 7.

<sup>7</sup> B. SCHUMACHER, « Le défi d'une définition séculière de la personne pour l'éthique », *Nova et Vetera* 4 (2004) 51-52.

pératif pratique<sup>8</sup>. La seule caractéristique de cet homme postmoderne est d'être individu autonome, défendant jalousement sa liberté d'indifférence<sup>9</sup>. On peut s'en douter, les implications concrètes d'une telle éthique minimaliste sont dramatiques. Tout d'abord, le *principe de tolérance* érigé en norme absolu, n'admet pourtant pas la plus élémentaire solidarité. Ainsi, les malades en état végétatif chronique ou les handicapés profonds n'ayant aucune conscience d'eux-mêmes, sont des êtres humains mais ne peuvent être considérés comme des personnes, en raison de leur manque d'autonomie. Ils sont donc exclus d'une telle société pluraliste. Bien plus, l'euthanasie active et le suicide assisté, dans cette optique, sont érigés en symboles phares de la dignité humaine.

Plus fondamentalement, cette approche dogmatique de l'autonomie n'est-elle pas contradictoire en elle-même ? D'un côté, elle réfute une raison universelle, de l'autre elle la réintroduit, en posant une distinction conceptuelle entre la personne et l'être humain, ou en affirmant clairement sa préférence pour le principe d'autonomie, vis-à-vis de la bienfaisance. En outre, cette revendication forte de l'autodétermination du sujet ne révèle-t-elle pas l'illusion de répondre à la question de la souffrance, par un mal plus radical encore, la mort ? N'induit-elle pas une perversion du jugement, selon lequel la mort d'un être inutile pourrait devenir un soulagement pour la conscience morale ? Au plan pratique, ne trahit-elle pas la volonté toute puissante de maîtriser sa vie, jusqu'à pouvoir fixer l'heure de sa mort ? Ne dévoile-t-elle pas la peur de se laisser rejoindre intérieurement par une présence qui transcende le sujet ? Ne sous-estime-t-elle pas la capacité d'adaptation d'un patient, capable de puiser dans ses ressources intérieures, si d'une part, les soins lui permettent une meilleure qualité de vie et d'autre part, son entourage fait preuve d'un réconfort plein d'espérance ?

Les paradoxes d'une telle éthique relativiste ne se limitent donc pas à un exercice rhétorique. Ils présupposent surtout une « incapacité de tolérer tout ce qui met en péril l'équilibre instable et contradictoire »<sup>10</sup> de la société. Nous avons déjà mentionné quelques implications pratiques d'une telle idéologie. En généralisant notre propos à tout l'espace démocratique, on peut également soutenir que l'éthique minimaliste ne lui per-

---

<sup>8</sup> Cf. E. KANT, *Fondement de la métaphysique des mœurs*, Tome 2, Paris, 1985, p. 295 : « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne, que dans la personne d'autrui, toujours en même temps comme une fin et jamais comme un moyen ».

<sup>9</sup> Cf. S. PINCKAERS, *Les sources de la morale chrétienne*, Fribourg, 1985, p. 381-382 : « Elle consiste dans la capacité de choisir entre les contraires (le bien et le mal), elle relève de la seule volonté ; elle exclut les inclinations naturelles de l'acte libre en le soumettant au choix ; elle se pose entière dès le départ, excluant le progrès requis ; elle est entière dans chaque choix libre, c'est-à-dire que chaque acte est indépendant, séparé des autres ; elle n'a pas besoin de la vertu, ni de la finalité qui devient une circonstance des actes ; elle considère la loi comme une contrainte extérieure et une limitation de la liberté ».

<sup>10</sup> J. LAFFITTE, *Tolérance, intolérance ? Petite histoire de l'objection de conscience. Discours prononcé lors de la XIII<sup>ème</sup> Assemblée Générale de l'Académie Pontificale pour la Vie, le 15 Mars 2007*, Paris, 2010, p. 15.

met plus de répondre à sa véritable fin, car la recherche en commun de la vérité dans le débat politique a tendance à se substituer à des échanges d'informations. Dans cette même optique, l'admission d'une vérité universelle ayant des exigences éthiques est très souvent remplacée par une revendication des mêmes droits, pour ceux qui sont dans l'erreur et pour ceux qui incarnent une expression de la vérité. En conséquence, en admettant le caractère relatif de la vérité, une telle *tolérance* idéologique tend à valider des comportements qui restent immoraux. C'est pourquoi, certains n'ont pas hésité à dire qu'une telle société dite, démocratique, conduit ses citoyens à vivre sous « l'emprise d'un terrorisme moral. . . [Certes, il s'agit] d'une morale du confort. On appelait cela jadis le conformisme. [...] La pensée unique, la morale unique étant d'ailleurs souvent des réactions de confort. Dans un régime despotique, le conformisme peut aller dans le sens de la violence. [Par contre,] en démocratie, il va toujours dans le sens de la modération. Le problème, c'est que la modération peut devenir despotique »<sup>11</sup>.

Nous avons ainsi mis en relief les limites de la déontologie kantienne pour élaborer l'autonomie d'un patient dans une relation de soin. Dès lors la question suivante s'impose à nous : comment élaborer une juste autonomie pour permettre à un patient d'échapper à tout autorité abusive ? Il est fort possible qu'en recourant à un autre fondement philosophique, capable de reconnaître l'existence d'un ordre réel structuré et connaissable par la raison, nous serions plus à même de répondre à cette question. En effet, selon cette métaphysique traditionnelle, la liberté n'est pas conçue comme une pure indifférence entre le bien et le mal, mais elle est fondée dans une nature humaine. Celle-ci n'est pas neutre, immobile ou statique. Au contraire, la nature est une capacité dynamique inscrite dans l'être, lui permettant de s'orienter vers sa fin, tout en choisissant les moyens ordonnés à son épanouissement. En d'autres termes, la nature humaine est « programme et exigence. Elle désigne ce qui pousse chaque de nous à devenir lui-même. Elle exprime un dynamisme structurel par lequel tout homme se sent appelé à devenir plus humain »<sup>12</sup>. Une telle définition oblige à reconnaître dans la personne humaine une consistance propre, ne pouvant se réduire à la conscience qu'elle a d'elle-même. D'un point de vue formel, la personne est comprise comme une réalité individuelle subsistante douée d'une activité raisonnable. La redéfinition cartésienne de la personne qui s'est focalisée sur la raison, nous oblige à rappeler la relativité de l'activité rationnelle vis-à-vis de sa nature individuelle subsistant par soi et en soi. « Ces natures ne sont pas pour autant des unités ontologiques closes, fermées sur elles-mêmes et purement juxtaposées les unes aux autres. Elles agissent les unes sur les autres, entretiennent entre elles des rapports com-

---

<sup>11</sup> P. TESSON, « Un terrorisme intellectuel assez bienveillant », in : J-M CHARDON & D. LENSEL, *La pensée unique, Le vrai procès*, Paris, 1998, p. 34-35.

<sup>12</sup> J-L. BRUGUES, « Nature », in : *Dictionnaire de Morale Catholique*, Chambray, (DM), p. 286.

plexes de causalité. Dans l'ordre spirituel, les personnes tissent des relations intersubjectives. Les natures forment donc un réseau, et en dernière analyse, un ordre »<sup>13</sup>. La personne humaine s'insère donc dans un ordre qui l'incline naturellement à entretenir des relations d'altérité. Au plan pratique, elle ne peut pas se considérer comme une monade, même dans un état de souffrance extrême.

Bien plus, l'ordre dans lequel la personne s'insère n'est pas purement immanent, mais a été pensé par Dieu qui est Créateur, transcendant et libre. L'homme reçoit une existence qu'il ne peut pas se donner à lui-même. Il n'est ni l'origine, ni le maître de sa vie. C'est pourquoi « la créature sans Créateur s'évanouit, et même l'oubli de Dieu rend opaque la créature elle-même »<sup>14</sup>. La personne humaine n'est donc pas dieu pour elle-même, ni non plus pour les autres. Elle n'a pas le pouvoir de décider ce qui est bien ou mal. Dieu seul lui montre ce qui est véritablement bon, par la voix de sa conscience, qui actualise la loi naturelle inscrite en son être. Dès lors, la personne humaine est capable de faire des choix conformes à ses inclinations naturelles : elle apprend à hiérarchiser ses décisions en fonction d'une finalité bonne. Mais cette liberté de qualité s'inscrit dans les limites de sa nature humaine<sup>15</sup>. Elle ne saurait être absolue en « jouissant d'une primauté sur la vérité, au point que la vérité elle-même serait considérée comme une création de la liberté »<sup>16</sup>. C'est pourquoi, poser un acte d'autodestruction ou de destruction vis à vis de son prochain ne constitue jamais un acte de liberté humaine, mais sa « parodie diabolique. La liberté des hommes est (donc) une liberté partagée, une liberté dans la coexistence des libertés, qui se limitent mutuellement et ainsi se portent »<sup>17</sup>.

## 2. Critique d'une bienfaisance relative

En outre, selon, T. Beauchamp et J. Childress, « le but premier et la vocation de la médecine et des soins médicaux »<sup>18</sup> se trouvent dans le principe de bienveillance. Pourtant, en vertu d'abus paternalistes inévitablement liés à ce principe, ces auteurs refusent d'en faire un principe premier. Face à la bienfaisance, le principe d'autonomie que nous venons d'évoquer aurait plutôt un rôle régulateur. La difficulté rencontrée par cette éthique des principes, réside dès lors dans une définition objective de la

---

<sup>13</sup> COMMISSION THÉOLOGIQUE INTERNATIONALE, *Un nouveau regard sur la loi naturelle*, Rome, 2004, n° 65.

<sup>14</sup> JEAN-PAUL II, Lettre encyclique, *Veritatis Splendor*, Rome, 1993 (VS), n° 39.

<sup>15</sup> Cf. S. PINCKAERS., *Les sources de la morale chrétienne*, p. 362.

<sup>16</sup> VS, n° 35.

<sup>17</sup> J. RATZINGER, « Freiheit und Wahrheit », *Communio* allemand, 24/VI (1995) 527, trad. di B. Pauthier & N. Bauquet, in J. RATZINGER, *Discerner et Agir, La communion de foi*. Tome 2, Paris, 2009, p. 219.

<sup>18</sup> PEB, p. 257.

notion de bien, puisque les critères de la loi naturelle ne semblent plus pouvoir constituer une norme de référence. Loin d'être une notion univoque, la bienfaisance devient une notion relative à l'interprétation de celui qui l'exerce. Il semble tout de même qu'une formule tirée de l'œuvre d'Hippocrate constitue encore le minimum requis : « Au moins ne fais pas de mal »<sup>19</sup>. Cela dit, dans leur logique utilitariste, ces auteurs estiment davantage la valeur d'un acte selon ses conséquences : la souffrance serait si déshumanisante qu'à partir d'un certain stade l'euthanasie et le suicide assisté deviendraient parfaitement justifiables au plan moral. Or, une telle logique aboutit à une contradiction : D'un côté, la non-malveillance est un principe minimal, c'est-à-dire un absolu infranchissable. De l'autre, elle est fondée sur des critères relatifs au Bien ultime, tels que l'auto-détermination du patient ou sa qualité de vie. Dès lors comment respecter ce principe sans tomber dans un certain arbitraire ?

À un plan supérieur, ces auteurs distinguent la bienfaisance obligatoire de la bienveillance idéale. Cette dernière serait illustrée par la parabole du bon samaritain. L'exigence de sacrifice et d'altruisme contenus dans cet idéal ne la rendrait toutefois pas applicable. En conséquence, nous ne serions pas « moralement contraints d'aider quelqu'un en toute occasion, même si nous en avons la possibilité. Nous ne [serions] pas moralement contraints, par exemple, d'accomplir un acte de générosité ou de charité pour le bien d'autres personnes »<sup>20</sup>. De son côté, la bienfaisance obligatoire serait déterminée par des liens contractés avec un individu. Certes, il n'est pas demandé au soignant d'atteindre le degré d'héroïsme de Mère Thérèse, mais cette théorie constitue tout de même une perversion, par sa manière de considérer l'indifférence face à un étranger en détresse comme un acte moralement acceptable. Bien plus, elle remet en cause le degré minimal d'oubli de soi qui correspond à la profession du soignant. De fait, le mot *profession*, en vertu de son étymologie latine (*profiteri*) peut tout à la fois désigner l'exercice d'un art, que l'émission d'une promesse. En l'occurrence, être un professionnel de la santé n'est-ce pas promettre de répondre, en tout temps, à cette question : « Comment puis-je vous aider ? »<sup>21</sup>. De fait, l'acte de soigner un patient engage toute les dimensions de la personne (affectivité, intellect, volonté) et implique un renoncement à ses intérêts personnels, qui peut avoir des conséquences très concrètes, tant sur le besoin de reconnaissance sociale que sur la protection de la vie privée. En conséquence nous soutenons que l'organisation du travail quasi tayloriste adoptée par de nombreux centres de soin est gravement inadaptée à la profession de santé<sup>22</sup>.

---

<sup>19</sup> HIPPOCRATES, *Epidemics*, I : 11, in W. JONES, *Hippocrates*, Cambridge, vol. 1, 1923, p. 165.

<sup>20</sup> PEB, p. 242.

<sup>21</sup> Cf. E. PELLEGRINO, « Toward a Reconstruction of Medical Morality », *The American Journal of Bioethics* 6/2 (2006) 67.

<sup>22</sup> Cf. V. PIRARD, « Qu'est-ce qu'un soin ? Pour une pragmatique non vertueuse des relations de soin », *Esprit* 321 (2006) 89-90.

Pour autant, la dénonciation moderne des abus de pouvoirs justifiés par ce principe de bienveillance, concernant surtout des informations retenues ou des décisions médicales imposées, a eu pour effet positif de rééquilibrer la relation entre le patient et le soignant en un juste partenariat. Afin d'explicitier cette nouvelle relation, il semble opportun de recourir à la distinction introduite par J. Feinberg, entre un paternalisme fort (dur), trop longtemps érigé en norme autoritaire absolue, et un paternalisme faible (mou) qui semble être aujourd'hui plus acceptable.

« Le paternalisme fort apparaît dans le refus d'acquiescer aux désirs, aux choix et aux actions autonomes d'une personne, au nom du besoin de le protéger »<sup>23</sup>. Tous les auteurs s'accordent pour penser que ce paternalisme n'est plus une position tenable. De manière étonnante, certaines unités de soin continuent pourtant d'accepter des politiques coercitives. Par exemple, en pratiquant l'hospitalisation d'office d'une personne n'ayant porté aucun préjudice, ni aux autres, ni à elles-mêmes, mais considérée comme potentiellement dangereuse. Ou encore, en prescrivant un sédatif contre le souhait du patient. Certaines conditions particulières de soin semblent néanmoins pouvoir justifier le recours à un paternalisme fort. Nous n'en retiendrons que deux parmi les cinq évoquées par T. Beauchamp et J. Childress: « 1. Le patient est exposé à un risque de danger significatif et évitable. 2. L'action paternaliste empêchera probablement de danger »<sup>24</sup>. Tel pourrait être le cas d'un soignant décidant de taire une information médicale importante auprès du patient concerné, afin de prendre le temps de le préparer à recevoir cette nouvelle, sans qu'elle constitue un choc émotionnel excessif, pouvant induire une décision prématurée. Sans sous-estimer le rôle nécessaire d'un accompagnement pédagogique du soignant auprès d'un patient prenant conscience d'une maladie grave, cette théorie continue de soulever des questions : la fin justifie-t-elle les moyens ? Une telle rétention d'information n'aurait-elle pas plutôt pour fin de fuir une relation personnelle avec le patient ?

Quant au paternalisme faible, il se définit comme « une action prise dans le meilleur intérêt d'un patient qui ne peut donner son plein consentement pour quelque raison que ce soit, ou qui n'a pas la pleine capacité de faire un choix libre »<sup>25</sup>. Il est communément pratiqué aujourd'hui, en particulier dans les centres pédiatriques, psychiatriques ou gériatriques. Dans sa logique utilitariste, J. Feinberg considère que ce paternalisme est justifiable, car le bienfait d'une protection contrainte est ici supérieur au mal que le patient pourrait s'infliger par lui-même. En pratique, cela signifierait qu'un soignant pourrait légitimement prendre une décision à la place d'un patient esseulé, en état de choc ou d'agonie, en vue de défendre son meilleur intérêt. Cet auteur va même jusqu'à considérer qu'une telle

---

<sup>23</sup> PEB, p. 264; voir aussi E. PELLEGRINO & D. THOMASA, *For the patient's good. The restoration of Beneficence in Health Care*, New York, 1988 (PG), p. 16. 23-25.

<sup>24</sup> PEB, p. 272.

<sup>25</sup> PG, p. 6.

situation ne constitue pas un véritable paternalisme. Pourtant, une fois de plus, la règle mise en place pour justifier ce paternalisme semble arbitraire : n'est-elle pas davantage fondée sur le niveau de conscience de soi du patient que sur sa nature de personne humaine, nécessairement inscrite dans un réseau relationnel ? Ne sous-estime-t-elle pas l'effet d'apaisement, d'une participation active du malade à une décision médicale le concernant, même si le mode doit être proportionné à son incompétence psychologique.

En reprenant les termes de cette distinction, nous soutenons que la relation de soin doit écarter toute forme de paternalisme fort, sans exception. En revanche, cette même relation s'insère nécessairement dans un rapport asymétrique relevant du paternalisme faible. A ce point, il nous faut immédiatement écarter une équivoque : ce que l'utilitariste appelle « paternalisme faible » constitue pour le métaphysicien une relation d'aide personnelle. Autrement dit, la notion de « paternalisme faible » n'est pas, pour nous, la justification juridique d'un abus de pouvoir, touchant un patient incompétent et isolé. Elle exprime plutôt l'apparent paradoxe d'une relation de soin, posant le patient dans un état de dépendance sans pour autant lui faire perdre sa liberté.

Cela dit, pour les éthiciens déontologistes et utilitaristes, l'hypothèse que nous venons de proposer est irrecevable : une relation humaine ne peut être, tout à la fois, dépendante et libre, car la dépendance physique ou psychologique interdit un choix indifférent entre des contraires à chaque instant. Mais cette contradiction dévoile l'une des plus grandes limites de l'éthique de l'éthique, à savoir son apathie intérieure. En effet, les désirs naturels de l'homme ne sont plus orientés vers une fin objective telle que le bonheur, mais se satisfont de besoins égoïstes, justifiés par la liberté d'indifférence<sup>26</sup>. Ce manque de dynamisme de l'agir a deux grandes conséquences. Tout d'abord, au plan personnel, des valeurs subjectives telles que le plaisir, le confort ou l'intérêt individuel deviennent prioritaires, face à la qualité des actes posés et au désir de connaître Dieu, par l'intelligence. La seconde conséquence de cette inertie de l'agir, se situe à un plan social : les relations humaines ne s'enracinent plus dans un fondement vertueux tel que la gratuité des échanges, mais sont régies par une casuistique jurisprudentielle. Cela se concrétise dans la relation de soin, par une résolution pénale de tous les grands conflits d'intérêts, se substituant à un dialogue de confiance entre partenaires de soin.

---

<sup>26</sup> Cf. S. PINCKAERS, *Plaidoyer pour la vertu*, Paris, 2007, p. 91 : « C'est ainsi que Kant fera la critique de tout système qui fait entrer la considération du bonheur dans l'intention morale et la prend pour fin, ce qu'il nomme l'eudémonisme. Il estime que tous les eudémonistes sont des égoïstes pratiques, et il affirme que faire de l'eudémonisme le fondement de la vertu, c'est l'euthanasie de la morale. La morale repose sur la pure obéissance à l'impératif catégorique, sans mobile intéressé ».

## II. La morale des vertus : une alternative à l'éthique des principes

Nous venons d'évoquer l'adjectif "vertueux". Mais que signifie-t-il exactement ? Une clarification s'impose, car cette notion est interprétée différemment, selon la conception de la liberté présupposée. Pour T. Beauchamp et J. Childress, postulant une liberté d'indifférence, la vertu est un simple trait de caractère psychologique<sup>27</sup> s'actualisant dans une obéissance formelle à des principes éthiques. Conscients des limites d'une telle approche, ces auteurs introduisent une corrélation entre les principes normatifs, ayant pour rôle d'encadrer les passions humaines, et les vertus morales, permettant de discerner dans les cas concrets, non déterminés par le droit. Ainsi par exemple, le principe d'autonomie correspond à la vertu de respect d'autrui. Cela dit, comme cette corrélation n'est pas fondée dans la dynamique intérieure de l'agir, mais à partir d'une morale du devoir, elle « semble un peu forcée »<sup>28</sup>. Au fond, ne trahit-elle pas une volonté de restreindre le désir naturel d'être heureux, à des principes protégeant l'homme, toujours menacé dans ses droits. Ne présuppose-t-elle pas une conception de l'humanité, nécessairement composée d'hostilités, de rivalités, et incapable de devenir meilleure ?

### 1. La dépendance relationnelle au service de la vertu

Loin d'une approche aussi pessimiste, Thomas d'Aquin conçoit la vertu morale, comme une disposition permanente de l'âme à produire des actes bons, par la volonté. En ce sens, la vertu n'est pas un simple trait de caractère, mais un élan spirituel qui transforme en l'homme ses potentialités naturelles en habiletés spontanées. Plus précisément, elle est la capacité de perfectionner une puissance : "plus je suis vertueux, plus je deviens capable d'actes bons". Mais les actes bons posés ont également, en eux-mêmes, la capacité de faire grandir la vertu elle-même : « plus je pose des actes bons et plus je renforce la vertu »<sup>29</sup>. Cette relation réciproque, entre la disposition permanente de l'âme et les actes posés librement, est parfois illustrée par l'expression de *cercle vertueux*. Mais une telle image peut avoir comme inconvénient de renvoyer à une relation close sur elle-même. Or, la vertu ne s'approfondit qu'en étant ouverte sur l'avenir, en orientant la personne humaine vers une fin digne de sa nature : le bonheur. Par conséquent, il semble plus adéquat de parler d'une *spirale*

---

<sup>27</sup> PEB, p. 53 : « Le caractère est constitué d'un ensemble de *traits stables (vertus)* qui influent sur le jugement et les actions d'une personne. Bien que nous ayons tous un ensemble de traits de caractères différents, toute personne douée de capacités normales peut cultiver les traits qui ont une importance centrale pour la morale ».

<sup>28</sup> E. PELLEGRINO & D. THOMASA, *The virtues in medical practice*, trad. par nos soins, New-York, 1993 (*VMP*), p. 25.

<sup>29</sup> DM, « Vertu », p. 450.

*vertueuse*<sup>30</sup>, représentant ce chemin d'éducation d'une liberté de qualité vers un bonheur réel. La vertu morale, ainsi comprise, constitue une véritable alternative à l'éthique de des principes. De quelle manière se manifeste-t-elle dans la relation de soin ?

Pour répondre à cette question commençons par spécifier la vertu du patient en fin de vie. Lorsqu'un patient est atteint d'une maladie grave, le contraignant brutalement à un désœuvrement inhabituel, associé à une dépendance physique et psychologique, une angoisse surgit en raison de la mutation profonde de son rapport au temps. Le futur n'est plus un horizon infini, mais se concentre autour d'une heure inconnue, celle de la mort. La réaction immédiate du patient est souvent un mélange de déni et de colère. Puis, le malade peut apprendre à apprivoiser sa mort, en donnant un sens plus profond à sa vie : loin d'avoir été une succession d'actes indépendants, son histoire personnelle se dévoile à ses yeux, sous un jour nouveau, à travers une articulation cohérente. Faire mémoire, en ce sens, c'est déjà tendre vers un certain espoir au cœur de la maladie. Toutefois, ce travail d'anamnèse ne suffit pas toujours pour dénouer un sentiment de culpabilité très enraciné. Au contraire, les conditions d'une hospitalisation, telles que l'immobilité et le silence, appelant le patient à un désencombrement de ses préoccupations superflues, l'incite en même temps, à entrer dans un mouvement d'introspection solitaire, aboutissant à une confrontation cruelle avec sa culpabilité. Cela dit, une telle heure de vérité peut également être l'occasion d'une prise de conscience salvifique : le patient découvre le fondement de cette culpabilité. A sa grande surprise, ce ne sont pas les circonstances historiques d'une faute morale qui constituent la cause ultime de sa culpabilité, mais le caractère fini de sa nature humaine<sup>31</sup>. Autrement dit, le patient prend du recul, en saisissant que son immaturité affective est uniquement le reflet psychologique d'une liberté inaccomplie. Or, celle-ci est précisément appelée à se perfectionner, en s'ouvrant au paradoxe le plus mystérieux de la vocation humaine, à savoir : comment une créature raisonnable et limitée peut-elle ambitionner d'assouvir son désir naturel de voir Dieu ?

Il est évident que l'éthique des principes ne peut pas constituer une réponse suffisante à un tel conflit métaphysique vécu par le patient. De fait, en raison même de leur caractère normatif et exogène, les principes d'autonomie ou de bienfaisance se contentent de poser un cadre, pour réguler les situations d'irrespect ou d'injustice humaine. Mais ces principes n'ont aucun impact sur le dynamisme moral des personnes. Seule une morale des vertus, capable de transformer l'orientation de l'agir d'une personne, peut l'aider à opérer cette réconciliation, entre sa vocation d'image de Dieu et sa vie concrète. C'est ici qu'A. Mac Intyre introduit la vertu de dépendance reconnue. Il la définit comme « la vertu des individus qui reconnaissent leurs responsabilités vis-à-vis de la famille immédiate,

---

<sup>30</sup> Cf. B. HOERNI, *L'autonomie en médecine*, Paris, 1991, p. 190-201.

<sup>31</sup> Cf. F. VITALE, *Benjamin Constant, Écriture et culpabilité*, Genève, 2000, p. 14.

de la famille étendue et de la tribu, et qui expriment cette reconnaissance par leur participation à des actes cérémoniels de don non-calculés, des cérémonies d'actions de grâce, de souvenir et d'octroi d'honneurs »<sup>32</sup>. Par cette vertu, la personne malade peut donc entrer dans une relation d'altérité, se situant entre la pure justice et la générosité, en conformité à ses inclinations naturelles. Bien plus, la reconnaissance de l'autre pour lui-même, avec les gestes symboliques qui lui sont associés, a pour effet de susciter une force nouvelle pour se donner, tout en ranimant la capacité de recevoir. En un mot, la vertu de dépendance reconnue permet au patient de sortir de « l'illusion de l'autosuffisance »<sup>33</sup> tout en lui faisant goûter une liberté nouvelle.

Néanmoins, pour s'accomplir dans une qualité relationnelle toujours plus profonde, le patient a besoin d'un climat de soin, où il est accueilli avec hospitalité. Cela suppose de la part des soignants, le refus d'un langage purement stéréotypé (gestes ou parole mécaniques), et la volonté d'établir une distance ajustée avec le patient (ni fusion, ni indifférence). En ce sens, l'hospitalité est « un processus par lequel des étrangers sont transformés en amis », ou encore une disposition d'esprit par laquelle « des idées peu familières peuvent traverser la frontière des préjugés »<sup>34</sup>. Cette qualité est particulièrement requise pour permettre à un patient en fin de vie de déployer des potentialités, encore cachées au fond de son âme.

Pourtant de nombreux centres de soins semblent encore la négliger, en imposant à leur personnel soignant une distance excessive avec le patient : la recherche univoque de la performance médicale peut même décourager le patient, qui désire tout autant être soulagé de son mal physique, qu'être entouré affectivement. Un tel constat met en lumière l'étroite interdépendance morale entre patient et soignant, et nous invite à faire par la suite une analyse détaillée, de la vertu requise pour qu'une équipe médicale réponde adéquatement à sa vocation spécifique. Mais avant cela, il faut nous rappeler de quelle manière la vertu de prudence est la plus adaptée pour aider le soignant, en dialogue avec le patient, à prendre les meilleurs décisions médicale possibles.

## 2. *L'apport spécifique de la prudence au cœur de la décision médicale*

« Dans son usage contemporain, [la prudence] suggère la timidité, une inquiétude excessive pour ses intérêts, un refus de prendre des risques, un pragmatisme étroit, et une série d'autres caractéristiques bien peu ad-

---

<sup>32</sup> A. MAC INTYRE, *Dependent rational animal. Why human being need the virtues ?*, trad. inédite de T. Collaud, Chicago, 1999, p. 120.

<sup>33</sup> *Ibid.*, p.129.

<sup>34</sup> T. ZELDIN, « Hospitalité et Politesse », in : *Dictionnaire d'éthique et philosophie morale*, M. CANTO-SPERBER (dir.), Paris, 1996 (DE), p. 671.

mirables »<sup>35</sup>. Pourtant, à l'origine, le mot prudence est une contraction du terme latin *providentia*, signifiant la capacité de voir à l'avance. En ce sens, la prudence ne désigne ni une attitude timorée, ni une simple habileté (celle du voleur) indifférente de la valeur morale des actes, mais « la vertu du choix, de la responsabilité personnelle, du risque consciemment pris »<sup>36</sup>. Bien plus, la prudence est la reine des vertus cardinales, parce qu'il lui revient d'orienter la raison vers sa juste fin dans tous les domaines de l'agir. Son rôle architectonique, tout à fait spécifique au cœur de la morale des vertus, fait de cette « vertu la plus nécessaire à la vie humaine »<sup>37</sup>. Les trois autres vertus cardinales complètent sa tâche, suivant les catégories d'actions qu'elles ont à rectifier.

Plus précisément, Aristote définit cette vertu de prudence comme une « disposition accompagnée de règle vraie capable d'agir dans la sphère de ce qui est bon et mauvais pour un être humain »<sup>38</sup>. En ce cas, la disposition peut être qualifiée de pratique parce qu'elle n'a pas pour but de donner une connaissance théorique du bonheur à atteindre, mais doit effectivement rendre heureux celui qui la met en œuvre. Toutefois, rappelons-nous que pour le Stagirite l'expérience du bonheur n'est pas d'ordre matériel, mais constitue avant tout une « activité de l'âme conforme à la raison »<sup>39</sup>, réservée à ceux qui ont reçu les aptitudes naturelles nécessaires. Faute d'avoir reçu ces dispositions à la naissance ainsi que l'éducation requise, la plupart des hommes n'accèdent pas au bonheur. Par ailleurs, Aristote précise que cette disposition est accompagnée d'une règle vraie. Il spécifie ainsi que la prudence est une vertu intellectuelle sollicitant la faculté de délibérer à propos de réalités contingentes. Cela se manifeste dans la capacité « d'apprécier les obstacles, tirer parti des caractéristiques absolument singulières d'une situation donnée, choisir le moment opportun pour toute entreprise, prévoir jusqu'à l'inattendu »<sup>40</sup>. Enfin, Aristote ne se réfère pas à des normes transcendantes, telles que le Bien suprême ou le Mal métaphysique, mais il pose l'homme rationnel et vertueux au cœur de sa morale, en considérant la sphère de ce qui est bon et mauvais pour un être humain.

Nombreuses sont les études qui ont tenté de mettre en lumière l'inspiration aristotélicienne de la prudence chez Thomas d'Aquin. Ainsi, il est souvent dit, à juste titre, que selon le docteur Angélique, la vertu de prudence n'est pas perçue dans son rapport à la seule faculté intellectuelle. Elle est aussi comprise dans son lien avec la volonté. En ce sens, la définition thomiste de la prudence s'énonce comme « la droite règle de l'action, et non seulement en général, mais aussi dans les cas particuliers où

<sup>35</sup> *VMP*, p. 84.

<sup>36</sup> J.P. TORRELL, *La «Somme de théologie» de Saint Thomas*, Paris, 1998, p. 66.

<sup>37</sup> THOMAS D'AQUIN, *Somme de théologie (ST)*, Ia IIae, q. 57 art. 5 : « Prudentia est virtus maxime necessaria ad vitam humanam ».

<sup>38</sup> ARISTOTE, *Ethique à Nicomaque*, trad. de J. Tricot, Paris, 1994, VI, 5, 1140, b 5, p. 285.

<sup>39</sup> *Ibid.*, I, 6, 1098, a 10, p. 59.

<sup>40</sup> P. PELLEGRIN, « Prudence », in : *DE*, p. 1202.

s'exerce l'action »<sup>41</sup>. Autrement dit, la capacité délibérative ayant pour fin d'établir la droite règle d'une action, ne suffit plus pour rendre compte d'un comportement prudent. Il faut aussi poser un acte de volonté, s'exprimant dans une décision concrète, conforme à cette droite règle, pour exercer la vertu de prudence<sup>42</sup>.

Sans nous attarder sur ce sujet complexe, il est opportun de remarquer la limite méthodologique de certaines études, considérant l'approche de Thomas d'Aquin comme un dépassement, sur un plan théologique, des thèmes aristotéliens. Celui-ci est explicité par une ouverture de « la raison à l'ordre supra-rationnel et supra-humain »<sup>43</sup> ou encore par une prolongation de la vertu dans un univers surnaturel, causée par une infusion de l'Esprit Saint, qui viendraient mystérieusement surajouter une dimension spirituelle à la vertu acquise déjà existante. Ainsi, la prudence politique d'Aristote recevrait une qualification supplémentaire, la perfectionnant « dans sa marche vers le divin »<sup>44</sup>. Enfin, cette tentative de considérer l'approche théologique comme un dépassement des thèmes philosophiques, peut se manifester également par l'option d'une fin humaine moins tragique que la contemplation autarcique aristotélienne, à savoir : la béatitude éternelle, promise à ceux qui ont une « âme de pauvre »<sup>45</sup>.

En considérant que Thomas d'Aquin a dépassé Aristote, ces auteurs semblent présupposer qu'il existerait deux réalités superposées l'une sur l'autre : le plan des réalités naturelles et, à un niveau supérieur, celui des réalités surnaturelles existant par soi et en soi, chez les croyants exclusivement. Une telle hypothèse risque de séparer la grâce de la nature, ce qui serait contraire à l'adage traditionnel, selon lequel, « la grâce ne détruit pas la nature, mais l'achève »<sup>46</sup>. En outre, cette hypothèse semble présupposer qu'il serait possible de poser de bonnes actions humaines sans le secours divin. Or, depuis le péché originel, une blessure s'est introduite en l'homme « le rendant incapable par lui-même de vaincre effectivement les assauts du mal »<sup>47</sup>. En conséquence, si l'homme peut encore accomplir

---

<sup>41</sup> *ST*, Ia IIae, q. 58 art. 5 : « Prudentia est recta ratio agibilium ; non autem solum in universali, sed in particulari, in quibus sunt actiones ».

<sup>42</sup> Cf. M.N. DUMAS, « La définition de la prudence chez Thomas d'Aquin et ses relations avec la définition d'Aristote », *Bulletin du Cercle Thomiste saint Nicolas de Caen* : 1 : 82 (1978), 27-28.

<sup>43</sup> B. LEMOINE, « La prudence chez Saint Thomas d'Aquin, La problématique thomiste au regard de la philosophie Aristotélienne. Pour une relecture contemporaine du traité », *Divus Thomas* 68 (1992), p. 46.

<sup>44</sup> M.N. DUMAS, « La définition de la prudence... » : II : 83 (1978), p. 12. Dans ce même passage, l'auteur dit explicitement : « Thomas reprend tous ces thèmes aristotéliens, mais pour les dépasser au niveau théologique et ainsi en transformer complètement la portée ».

<sup>45</sup> Mt 5,3.

<sup>46</sup> *ST*, Ia, q. 1, art. 8 : « gratia non tollat naturam, sed perficiat ». Cet adage se retrouve en bien d'autres endroits dans l'œuvre de Saint-Thomas. La grâce peut être comprise comme une « participation à la nature divine » (2 P 1, 4).

<sup>47</sup> CONCILE VATICAN II, Constitution pastorale sur l'Eglise dans le monde de ce temps, *Gaudium et Spes*, Rome, 1965 (GS), n° 13, 2.

par lui-même quelque bien d'ordre matériel, en revanche, il a viscéralement besoin du secours divin, rectifiant la tendance désordonnée de ses appétits, non seulement pour accomplir le bien surnaturel, mais surtout pour persévérer dans ce même bien naturel<sup>48</sup>. Pour être plus précis, ce secours divin n'est autre que la grâce permettant à l'homme sauvé d'ordonner toutes les puissances de son âme vers leur juste fin. Ce n'est donc pas un dépassement de la prudence acquise qu'opère Thomas d'Aquin, en considérant la vertu de prudence dans sa dimension surnaturelle, mais son véritable accomplissement en étant guérie et perfectionnée par la grâce. En ce cas, l'expérience acquise, loin de devenir caduque, est transfigurée par le don de Dieu en une sagesse pratique<sup>49</sup>. Une telle conclusion nous invite à un changement radical de point de départ : à la différence de ce que préconisait Aristote, ce n'est plus l'homme prudent, tel Périclès, qui est la norme de la vertu, mais c'est le mystère du Verbe Incarné<sup>50</sup> qui devient le critère de discernement ultime de tout acte moral<sup>51</sup>.

L'implication d'un tel fondement théologique sur l'orientation d'une décision médicale, effectuée dans le cadre d'une unité de soins palliatifs, est déterminante. En effet, dans la mesure où l'acte de soigner a pour objet une personne souffrante, il exclut des choix de nature strictement matérielles, que l'homme pourrait ponctuellement poser sans la grâce. Bien plus, le soignant, devant faire face à la mort proche du patient, est en permanence confronté au sens de sa propre mort. Or, en de telles circonstances, il ne peut pas se protéger derrière les seules explications techniques, pour répondre humainement aux besoins personnels du malade. C'est pourquoi, afin de surmonter sa propre vulnérabilité, le soignant est invité à recevoir l'inspiration de ses décisions d'une grâce personnelle, lui donnant une force mystérieuse pour poser un acte de soin, parfaitement

---

<sup>48</sup> Cf. *ST*, Ia-IIae, q. 109, art. 2 : « scilicet ut sanetur ; et ulterius ut bonum supernaturalis virtutis operetur ».

<sup>49</sup> Cf. B. TREMBLAY, « Pourquoi la prudence, vertu intellectuelle de l'agir, est-elle pour Thomas d'Aquin une sorte de sagesse ? », *Angelicum* 69 (1992) 50-51 : « Ce sage, que les Latins appelaient *prudens*, se distingue du sage *simpliciter* entre autres choses en ce qu'il fait plus que connaître un ordre : il ordonne réellement. Il agit concrètement, et le principe qui le guide dans sa mise en ordre des actes humains et auquel il ramène chacun de ceux-ci pour être en mesure de les juger est la fin ultime de la vie humaine ».

<sup>50</sup> Cf. *GS*, n° 22,1 : « En réalité, le mystère de l'homme ne s'éclaire vraiment que dans le mystère du Verbe incarné. Adam, en effet, le premier homme, était la figure de celui qui devait venir, le Christ Seigneur. Nouvel Adam, le Christ, dans la révélation même du mystère du Père et de son amour, manifeste pleinement l'homme à lui-même et lui découvre la sublimité de sa vocation ».

<sup>51</sup> Cf. F. DINGJAN, *Discretio. Les origines patristiques et monastiques de la doctrine sur la prudence chez saint Thomas d'Aquin*, Assen, 1967. Cette thèse montre de quelle manière Thomas d'Aquin assume l'héritage patristique et monastique, en rattachant la notion traditionnelle de *discretio* à la vertu cardinale de prudence. Or, ce terme de *discretio* traduit deux mots grecs : *διάκρισις* c'est-à-dire *discernement* et *μέτρον* signifiant *mesure*. En ce sens, il dérive de *discernere* dont le sens premier *διακρίνειν* exprime l'acte de séparer, diviser, distinguer. L'auteur rappelle ainsi que « le sens original de discernement indique un acte de la raison spéculative ou pratique. Comme acte de la raison spéculative, ce discernement n'est pas vertueux ; comme acte de la raison pratique, il est un acte vertueux, l'acte même de la prudence » (p. 226).

ajusté à la personne souffrante. En conséquence, il n'est pas acceptable d'inférer une séparation pratique entre les parts acquises et infuses de la prudence, dans une telle relation de soin.

Illustrons notre réflexion par un cas concret : Mr. A., 61 ans est atteint d'un mésothéliome malin, de dyspnée, d'anémie, associés à de fortes transpirations. La maladie déclarée il y a dix ans suit une évolution rapide depuis trois mois, l'ayant conduit en soins palliatifs. De plus, cet homme pèse 110 kg et n'est pas confortable. Le patient a exprimé sa peur de mourir. Au cours d'une nuit, à 23h30 cet homme se lève pour aller uriner, mais il tombe. La fièvre monte à 39,5°. A cette heure, l'unité de soin est gardée par une infirmière et une aide-soignante. Comment la prudence a-t-elle inspiré la décision des soignantes ? En ce cas, l'infirmière, ne réagit pas de manière impulsive ou légaliste, mais manifesta un « instinct spirituel »<sup>52</sup>, en prenant l'initiative de téléphoner au médecin de garde, pour lui demander conseil. La délibération partagée permet de discerner la juste fin de l'acte de soin. En ce cas, l'objectif premier était d'aider le patient à traverser son agonie, dans les conditions extérieures les moins inconfortables possibles. En vue de satisfaire cette fin, les soignants décidèrent d'utiliser les moyens les plus appropriés à leur disposition, à savoir : installer le patient sur un matelas par terre. Ce choix pourrait paraître surprenant, parce qu'il ne correspond pas à l'application d'une convenance, selon laquelle un malade doit toujours être dans son lit. Cependant, il empêcha très probablement une mort subite. En effet, le patient ne s'étant pas senti brutalisé, par une opération de transport inconfortable, put accueillir paisiblement l'heure de sa mort, entouré de ses deux sœurs, le lendemain matin à 08h15.

Ce cas illustre bien les différents modes de relation que l'infirmière et l'aide soignante ont entretenus au cœur de leur agir. D'une part, une relation immédiate avec le patient, d'autre part une relation de conseil avec l'équipe soignante, représentée par le médecin de garde. Dans la pratique, ces deux relations sont inséparables. Néanmoins, pour des raisons pédagogiques, nous analyserons plus en détail, d'abord les éléments de la prudence du soignant dans sa relation directe avec le patient, puis l'effet de cette vertu dans sa relation avec l'équipe soignante.

---

<sup>52</sup> Cf. *DM*, « Syndérèse », p. 424 : la vertu de prudence s'enracine dans « deux inclinations intérieures fondamentales : l'aspiration à la vérité et l'attrance du bien. Elles existent dans le cœur de tout homme et le rendent apte à discerner le bien du mal. Elles sont comme deux *instincts spirituels* en lui. Leur toute première expression réside dans l'habitus des premiers principes de la raison pratiques, auquel on donne, avec la tradition grecque, le nom de syndérèse ». Ainsi, à la différence de la conception aristotélicienne, la prudence se réfère bien à des règles universelles, tout en ayant pour objet des situations concrètes singulières.

### III. Manifestations de la prudence au cœur de l'agir soignant

Dans le cadre de soins en fin de vie, il est certain que le dialogue avec le patient doit avant tout répondre à son besoin vital de protection et de sécurité, ébranlé par la perspective proche de la mort. Plus précisément, le malade cherche plus ou moins consciemment dans la figure du médecin, un signe d'espérance susceptible de soulager sa peur de souffrir et d'être abandonné. Pourtant, de son côté, le soignant est souvent peu disposé à honorer de manière humaine une telle attente, pour plusieurs raisons. Cela peut être lié au manque de temps disponible pour écouter chaque patient, compte tenu d'une structure de soin inadaptée au nombre de patients. Cela peut aussi provenir d'une formation médicale érigeant la distance affective en un véritable dogme<sup>53</sup>.

En outre, ce manque de disponibilité intérieure à rencontrer le patient au cœur de ses questionnements les plus existentiels, peut aussi trouver son origine dans l'imaturité personnelle du soignant, encore incapable d'expérimenter les fruits du véritable don de soi. Certes, la motivation du soignant lorsqu'il commence sa formation est très souvent fondée sur un idéal de générosité.

#### 1. Oser rencontrer le patient en profondeur

Bien que très louable en lui-même, cet objectif est néanmoins inatteignable, si la source ultime de tout don humain n'a pas été identifiée. En effet, comment est-il possible de fonder une relation de don sur l'altérité, sans reconnaître l'existence du Tout-Autre, Dieu ? N'est-ce pas courir le risque de développer des relations fusionnelles, avec toutes les conséquences qu'elles impliquent, telles que le non-respect du temps dans l'éclosion d'une relation ? Bien plus, comment est-il possible pour une créature rationnelle de se donner, sans qu'elle se reçoive d'abord d'une source transcendante qui précède son agir, à savoir la grâce sanctifiante ? N'est-ce pas oublier que la capacité d'agir par pure bonté est réservée à Dieu seul<sup>54</sup> ?

Une telle source de grâce est pourtant fort difficile à identifier dans le concret des multiples actions que le soignant doit honorer. Très souvent, l'attention est davantage focalisée sur la technicité des différents actes de soins à effectuer en un temps record. De surcroît, le soignant a parfaitement conscience que « la moindre erreur pourrait être dommageable, voire

---

<sup>53</sup> Cf. N. AUTTON, « L'usage du toucher dans les soins palliatifs », *European Journal of Palliative Care* 3/3 (1996) 121-124 : « On ne nous apprend pas à tenir la main des mourants lorsqu'ils sont seuls et qu'ils ont peur, ou à les tenir dans nos bras lorsqu'ils sanglotent, en leur caressant les cheveux, à les tenir jusqu'à ce que passe la crise, déclare un médecin exerçant dans une unité de soins palliatifs » (p. 123).

<sup>54</sup> Cf. Mt 19,17, voir aussi ST, Ia, q. 44, art. 4 : « Et unaquaeque creatura intendit consequi suam perfectionem, quae est similitudo perfectionis et bonitatis divinae ».

fatale, pour le malade. [En effet], les derniers procès mettant en cause des infirmiers portaient précisément sur ce point-là. Le verdict est parfois allé jusqu'à l'interdiction d'exercer la profession »<sup>55</sup>. Pourtant, s'il est vrai que la responsabilité du soignant est grande, celle-ci ne peut être exercée pleinement, lorsque le dynamisme de son agir est uniquement conditionnée par des pressions extérieures, telles que l'urgence ou la hantise de commettre une erreur grave.

Au contraire, accueillir la grâce sanctifiante consiste à s'ouvrir à une nouvelle qualité de l'acte au cœur du soin, inspirée par un désir de respecter l'espace intérieur du patient. Ce respect n'est pas fondé sur le seul principe de bienfaisance, posant la relation de soin dans un rapport strictement asymétrique au plan d'un savoir-faire médical. Il est davantage fondé sur un regard permettant de reconnaître dans ce patient un frère n'exigeant pas seulement l'assouvissement de ses besoins primaires<sup>56</sup>, mais désirant participer à un échange de charité.<sup>57</sup> Dès lors, la relation de soin peut être ordonnée à un don réciproque, tout en intégrant à sa juste place l'asymétrie de compétence<sup>58</sup>.

Or, c'est précisément par cette expérience de charité, que le soignant peut mûrir en rectifiant ses affections<sup>59</sup> désordonnées, afin d'émettre un jugement prudentiel sain. En effet, sa délibération n'étant plus conditionnée par un rapport extérieure à la loi, comprise comme un impératif moral, s'ouvre au dynamisme de la Loi nouvelle. Dès lors, ce même soignant devient le témoin d'une authentique sollicitude<sup>60</sup> envers le patient, en devenant capable de distinguer d'une part, ce qui relève de la plainte, à travers une demande de soin précise, et d'autre part ce qui relève de la « complainte »<sup>61</sup>, cherchant à communiquer une douleur intérieure, fort difficile à verbaliser.

<sup>55</sup> P. CLERMIDY, « Un nuit à l'hôpital. Témoignage d'un infirmier », *Christus* 163/41 (1994) 301-305.

<sup>56</sup> Cf. Mt 25,35-36 : « J'ai eu soif et vous m'avez donné à boire, nu et vous m'avez vêtu, malade et vous m'avez visité ».

<sup>57</sup> Cf. Is 53,2b-4a : « Sans beauté ni éclat pour attirer nos regards, et sans apparence qui nous eût séduits ; objet de mépris, abandonné des hommes, homme de douleur, familier de la souffrance, comme quelqu'un devant qui on se voile la face, méprisé nous n'en faisons aucun cas. Or ce sont nos souffrances qu'il portait et nos douleurs dont il était chargé ».

<sup>58</sup> A. MAC INTYRE, *Dependent rational animal...*, p. 117.

<sup>59</sup> Cf. M-M. LABOURDETTE, « Le discernement spirituel », *Revue Thomiste (RT)* 91/1 (1981) 81-90 : « C'est dans l'appétit que se trouvent, *par manière d'inclination*, les semences des vertus morales. [...] La connaturalité affective au bien est indispensable à un jugement sain. [...] Les affections mauvaises ne pèsent pas moins sur le jugement prudentiel que les bonnes et il faut se détacher d'elles pour suivre les bonnes. C'est cela rectifier l'appétit » (p. 88).

<sup>60</sup> Cf. *ST*, IIa-IIae, q. 47, art. 9 : « Sicut dicit Isidorus : *sollicitus dicitur, quasi solers citus, inquantum scilicet aliquis ex quadam solertia animi velox est ad prosequendum ea qua sunt agenda. Hoc pertinent ad prudentiam, cujus praecipuus actus est circa agenda praecipere de praesensiliatis et judicatis.* » Autrement dit, d'après Isidore le mot « sollicitude » signifierait la rapide ingéniosité que l'on déploie pour agir. Ce mot peut être compris à partir d'une étymologie qui n'est pas exacte mais significative. En effet, *solers citus* signifie littéralement *tout entier bouleversé*.

<sup>61</sup> L. MORASZ, *Le soignant face à la souffrance*, Paris, 1999, p. 116.

## 2. Exercer la compassion en manifestant de la tendresse

Comment traduire cette plainte en un langage cohérent ? Comment entrer en relation avec un malade qui semble avoir opéré un véritable déplacement intérieur, dans un pays limitrophe qui nous est si peu connu ? Ou encore, comment s'adresser à un patient dont le corps tout entier est devenu un cri de souffrance ? A ce point, les techniques de communication sont souvent insuffisantes pour pallier entièrement ces difficultés. Faut-il alors renoncer à une relation, en considérant qu'elle est devenue impossible ? Certes, il peut sembler à première vue que le patient soit devenu un étranger dont le langage nous est totalement obscur.

Pourtant, un tel constat n'est plus tenable lorsque le soignant considère sa profession sous le regard providentiel de Dieu. Précisons immédiatement que le terme de *providence* ne désigne pas un programme transcendant imposé de l'extérieur, et entrant en conflit avec la liberté de l'homme, mais la manière propre qu'à Dieu de gouverner le monde, créé à son image. Or, Dieu gouverne le monde de l'intérieur en concevant, dans son Verbe, toutes les réalités créées en fonction de sa seule Bonté, avant même qu'elles existent. C'est pourquoi, l'homme vivant sous le regard de Dieu est appelé, à son tour, à s'émerveiller de cette Bonté cachée en chaque créature, en laissant résonner en lui cette Parole : « Dieu vit tout ce qu'il avait fait : cela était très bon »<sup>62</sup>. Autrement dit, la providence divine peut être comprise comme une lumière infuse aidant l'homme à hiérarchiser ses choix, en conformité avec l'ordre cosmique voulu par Dieu à l'origine. C'est en ce sens que Thomas d'Aquin dit : « la providence est la partie principale de la prudence, partie à laquelle les deux autres se subordonnent, à savoir la mémoire du passé et l'intelligence du présent, ce souvenir et cette intelligence devant nous faire conjecturer l'avenir et prévoit les dispositions qu'il réclame »<sup>63</sup>.

Cela dit, de quelle manière la lumière de cette providence divine peut-elle susciter chez le soignant un surplus de grâce ? Il est évident que le malade continue d'apparaître à ses yeux de chair comme un corps dépendant et fragile. Toutefois, le soignant ne peut enfermer cette personne souffrante dans un tel diagnostic, car la lumière de la providence l'appelle à scruter le mystère révélé dans ce patient-là. Mystère de son origine gravée dans la mémoire de Dieu, lorsqu'il fut « modelé par ses *Mains*, c'est-à-dire par le Fils et l'Esprit, auxquels il a dit : *Faisons l'homme* »<sup>64</sup>. Mystère de sa destinée éternelle révélée dans la manière qu'a Dieu de s'adresser chaque jour à ce patient, par la médiation d'une Parole, dont le but est de lui apprendre à épouser une logique de vie, même lorsque les

<sup>62</sup> Gn 1,31.

<sup>63</sup> *ST*, Ia, q. 22, art. 1 : « Est enim principalis pars prudentiae, ad quam aliae duae partes ordinantur, scilicet memoria praeteritorum, et intelligentia praesentibus ; prout ex praeteritis memoratis, et praesentium intellectis, conjectamus de futuris providendis ».

<sup>64</sup> IRÈNÉE DE LYON, *Contre les hérésies*, livre IV, Pr.4, trad. A. Rousseau (dir.), *Sources Chrétiennes* (SC), n° 100, Paris, 1965, p. 391.

ténèbres semblent l'assaillir. C'est précisément en s'ouvrant à cette espérance sur la personne malade, que l'intention du soignant peut être perfectionnée. En effet, celui-ci comprend que sa mission est d'être avant tout le représentant fiable d'une Parole qui tout à la fois le dépasse et s'adresse personnellement à ce malade. Il saisit que la véritable santé consiste à faire l'expérience de la fidélité de Dieu qui ne saurait abandonner son enfant. Les implications d'une telle lumière infuse, sur la conception que le soignant se faisait de sa profession sont inestimables : le soin n'a plus pour objectif la seule performance médicale, mais devient un lieu d'incarnation majeur de sa vocation prophétique de baptisé<sup>65</sup>. Sa vie de prière le disposant à un contact vivant avec la Parole de Dieu, lui donne l'audace de croire qu'une rencontre personnelle avec ce patient défiguré par la souffrance et exilé intérieurement sur une terre étrangère, est encore possible. En l'occurrence, le soignant ne ressemble-t-il pas au bon berger qui part contre vents et marées à la recherche de sa brebis perdue<sup>66</sup>?

A ce point, il faut insister en soulignant qu'une telle intention n'est pas un simple vœu sans effet. Au contraire, elle engage la chair par un langage du corps s'inspirant, non seulement de la grâce sanctifiante, mais également d'une grâce charismatique. Or, c'est uniquement la vérité d'un tel langage non verbal, qui permet au soignant d'écouter réellement la plainte du patient. A ce stade, le soignant ne cherche pas à recevoir de la personne malade, un message qu'il devrait ensuite interpréter, mais il se dispose à être accueilli progressivement dans son univers intérieur, en se laissant rejoindre émotionnellement par ses attitudes. Or, une telle émotion a un nom : la tendresse. A la différence de ce que soutenait S. Freud, celle-ci n'est pas un érotisme détourné de ses buts sexuels, mais elle permet surtout de « confirmer l'autre dans son existence »<sup>67</sup>. Elle s'exprime par des contacts tactiles doux et rassurants, des caresses affectueuses et apaisantes qui engagent le soignant à partager affectivement la souffrance du patient. Bien plus, la tendresse du soignant est éminemment signifiée par une réelle gratuité au cœur de ses gestes, indiquant par-là que son intention n'est pas seulement d'ordre technique. En comparaison, il est certain que l'auscultation pratiquée par un médecin pressé n'en représente qu'une triste parodie.

Illustrons notre propos par le témoignage d'un soignant en soins palliatifs: «Un patient [atteint par le virus du sida en phase terminale] a été transféré dans le service. Il était entouré de draps de la tête aux pieds, avec des chaussons et un chapeau stérile. Une vraie momie. Le matin,

---

<sup>65</sup> CONCILE VATICAN II, Constitution dogmatique sur l'Eglise, *Lumen Gentium (LG)*, Rome, 1964, n° 12.

<sup>66</sup> Cf. Lc 15,4 : « Lequel d'entre vous, s'il a cent brebis et vient à en perdre une, n'abandonne les quatre-vingt-dix-neuf autres dans le désert pour s'en aller après celle qui est perdue, jusqu'à ce qu'il l'ait retrouvée ? » Cf. T. COLLAUD, *Que devient la personne dans la démence ?*, in F-X. PUTALLAZ & B. SCHUMACHER (dir.) *L'humain et la personne*, Paris, 2008, p. 127-130.

<sup>67</sup> A. DELOURNE, *Distance intime et tissage du lien social*, dans G. PAGES (dir.), *Le grand livre de la tendresse*, Paris, 2002, p. 229.

lorsque j'ai fait sa toilette, sans mettre de gants, il s'est mis à pleurer. Cela faisait des mois que personne ne l'avait touché comme ça, tout simplement»<sup>68</sup>. Que signifient ces larmes ? Elles expriment certainement la détresse d'un patient esseulé, à qui personne n'osait plus s'adresser. Peut-être transcrivent-elles aussi l'expérience spirituelle de celui à qui Dieu dévoile sa transcendance, au cœur de sa solitude ontologique ? Autrement dit, cette émotion peut manifester le consentement de l'intelligence envers le caractère obscur de la foi, empêchant d'identifier le mystère d'un Dieu voilant sa Face pour se révéler en forme de Parole, à l'affirmation de sa pure et simple absence. De sorte, qu'un tel patient aurait très bien pu s'approprier les paroles du prophète criant à Dieu sa plainte de la façon suivante : « Je suis un homme qui voit sa pauvreté sous la verge de son indignation. Le Seigneur m'a conduit et fait marcher dans les ténèbres, et non dans sa lumière. Il a brisé mes os. Il a bâti un mur autour de moi ; Il m'a environné de fiel et de douleur. Je suis devenu la dérision de tout mon peuple. Mon âme a été exilée de la paix, j'ai perdu le souvenir des biens ; et j'ai dit : ma fin est venue, l'espérance que j'avais mise dans le Seigneur n'est plus »<sup>69</sup>. Au fond, ces paroles inspirées étaient peut-être, jusque là, le secret informulé de ce patient. Or, en refusant de mettre des gants, la soignante traduit son intention d'oser rencontrer réellement ce patient, par la médiation du toucher<sup>70</sup>. En outre, la vie de prière de ce patient l'aidera probablement à mieux saisir l'intensité de la plainte de ce patient, en relisant cette expérience humaine à la lumière de la Parole de Dieu. Il est alors probable que cette soignante ne se contenta pas d'un sentiment d'empathie, en cherchant seulement à comprendre la sensation de ce patient. Plus précisément, en vertu d'une grâce charismatique, elle put accueillir dans ses entrailles le cri de désespoir de ce patient, qui trouva ainsi une *main* secourable pour le sortir de son isolement mortifère. Comprise ainsi, la relation de soin devient pour le soignant une source de joie, comparable à celle du berger qui a retrouvé la brebis perdu<sup>71</sup>.

---

<sup>68</sup> F. VINIT, *Le toucher qui guérit*. Du soin à la communication, Paris, 2007, p. 93.

<sup>69</sup> Lm 3,1-2. 4b-6. 14a. 17-18.

<sup>70</sup> Cf. C. CHALIER, *La trace de l'infini. Emmanuel Levinas et la source hébraïque*, Paris, 2002, p. 88-89 : « Le Dieu voilé n'est pas pour Levinas un principe cosmologique vers lequel réflexion et théorie bien conduites permettraient, peu à peu, de remonter. Il n'est d'ailleurs jamais pensé comme un principe ou une Idée de la raison puisqu'il déjoue toutes les tentatives de le cerner dans un Dit théologique ou philosophique. [...] Le pressentiment du Dieu voilé commence à frémir dans le psychisme d'une personne, exclusivement au dire de Levinas, lorsqu'elle constate cette très surprenante possibilité humaine de répondre, parfois même du plus profond de son abîme propre, à la détresse muette du prochain, au point de lui accorder la priorité sur soi. Possibilité si incompréhensible d'ailleurs qu'elle se voit souvent taxée d'arrière-pensée intéressée, de faiblesse ou encore de névrose, par maints contemporains... ».

<sup>71</sup> Lc 15,5-6 : « Et quand [le berger] a retrouvé [la brebis perdue], il la met, tout joyeux sur ses épaules et, de retour chez lui, il assemble amis et voisins et leur dit : Réjouissez-vous avec moi car, car je l'ai retrouvée ma brebis qui était perdue ! ».

### 3. Aider le partage d'une décision dans l'équipe médicale

Elargissons notre perspective, en analysant désormais la manière qu'a une équipe soignante de regarder le patient en fin de vie. Celle-ci se réunit régulièrement, que ce soit au moment de chaque transmission de service ou dans des colloques interdisciplinaires plus approfondis. L'évolution de chaque patient y est partagée, en tenant compte des différents aspects de sa personnalité. Le passage progressif d'une méthode de soins intensifs, visant à mettre à distance un cancer par des traitements agressifs, à une approche palliative, cherchant à accompagner le malade dans le plus grand confort possible, semble être l'un des moments les plus délicats, au cœur des multiples discernements opérés par une telle équipe soignante.

Cette étape est d'ailleurs tout aussi difficile à vivre pour le patient que pour les soignants. Le patient comprend que ses jours sont désormais comptés et ne se sent souvent pas prêt à traverser une telle épreuve. Les soignants, de leur côté, ayant à faire face à la réalité inéluctable de la mort, dès les débuts de leur formation, ont très vite vu s'ébranler leur idéal de sauver des vies humaines, auquel s'est substitué une forte impression d'échec et d'impuissance. « Pour se défendre contre ces sentiments, [...] ils sont tentés de considérer souffrance et mort fréquentes comme des événements banals, sans importance, ne nécessitant ni réaction, ni commentaire particulier, ni geste, ni parole, rien en somme qui en marque le sens, la gravité »<sup>72</sup>. De tels mécanismes de défense contribuent à plonger les soignants dans un désespoir profond, quant au sens prophétique de leur profession. Dans ce contexte, ceux-ci ont tendance à focaliser leur esprit sur les causes ultimes d'une défaillance anatomique, en vue de trouver de nouveaux remèdes. Ces soignants expérimentateurs peuvent même devenir l'objet de fortes pressions, menées par des *lobbies* financiers soutenant de puissantes firmes pharmaceutiques<sup>73</sup>.

Or, une telle logique prédispose à absolutiser le bien médical au détriment de la valeur personnelle du patient qui devient, à son insu, un cobaye. De plus, ce risque d'utilitarisme, au cœur de la relation de soin, s'inscrit souvent dans une structure architecturale froide et peu accueillante, induisant en elle-même des comportements inadéquats, face à des personnes souffrantes. Concrètement, cela se traduit notamment par le déséquilibre du rythme professionnel de l'équipe soignante. Celle-ci connaît fort peu la régularité, spécifiant les relations de confiance<sup>74</sup>. Elle alterne plutôt des périodes lentes, vécues comme une routine, avec d'autres très

---

<sup>72</sup> M. ABIVEN et alii., *Euthanasie, Alternatives et controverses*. Paris, 2000, p. 176.

<sup>73</sup> Cf. R. ZITTOUN, *La mort de l'autre, Une introduction à l'éthique clinique*, Paris, 2007, p. 115-120.

<sup>74</sup> Cf. PG, p. 51-58 : E. Pellegrino et D. Thomasma proposent le principe de bienveillance dans la confiance (*beneficence-in-trust*) comme troisième principe, alternatif à l'autonomie et au paternalisme, en mettant au centre de la relation soignant-patient le dialogue et non l'intérêt financier, et faisant du médecin un avocat, voire un procureur ou un substitut d'un patient ayant perdu la faculté de juger une situation.

rapides, marquées par l'impératif de l'urgence. En ce sens, la qualité du soin oscille entre l'inapplication<sup>75</sup> de l'engagement personnel du soignant et la précipitation<sup>76</sup> dans ses multiples gestes techniques. Cette structure de soin foncièrement imprudente semble être totalement justifiée par le dysfonctionnement institutionnel du système de santé, sur lequel nul n'a d'emprise véritable. Autrement dit, aucun soignant n'est prêt à reconnaître dans cette « structure de péché »<sup>77</sup> sa part de responsabilité personnelle. Or, ce déficit de la conscience du péché personnel ne favorise-t-il pas, précisément, la pratique de soins intensifs disproportionnés, envers un patient en fin de vie ?

Illustrons notre propos par le cas suivant : « Mr. T est un patient d'une trentaine d'années, qui a été gravement malade pendant son enfance. Il a guéri au prix d'un traitement lourd, dont les effets secondaires ont causé une nouvelle pathologie et nécessite une intervention médicale à l'adolescence. Celle-ci a été un succès, mais au prix d'une troisième pathologie cancéreuse, pour laquelle il est maintenant traité dans le service du professeur G. Après une rémission de la chimiothérapie, une deuxième ligne de chimiothérapie a dû être mis en place. [...] Après quelques semaines marquées par un échec de la chimiothérapie et de la prise en charge de la douleur, le service se lance dans une innovation thérapeutique de premier ordre pour tenter de sauver Mr. T. Pour ce patient désormais, on n'est plus au temps de la routine puisque deux lignes de chimiothérapie sont restées sans réponse et que son état s'aggrave. A partir de ce moment, le rapport au temps devient celui de l'urgence vitale avec une focalisation des médecins et des proches sur le pronostic extrêmement incertain à court terme. [...] On ne sait pas comment la maladie va réagir au traitement, si la mort va finalement l'emporter, mais on tente le maximum. Devant cette situation de grave menace pour la vie du malade, s'engage une lutte acharnée, pied à pied, ayant pour seule visée principale d'écarter, ou, au moins de repousser la mort. [...] L'activité médicale curatrice est alors dans un engagement extrême, qui peut aller jusqu'au passage en service de réanimation »<sup>78</sup>. Face à de nouvelles difficultés, les médecins décident finale-

---

<sup>75</sup> *ST*, IIa-IIae, q. 53, art. 4 : « Et ideo consideratio maxime pertinet ad iudicium. Unde et defectus recti iudicii ad vitium inconsiderationis pertinet : prout scilicet aliquis in recte iudicando deficit ex hoc contemnit, vel negligit attendere ea ex quibus rectum iudicium procedit ». En résumé, l'inapplication est une imprudence parce qu'elle néglige de faire attention aux règles d'où procède le jugement droit.

<sup>76</sup> *ST*, IIa-IIae, q. 53, art. 3 : « Si quis autem feratur ad agendum per impetum voluntatis vel passionis, pertransitis hujusmodi gradibus, erit praecipitatio ». En résumé, la précipitation est une imprudence et une faillite du don de conseil, parce qu'elle incite à agir par élan de volonté ou de passion, en sautant les degrés intermédiaires du jugement pratique à savoir, la mémoire du passé, l'intelligence du présent et la sagacité à l'égard des événements futurs.

<sup>77</sup> Cf. La notion a été inaugurée par Jean-Paul II, dans l'Exhortation apostolique post-synodale, *Reconciliatio et Paenitentia*, n° 16, Rome, Décembre 1984. Une définition plus précise se trouve dans le document suivant : CONSEIL PONTIFICAL JUSTICE ET PAIX, *Compendium de la Doctrine Sociale de l'Eglise*, n° 117, Rome, 2008.

<sup>78</sup> J. C. MINOT & E. FOURNIER, *Les mots des derniers soins, La démarche palliative dans la médecine contemporaine*, Paris, 2008, p. 138-141.

ment de tout arrêter et d'augmenter fortement la dose de morphine, sans demander conseil à quiconque. Mr. T finit par décéder quelques heures plus tard.

De toute évidence l'histologie de ce patient constitue une véritable « spirale curative »<sup>79</sup>. La maladie est alors comparable aux mauvaises herbes qui ne cessent d'émerger, malgré tous les efforts d'un jardinier bien outillé. C'est bien cette force maligne sur laquelle nul n'a de prise, qui entraîne avec elle, non seulement le patient, mais aussi les soignants, dans un rapport au temps de plus en plus compulsif. Le temps de la délibération en équipe, permettant de faire la part entre la réalité objective de la maladie et son impact sur l'affection des soignants, est alors sacrifié au profit de décisions prises hâtivement entre deux portes. Embarqués dans cette course poursuite, au devant d'une mort qui s'annonce de plus en plus imminente, ces soignants n'ont plus vraiment conscience d'être devenus esclaves d'une obligation injustifiée de maintenir la vie à tout prix.

Pourtant, s'il est vrai que la vie d'une personne humaine a un caractère sacré, la pénibilité de certains traitements agressifs, vis-à-vis d'un patient souffrant d'une maladie incurable, peut constituer une « torture inutile »<sup>80</sup> générant davantage l'humiliation que l'espoir. Dans le cas de Mr. T, un tel excès aurait pu être évité si les soignants avaient pris le temps d'élaborer un dialogue de vérité avec des professionnels compétents en soins palliatifs. En effet, ce colloque aurait permis de discerner au moins deux critères de futilité : d'une part, l'inefficacité manifeste des deux protocoles de chimiothérapie et d'autre part, la grande incertitude liée à la performance d'un traitement n'ayant même pas encore fait ses preuves<sup>81</sup>. Néanmoins, accepter de suspendre un traitement prolongeant la vie, n'est-ce pas « capituler devant la mort »<sup>82</sup> ? De façon surprenante, la clause déontologique de non-assistance à personne en danger ne semble pas avoir été la préoccupation essentielle des soignants évoqués dans ce cas. En effet, leur décision d'abandonner brutalement le traitement innovant et de prescrire ensuite une surdose de morphine n'a-t-il pas surtout contribué à écourter l'agonie de ce patient ? Par contre, il semble que la véritable ten-

---

<sup>79</sup> Expression médicale désignant des cas cliniques où les complications et effets secondaires des traitements s'enchaînent sans répit pour le patient, sans qu'aucune amélioration significative de son état ou de sa qualité de vie soit constatée.

<sup>80</sup> G. VILLOT, Lettre Pontificale au *Congrès de Fédération internationale des associations médicales catholiques*, Rome, 1970, in *Documentation Catholique (DC)* 1573 (1970) 962-963 : Lutter contre la mort, ce n'est pas faire pour autant au praticien l'obligation d'utiliser toutes les techniques de survie que lui offre une science inépuisablement créatrice. Dans bien des cas, ne serait-ce pas une torture inutile, que d'imposer la réanimation végétative, dans la phase ultime d'une maladie incurable ? » (p. 963)

<sup>81</sup> Cf. W. SULLIVAN, *Comment distinguer les décisions éthiquement acceptables des décisions coupables de suspendre un traitement prolongeant la vie : le rôle de l'information médicale*, in E. SGRECCIA & J. LAFFITTE, *Au chevet de la personne qui meurt : orientations éthiques et pratiques*. Actes de la quatorzième assemblée générale de l'Académie Pontificale pour la Vie, Paris, 2008, p. 173-175.

<sup>82</sup> P. LA MARNE, *Ethiques de la fin de vie. Acharnement thérapeutique, euthanasie, soins palliatifs*, Paris, 1999, p. 12.

tation de ces soignants a été d'avoir voulu fuir le «deuil de l'autre et, à l'arrière plan, le deuil anticipé de leur propre vie »<sup>83</sup>.

Néanmoins, un soutien psychologique analysant l'impact affectif des premières expériences douloureuses du soignant, face à la mort, ne suffit pas pour surmonter totalement cette tentation. Cette relation d'aide devrait donc être complétée par un regard de foi, qui permet aux soignants de se confronter objectivement au mystère de leur propre mort, en s'ouvrant au sens ultime de cet événement, dévoilé dans la révélation du Verbe Incarné. En effet, l'acte de foi fondé dans la révélation de l'humanité du Fils, torturé dans sa chair, humilié dans son esprit, mourant comme un esclave sur une croix, puis exalté et glorifié par son Père<sup>84</sup>, en apparaissant ressuscité à ses disciples, ouvre l'intelligence des soignants à la finalité véritable de leur mission. A contre-courant d'une relation de soin contractuelle, préconisant « un résultat en matière de soin courant »<sup>85</sup>, les soignants reconnaissent dans la personne du Christ, le seul médecin capable de sauver totalement le patient. Dès lors, les praticiens peuvent surmonter cette douloureuse impression d'échec ayant marqué leurs débuts, en apprenant à devenir les collaborateurs d'une œuvre de grâce qui les dépasse. Pour cela, ils consentent à mettre en œuvre tous les moyens dont ils disposent par leur science pour soulager le patient atteint d'une maladie incurable, et l'accompagner dans son chemin d'humanité. Dans cet esprit, les moyens employés ne sont pas disproportionnés, mais ordonnés au Bien ultime du patient, à savoir : sa vocation à vivre en plénitude une amitié avec Dieu.

Cela dit, la difficulté éthique rencontrée par les soignants surgit lorsqu'une situation tout à fait inédite advient, telle que la chute nocturne de Mr. A, décrite précédemment. Quels moyens proportionnés utiliser dans ce cas précis, étant donné qu'aucune règle précise ne dicte un comportement type pour répondre aux besoins immédiats du patient ? Très souvent, les soignants préfèrent fuir leur sentiment d'impuissance foncier face à une posture aussi inédite, soit en faisant preuve d'un strict légalisme, ou au contraire en optant pour un activisme zélé. Cela dit, un juste milieu entre ces deux extrêmes, obtenu par un dialogue consensuel au cœur de l'équipe, ne constitue pas non plus une attitude adéquate. Dès lors, comment donner une réponse rapide et mesurée face à une situation critique et inédite ?

C'est ici qu'intervient le don de conseil, non seulement pour éclairer la délibération de l'équipe, mais bien plus encore pour suppléer à l'incertitude foncière de chaque soignant face à la bonne décision à prendre.

---

<sup>83</sup> P. RICOEUR, « Accompagner la vie jusqu'au bout », *Jusqu'à la Mort Accompagner la Vie* 64 (2001) 9.

<sup>84</sup> Cf. Ph 2, 6-11. Cette hymne est construite de manière parfaitement symétrique, avec au centre « la mort sur une croix » (v. 8c). Voir à ce sujet, J. DUPONT, « Jésus-Christ dans son abaissement et son exaltation d'après Ph 2,6-11 », *Recherche en Science Religieuses* 37 (1950) 500-514.

<sup>85</sup> S. HAUGER, *Le droit au service du consumérisme médical*. Etat des lieux de la responsabilité médicale, in M.-J. THIEL, *Où va la médecine ? ...*, p. 280.

Au cœur de l'équipe soignante, cette intuition spirituelle a le mérite de générer un ordre de parfaite complémentarité entre chacun des membres : l'un des membres de l'équipe est inspiré à consulter une autre compétence<sup>86</sup> avant d'agir, tel que nous l'avons déjà vu avec l'infirmière en charge de Mr. A. Un autre est invité à donner un conseil, tel ce médecin de garde, appelé de nuit par l'infirmière. Mais, ce dernier ne fonde pas son jugement sur ses seules compétences scientifiques ou expériences personnelles, mais également sur une actualisation du charisme de prophétie, reçu par son baptême. En ce sens, ce médecin consent à être utilisé par Dieu, pour transmettre aux autres soignants, une vérité qu'ils n'auraient jamais pu acquérir par leurs seules capacités naturelles<sup>87</sup>. Cela dit, ses interlocuteurs d'équipe ne vont pas comprendre ses paroles prophétiques, au sens littéral, comme un ordre brut à exécuter, mais au sens moral, comme une invitation à un don renouvelé de soi. L'attitude de l'aide-soignante, accompagnant Mr. A, illustre bien notre propos : loin d'exécuter la décision partagée en équipe dans une attitude purement fonctionnelle n'engageant pas intérieurement sa personne, elle enveloppa chacun de ses gestes d'une patience, qui lui permit de rencontrer le patient de manière inattendue. Elle comprit alors, ce jour-là, que la véritable patience n'est pas « impuissance, soumission, résignation face au pouvoir du temps, [mais un appel à] consentir à notre [inévitabile] altération par le temps, en accueillant cet autre en nous-mêmes. »<sup>88</sup> Ainsi, par le don de conseil, la complémentarité entre les membres de l'équipe soignante, déborde le domaine restreint des compétences professionnelles, en se fondant sur les charismes personnels de chacun.

Par ailleurs, en accompagnant ensemble l'agonie, puis la mort d'un patient, les membres de l'équipe soignante sont invités à faire preuve d'une véritable amitié entre eux. Soulignons que celle-ci ne se limite pas à une courtoise bienveillance entre collègues, mais va plus loin « en allant à la rencontre de la vérité du sujet », dans une reconnaissance identitaire qui se traduit par « un échange de paroles et de silences, d'écoute et de confidences, rendues possibles par la confiance »<sup>89</sup>. Une telle proposition peut sembler aujourd'hui un peu audacieuse, face aux rapports hiérar-

<sup>86</sup> Cf. JEAN DE SAINT-THOMAS, *Les dons du Saint-Esprit*, 3<sup>ème</sup> édition, Paris, 1997, p. 196.

<sup>87</sup> Cf. B-D. DE LA SOUJEOLE, « Le mystère de la prédication », *RT* 107/3 (2007) 355-374 : « Dans la connaissance prophétique, Dieu cause première, voulant faire connaître telle vérité aux hommes, commence par soumettre à l'intelligence du prophète au moyens de *species infusae* des représentations afin que celui-ci juge de la vérité de ce qui lui est manifesté grâce au *lumen propheticum* » (p. 359).

<sup>88</sup> V. LAVERGNE, *Quand la raison s'égare : du temps à la patience*, in S. PANDELÉ (dir.), *Accompagnement éthique de la personne en grande vulnérabilité. Autre regard sur le handicap, le grand âge et la fin de vie*, Paris, 2009, p. 124. Notons une connexion intéressante entre le don de conseil, correspondant à la vertu de prudence (*ST*, IIa-IIae, q. 52, art. 2) et la vertu de patience, qui est une partie annexe de la vertu cardinale de force (*ST*, IIa-IIae, q. 136, art. 4). En étant mue par le Saint-Esprit la rectitude de la raison humaine est non seulement ordonnée de l'intérieure à son principe le plus élevé, mais elle peut poser une action proportionnée à sa fin surnaturelle, malgré les épreuves qui la menace.

<sup>89</sup> J-M. GUELLETTE, *L'amitié. Une épiphanie*, Paris, 2004, p. 91.

chiques peu conviviaux qu'entretiennent souvent les membres d'une équipe soignante, dans les grands centres hospitaliers. Cela dit, rappelons qu'une telle tendance, aussi généralisée soit-elle, ne peut être érigée en norme, car les soignants ne sont pas appelés à fonder leurs relations mutuelles sur des mécanismes de défense, mais sur le partage d'une responsabilité morale. En ce sens, l'acte de «soigner, en sa nature même, [...] requiert une morale qui a la profondeur et la plénitude de la vérité, ainsi que la connaissance du bien. Toute exigence inférieure risquerait de ne pas répondre à la vulnérabilité du patient d'une manière adéquate, en raison de sa dignité intrinsèque et de sa valeur inestimable »<sup>90</sup>.

Or, cette plénitude de vérité n'est révélée que dans l'évènement fondateur de la mort du Christ en croix. C'est pourquoi, en vue d'assumer pleinement leur responsabilité individuelle et sociale, les soignants sont invités à suivre ensemble le même itinéraire que les disciples du Christ : d'une attitude mimétique les amenant à se comparer<sup>91</sup>, ou à se juger les uns les autres, ces disciples passent à la cruelle expérience de leur capacité d'abandonner et renier un Ami<sup>92</sup> très cher, à l'heure de sa passion. Pourtant ne lui avaient-ils pas donné leur vie, en vertu d'un élan sincère de générosité, en lui disant dans un même élan d'enthousiasme : « Voici que nous, laissant nos biens, nous t'avons suivis ! »<sup>93</sup>. Une telle contradiction exposée à la lumière du ressuscité, se révélant personnellement à chacun d'eux, va leur permettre de saisir le lien intime et mystérieux qui unit l'amitié et la miséricorde. En effet, « non seulement Dieu se comporte à l'égard de l'homme comme un ami – ce qui était impensable pour les philosophes païens – mais Dieu offre cette amitié justement dans les circonstances qui rendent l'amitié impossible entre les hommes. L'effet de grâce, du salut, est de faire de l'homme qui se conduit en traître, en ennemi de Dieu, un ami de Dieu »<sup>94</sup>. En ce sens, l'amitié avec Dieu est conditionnée par la puissance de sa miséricorde. Mais, n'en est-il pas de même dans les amitiés humaines ? La déception d'une confiance accordée signent-elles nécessairement la fin d'une amitié ? Ne peut-elle pas au contraire constituer le point de départ d'une amitié plus profonde ? Loin d'être fondée sur la seule affinité des tempéraments ou l'attraction mutuelle, cette amitié ayant purifié ses désirs sensibles, en faisant l'expérience d'une vraie parole de pardon, devient capable d'assumer la part de vulnérabilité, intrinsèque à toute relation humaine.

---

<sup>90</sup> C. LAABS, « The community of nursing : moral friends, moral strangers, moral family », *Nursing Philosophy*, trad. par nos soins, 9 (2008) 230.

<sup>91</sup> Cf. Lc 22,24 : « Il s'éleva entre [les disciples] une contestation : lequel d'entre eux pouvait être tenu pour le plus grand. » voir aussi Mt 20,25-27 ; Mc 10,42-45.

<sup>92</sup> A l'heure de la Passion du Christ : « les disciples abandonnaient [Jésus], [et] ils prirent tous la fuite. Un jeune homme le suivait, n'ayant pour tout vêtement qu'un drap, on le saisit ; mais lui, lâchant le drap, s'enfuit tout nu » (Mc 14,50).

<sup>93</sup> Lc 18,28.

<sup>94</sup> J-M. GUELLETTE, *L'amitié...*, p. 240. Voir aussi Jn 15,13-15.

Une telle amitié entre les membres d'une équipe soignante génère une espérance contagieuse, vis-à-vis des patients éprouvés par l'abandon et l'angoisse, à l'approche de la mort. En effet, le malade se sent parfaitement écouté par les membres de l'équipe soignante, qui n'imposent pas une décision<sup>95</sup> fondée sur des critères purement subjectifs, telles que l'émotion ressentie ou leur peur inavouée de la mort. Au contraire, les soignants cherchent à répondre ensemble aux besoins objectifs de la personne souffrante, tout en régulant leurs passions. De plus, le patient se sent totalement reconnu dans sa vocation à la sainteté, en acceptant d'être partenaire d'une Histoire qui le dépasse. Celle-ci est signifiée dans la capacité d'accueillir l'heure inconnue de la mort, comme une rencontre éternelle et surprenante avec « Dieu, qui est riche en miséricorde »<sup>96</sup>. Dans cette perspective, loin d'être tentés de retarder l'heure de la mort, par un acharnement thérapeutique, ou d'anticiper cette même heure, par un acte d'euthanasie ou en favorisant le suicide assisté<sup>97</sup>, les membres de l'équipe soignante, unis par une vraie amitié, vont préférer prendre les moyens adaptés pour aider le patient en fin de vie, à traverser sereinement l'heure mystérieuse de sa Pâque.

## Conclusion

L'éthique des principes est fondée sur des critères normatifs ne respectant pas la nature humaine, tant dans son dynamisme personnel d'orientation vers le bien ultime, que dans la capacité relationnelle d'une personne à faire l'expérience de l'altérité. De plus, elle tend à évaluer la valeur morale d'un acte, non en fonction de sa valeur intrinsèque, mais selon un processus consensuel considérant les circonstances et l'intention du sujet, comme des critères de discernement déterminants. Appliquée aux soins d'un patient en fin de vie, une telle éthique a de nombreuses conséquences : tout d'abord, la relation entre le patient et le soignant loin d'être fondée sur une rencontre qualitative de confiance, est régulée par un contrat protégeant le patient d'abus de pouvoirs éventuels du soignant. Ensuite, elle induit une conception toute puissante de la liberté, rendant la personne souffrante, incapable de donner un sens positif à l'épreuve qu'elle traverse. Selon cette éthique des principes, la souffrance est une déchéance, et la mort, un échec sans issue. Elle est donc incapable de susciter un espoir nouveau chez un patient agonisant. Pourtant, au fond de

---

<sup>95</sup> « La décision est l'acte principale de la prudence » dans *ST*, IIa-IIae, q. 47, art 8 : « Tertius actus ejus praecipere : qui quidem actus consistit in applicatione consiliatorum et judicatorum ad operandum. Et quia iste actus est propinquior fini rationis practicae, inde est quod iste est principalis actus rationis practicae, et per consequens prudentiae ». Voir à ce sujet, C. J. PINTO DE OLIVEIRA, « La prudence, concept clé de la morale du P. Labourdette », *RT* 92/1 (1992) 267-292.

<sup>96</sup> Eph. 2,4.

<sup>97</sup> Cf., J-F. MALHERBE, *Sujet de vie ou objet de soins*. Introduction à la pratique de l'éthique clinique, Montréal, 2007, p. 363-367.

lui, tel est son plus grand besoin, telle est la signification de ses plaintes, voire de ses cris les plus insoutenables.

Face à cette éthique des principes ne répondant pas aux besoins fondamentaux d'un patient en fin de vie, nous avons proposé l'alternative d'une morale des vertus, selon laquelle Dieu est l'unique cause finale de l'homme. Cette morale respectant la loi naturelle n'est pas jurisprudentielle, mais centrée sur la libération progressive des dons inscrits dans l'être humain. Elle n'est pas défensive, mais orientée vers le bonheur. Elle n'est pas dogmatique, mais au service du désir de l'homme de voir Dieu. Mystérieusement, en mettant Dieu au centre de ses préoccupations, cette morale des vertus est véritablement humaine, parce qu'elle empêche l'homme de prendre la place de Dieu, en l'aidant à résister à la tentation de s'attribuer des droits qu'il n'a pas. Appliquée à la relation de soin, une telle morale permet de déterminer une juste autonomie de la personne malade, à travers une meilleure écoute du soignant. Elle permet aussi d'intégrer l'inévitable dépendance au cœur de toute relation de soin, en reconnaissant que la véritable liberté n'existe qu'en étant partagée. En ce sens, la vertu de dépendance reconnue ouvre au patient en fin de vie de nouvelles perspectives, à travers des relations d'altérité qualitative, lui donnant un avant-goût de la communion éternelle.

Plus précisément, la vertu de prudence favorise une juste circulation entre les trois pôles constitutifs de la relation de soin : le patient, le mystère du Christ et l'équipe soignante. Négliger l'un de ces pôles induit nécessairement un dualisme insoluble, tel celui présenté par T. Engelhardt entre amis et étrangers moraux. Au contraire, en reconnaissant le caractère central du mystère du Christ, à l'heure de l'agonie et de la mort d'un patient, la relation de soin devient l'occasion de rencontres inattendues, de partages spirituels silencieux et discrets dans l'exercice de la compassion, voire d'une amitié vraie entre soignants. En ce sens, une telle vertu a le mérite de convertir la relation de soin en une épiphanie du don de soi. Loin des pressions juridiques paralysant l'élan de générosité du soignant, loin de l'idéalisme naïf donnant au soignant l'illusion d'être lui-même la source du don, la vertu de prudence dispose le soignant à accueillir le don du Christ au Père, révélé dans la grande fragilité, le dénuement et la dépendance foncière du patient en fin de vie. Cette source de don est pleinement révélée dans la mort du Christ en croix, et se communique au soignant dans le don de conseil, qui fait de lui un instrument prophétique de la Parole de Dieu. Or, ce don du Saint-Esprit génère une parfaite congruence, non seulement entre les attentes du patient et les réponses des soignants, mais également entre les membres de l'équipe soignante, qui fondent leurs rapports professionnels sur une complémentarité charismatique.

**Abstract.** - The patient's autonomy is now considered as a driving force behind most medical decisions. In ethical terms, however, this approach remains open to discussion. In fact, when a patient is reduced to a standard customer, the healer-healed relationship loses all human depth. The off-limit experience a patient sometimes goes through at the end of his/her life serves as a healthy reminder of the vital role of virtue in the field of medical care, where every aspect of someone's suffering is taken into account. Moreover, prudence sees the healer-healed relationship as an epiphany through we share the burden of each other's weaknesses, hence shoring up our devotion to God. Thus, medical practice can act as a sign of God's commitment to his people. The trust God puts in his people can serve as a benchmark for a physician when he/she is faced with a patient's sufferings and isolation.

**Key words:** autonomy – ethics – medical practice – palliative care – virtue.