

Sens et spécificités des institutions hospitalières chrétiennes

« Sens et spécificités des institutions hospitalières chrétiennes », voilà une question bien difficile et pourtant passionnante qui, d'une certaine manière, nous provoque tous, que ce soit au niveau d'un idéal dont nous pouvons être porteurs mais également dans l'insatisfaction d'un rapport à l'action dont nous pouvons mesurer certains décalages.

La question n'est pas neuve. Je pense qu'elle occupe la préoccupation de nombreuses responsables d'Eglise, d'institutions et de services d'Eglise depuis quelques décennies, depuis qu'un rapport de monopole des valeurs s'est distendu entre l'Eglise et la société civile, depuis qu'un horizon socio-culturel a induit progressivement, tant au sein de l'Eglise que de la société civile un rapport diversifié au valeurs, particulièrement dans leur dimension morale. Voici dix ans, une importante enquête traitant de cette problématique était menée par Caritas, en lien avec les Facultés Universitaires Saint Louis¹, divers documents d'Eglise² abordent régulièrement cette question au point qu'il pourrait aujourd'hui sembler illusoire de rouvrir cette question, comme s'il pouvait en émaner certains éléments neufs, surprenants, dans notre réflexion.

Cependant, sans nourrir moi-même l'illusion de clôturer cette problématique rémanente, ni d'offrir un scope en termes de pistes de réflexions nouvelles, je pense qu'il reste essentiel de pouvoir se réapproprier cette question, particulièrement dans la dynamique d'un questionnement diocésain tel que celui qui nous rassemble. Pourquoi ? Je pense que le rapport à l'identité est une question vitale, essentielle qui, si elle se trouve réfléchie au-delà des risques d'instrumentalisation et d'une certaine illusion -croire que la société et l'Eglise ne seraient pas ce qu'elles sont-, est une opportunité à ouvrir car elle touche ce que nous sommes dans notre rapport à Dieu et à une Tradition qui nous précède, elle sous-tend notre rapport à l'action humaine avec tout ce qu'elle suppose de « visée du bien ». En ce sens, je crois que la question du « sens et de la spécificité des institutions hospitalières chrétiennes » reste incontournable, même si elle n'est pas nouvelle.

Au contraire, si cette question constitue ce que nous sommes, à titre individuel et collectif, elle est toujours nouvelle et se doit d'être appréhendée dans le lieu où elle se donne à réfléchir : la société, la médecine et l'Eglise contemporaines. Aussi, le premier point de mon exposé visera à circonscrire brièvement ce lieu avec les

¹ Collectif, *Une santé « chrétienne » ? Recherche interuniversitaire sur l'identité chrétienne des institutions sociales et de santé*, Bruxelles, Publications des Facultés universitaires Saint-Louis, 1995, 286 p.

² Conseil Pontifical pour la Pastorale de la Santé, *L'identité des Institutions Catholiques de Santé, Dolentium Hominum*, n°52, année XVII – N.1, 2003, 144p. Cette même question avait déjà été abordée dans *Dolentium Hominum*, n°21, 1992.

paradoxes qui le construisent. C'est dans un deuxième temps que j'aimerais envisager la question de fond dans son rapport à une articulation théologique. Ces deux premiers points m'offriront l'occasion de proposer, dans une troisième étape, certains défis pour rencontrer effectivement la problématique du sens et des spécificités éventuelles d'une institution hospitalière chrétienne.

I. Trois paradoxes

Pour pouvoir ouvrir une réflexion relative à la question du sens et de la spécificité de l'hôpital chrétien, il me semble important de pouvoir le faire avec le plus de lucidité possible en ce qui concerne l'arrière-fond où se pose cette question : un idéal d'Eglise, un contexte social porteur de la question du sens, une médecine opératoire en lien avec le vœu contemporain du bonheur.

a. Un idéal d'Eglise

Voici à peu près un an, j'assistais au Vatican à un colloque du Conseil Pontifical pour la pastorale de la santé traitant de l'identité des institutions catholiques de santé et je dois vous avouer que je fis l'expérience d'être, par bon nombre de côtés, dans un autre monde. Même si je ne peux qu'être d'accord avec certains enjeux de fond qui ont traversé les débats, je voudrais, à titre d'exemple, vous proposer certains éléments des discours inauguraux qui me donnaient l'impression qu'on ne parlait pas tout à fait des mêmes hôpitaux que ceux que je fréquente habituellement.

Discours du Saint-Père Jean Paul II

« Les institutions catholiques de santé deviennent ainsi un témoignage privilégié de la charité du Bon Samaritain car, en soignant les malades, nous accomplissons la volonté du Seigneur et nous contribuons à la réalisation du Royaume de Dieu. De cette façon, elles expriment leur véritable identité ecclésiale... Leur véritable identité n'est pas seulement celle d'institutions où l'on s'occupe de malades ou de mourants, mais avant tout celle de milieux où la douleur, la souffrance et la mort sont reconnues et interprétées dans leur sens proprement humain et spécifiquement chrétien. »³

Mgr Barragan, Président du Conseil Pontifical

« L'institution catholique de santé... se réalise dans l'appel qui la fonde ; puisque cet appel, aujourd'hui, se réalise en plénitude par l'évêque dans l'eucharistie, il n'est pas possible de comprendre une institution catholique de santé qui ne serait pas en union

³ *Dolentium Hominum*, N 52 –année XVII- N.1, 2003, p. 8.

avec l'évêque, et concrètement, avec la célébration de l'eucharistie parce que c'est là que l'Esprit Saint projette dans le présent l'action unique du Christ de soigner les malades, un présent dans lequel les malades sont soignés comme signes de la venue du Royaume de Dieu. »⁴

Cardinal Angelini

Pour situer l'idéal de l'hôpital catholique, il émettait trois conditions :

- « La première est de considérer l'hôpital comme un lieu privilégié d'évangélisation, ouvert aux diverses cultures et situations ;
- la deuxième se résume dans la nécessité pour le personnel soignant de se distinguer par une solide formation morale ;
- la troisième, mais la première en importance, consiste dans l'obligation de s'attacher à ce que le bilan humain et spirituel de la gestion d'un hôpital catholique soit prioritaire sur le bilan économique et administratif. »⁵

Il ne s'agit pas d'être simpliste dans ses commentaires, mais force est de reconnaître que pareils propos semblent, a priori, assez à distance de la pratique quotidienne du soin et des préoccupations managériales confrontées en de nombreux endroits à la problématique de la contrainte.

Cela voudrait-il dire qu'un sens soit aujourd'hui impossible, alors qu'il est désiré ? Premier paradoxe !

b. Un contexte social porteur de la question du sens

Pour complexifier encore notre problématique, je voudrais vous partager certains propos d'André Comte-Sponville, philosophe français, adepte farouche d'une société laïque : « De mon point de vue d'athée fidèle, le Royaume, c'est ici et maintenant. Nous sommes dans le Royaume. Il nous reste à habiter cet espace, à la fois matériel et spirituel, où rien n'est à croire, puisque tout est à connaître, où rien n'est à espérer, puisque tout est à faire ou à aimer – à *faire*, pour ce qui dépend de nous, et à *aimer* pour ce qui n'en dépend pas »⁶.

Lorsqu'un auteur qui se qualifie lui-même de fidèle athée tient de pareils propos, il se fait certainement le relais d'une pensée contemporaine en quête de sens, au point d'utiliser « nos » mots : amour comme vertu suprême, charité, Royaume. Comment s'y retrouver alors que nous réfléchissons à l'identité chrétienne ?

⁴ *Domentium Hominum, op. cit.*, p. 10.

⁵ *Domentium Hominum, op. cit.*, p. 12.

⁶ A. Houziaux (sous la direction de), *A-t-on encore besoin d'une religion ?*, Paris, Editions de l'Atelier, 2003, p. 63.

Si les « athées » se mettent à utiliser notre propre langage, référentiel au cœur duquel nous éprouvons parfois des difficultés à nous reconnaître -second paradoxe-, cela voudrait-il dire que l'identité chrétienne n'ait plus, de nos jours, de spécificité ?

c. Une médecine opératoire au cœur d'une société en quête de bonheur

Réfléchir à la question du sens et de la spécificité des hôpitaux chrétiens invite également à ouvrir la question en amont : quelle médecine qualifie aujourd'hui la fonction hospitalière au cœur de la société ? Il me semble en effet impossible de réfléchir au sens si on ne s'interroge pas, plus largement, sur l'horizon à partir duquel il se trouve sollicité de nos jours.

Une des caractéristiques importantes de notre société réside dans une recherche de bonheur, souvent appréhendée dans sa dimension individuelle. Et c'est bien au regard de ce lieu paradigmatique que se trouve aujourd'hui sollicité l'exercice de la médecine contemporaine appréhendée, si pas toujours d'une manière consciente au moins au niveau de l'imaginaire social et individuel, par bon nombre d'hommes et de femmes comme un lieu qui pourra restaurer ce « bonheur » brisé par la maladie, par l'expérience d'un manque, par l'approche de la mort. Et c'est bien lorsque ne peut être rencontrée cette finalité qui lui est assignée que la médecine risque de devenir, tant pour les personnes soignées que pour les soignants confrontés à l'échec de l'efficacité, cet endroit de souffrance qu'elle contribue à générer parfois bien malgré elle⁷. Dans son légitime rapport à une efficacité technique et objectivante, n'est-on pas en droit de se demander en quoi et comment la médecine contemporaine est effectivement capable de rencontrer la confrontation au « manque », à la souffrance, au malheur ?

Outre cette question, il importe d'en ouvrir une autre, celle du mandat social conféré à la médecine : elle est avant tout réponse à un mandat social qui lui donne sa légitimité. Sans reprendre ici tous les développements historiques mis en évidence par les analyses de Michel Foucault, la médecine représente, en quelque sorte, une construction sociale pour rencontrer, au nom de la société, le malheur et la souffrance de ses membres. Il s'agit à mes yeux d'un élément central, et pourtant souvent négligé, pour rendre compte de la place qu'elle occupe aujourd'hui avec tous les rêves qui y sont inhérents dans la vie des individus. Et cette problématique du rapport médecine-société est d'autant plus importante que, comme l'analyse très justement Dominique Memmi, la société convoque de plus en plus la médecine à réguler son propre rapport à la moralité, sans que cette fonction lui soit clairement assignée⁸.

⁷ D. Jacquemin, *Bioéthique, médecine et souffrance. Jalons pour une théologie de l'échec* (Coll. Interpellations n°13), Québec, Médiaspaul, p. 39-65.

⁸ D. Memmi, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, Editions La Découverte, 2002, p. 131-135.

Cela donnerait-il à penser que la médecine se trouve aujourd'hui devant une mission impossible, celle de « réparer » l'humain qui, dans son vœu de bonheur, place en elle tous les espoirs par lesquelles elle se donne à appréhender au cœur d'une société ? Troisième paradoxe !

Malgré les difficultés générées par ces paradoxes, c'est bien au cœur de ces derniers qu'il importe de poser notre problématique, celle du sens et de la spécificité des institutions hospitalières chrétiennes, s'ils constituent ce que nous pourrions nommer l'être-au-monde de nos institutions. Mais ces difficultés constituent peut-être, en même temps, une occasion supplémentaire pour poser de manière explicite la question de la référence à une tradition chrétienne, ce que nous allons nous efforcer de faire en évitant trois risques :

- celui, bien sûr, d'un usage idéologique de pareille référence ;
- celui de réduire la référence chrétienne, catholique, à la seule considération des orientations normatives énoncées par le magistère de cette Eglise, sans pour autant nier la place privilégiée de ces positions dans la réflexion critique ;
- celui de réduire la référence à la tradition chrétienne au seul niveau des convictions privées, sans prendre en considération la portée, les tensions de semblables exigences lorsqu'elles sont appréhendées dans leur dimension institutionnelle.

En effet, s'il est aujourd'hui question de travailler la problématique d'une identité chrétienne, voire même catholique, c'est bien à une dimension d'ouverture, d'universalisme critique qu'il est légitime de pouvoir faire appel : une capacité de laisser ouverte une double référence, évangélique et ecclésiale, à même de promouvoir au mieux la capacité critique, réflexive et éthique des personnes concernées par le soin au sein de ces institutions.

II. Identité et spécificité

En effet, lorsqu'une institution chrétienne s'engage aujourd'hui à réfléchir les enjeux des pratiques professionnelles qu'elle génère dans une société particulière, elle se doit d'accepter, pour une part au moins, un certain inconfort intellectuel, condition à mes yeux essentielle pour qu'elle puisse élaborer de manière la plus juste possible une position institutionnelle au cœur de l'Eglise et de la société. En d'autres mots, je pense que l'effort de raison critique sera toujours une médiation nécessaire pour l'affirmation, l'explicitation et la mise en question parfois, de la dimension spécifique chrétienne dont elle peut être porteuse et témoin.

Ceci demande, dès le départ, un choix face à une alternative : ou bien une institution confessionnelle se tient dans une position communautarienne, et affirme ses orientations pour l'action de l'intérieur de ses propres références ; ou bien elle se tient

délibérément dans le contexte pluraliste contemporain dont nous avons fait écho plus haut, et cherche alors à établir, à partir de sa pratique, un dialogue avec d'autres écoles de pensée. La situation belge conduit plutôt à opter pour la deuxième solution. Or, la question du pluralisme, dans un contexte où, comme le voyions précédemment, le primat est surtout accordé aux valeurs individuelles, est à considérer d'un double point de vue : celui du pluralisme externe (comment faire place à tous les malades sans leur imposer des normes qui ne correspondraient pas aux leurs propres) ; celui d'un pluralisme interne, tant on peut constater, d'une part, la diversité des positions parmi les croyants se référant à une même tradition religieuse et, d'autre part, le pluralisme théologique, plus construit, qui constitue la recherche plurielle en ce domaine.

Ces quelques remarques m'invitent dès le départ à clarifier la distinction entre identité et spécificité, afin de préciser au mieux la portée d'une référence explicite à une tradition particulière, en l'occurrence ici la tradition chrétienne, plus particulièrement catholique. Au début de cet exposé, je faisais mention d'une recherche menée voici plusieurs années par Caritas à propos de l'identité chrétienne des institutions de santé. Elle retenait six critères déterminants de l'identité chrétienne de l'action : le respect de la personne, le souci de la justice et des plus pauvres, la promotion du bien commun, le principe de subsidiarité, l'esprit de pauvreté et le devoir de vérité. Cette recherche soulignait également la nécessaire distinction à établir entre l'identité chrétienne (un ensemble de traits caractéristiques qui ne sont pas le monopole des institutions chrétiennes mais qui doivent y être présentes et recherchées) et les caractéristiques spécifiques qui seraient exclusivement chrétiennes. Parmi ces dernières, on pourrait retenir : une certaine mystique chrétienne de la décision éthique, sans pour autant affirmer qu'une manière de vivre l'éthique serait un lieu identitaire ; le souci d'une dimension symbolique à travers laquelle pourrait s'ouvrir la question de Dieu et la dimension spirituelle du soin - nous reviendrons sur cette question lorsque nous envisagerons la problématique du rapport à la mort - ; le souci de rendre service à société en rendant témoignage à la charité ; une présence prophétique par l'attention privilégiée accordée aux victimes de toutes sortes ; le souci particulier accordé aux situations où se jouent les limites de la vie humaine ; la promotion et le respect des sujets tant souffrants que soignants comme des personnes engagées dans une expérience vitale.

Pour autant que soient importants ces quelques traits à même de tracer ce que pourrait revêtir une spécificité chrétienne des institutions hospitalières, ne s'agit-il pas là d'une approche assez « raisonnable » d'une spécificité qui pourrait trop facilement limiter ce que pourrait comporter comme excès un réel appel évangélique pour ces institutions ? Deux exemples pourraient à mes yeux illustrer cette question, cet appel évangélique à un « au-delà du raisonnable » : face à certaines logiques économiques, la dimension de gratuité ne pourrait-elle pas conduire à certains déplacements - je pense ici au coût économique de la parole avec ce qu'elle peut

apporter de confort à la fonction soignante et à la cohérence de certaines décisions éthiques qu'il lui faut porter- ; dans certaines situations limites, une transgression de la règle morale peut révéler une ouverture à une certaine créativité éthique -pensons à certaines situations complexes relatives au début ou à la fin de vie. Or, si l'on veut ici, au cœur de notre réflexion laisser place à cette dimension d'excès évangélique pour qualifier un sens et une spécificité, quel concept clé pourrait nous y aider⁹ ?

III. Un concept-clé ?

Les hôpitaux chrétiens sont aujourd'hui invités à faire œuvre d'appropriation critique et créative des différentes innovations médicales afin de les mettre en œuvre dans une perspective évangélique ; tel serait à mes yeux le défi de sens essentiels auxquels ils se trouvent confrontés. Or, une telle exigence rejoint la réflexion menée par le théologien Jean-Baptiste Metz qui a su situer l'appel de l'avenir comme une dimension essentielle de la pratique de la foi chrétienne dans le contexte de la modernité caractérisée, tout comme la médecine, par son caractère technique, opératoire et scientifique. Cette pensée théologique relative à la notion d'avenir ne fait que renforcer le primat que l'homme contemporain accorde à l'avenir¹⁰, horizon de sens de plus en plus présent dans la littérature contemporaine¹¹. C'est dans ce même contexte que pourrait se formuler l'espérance chrétienne, inscrivant la créativité humaine certes dans le futur de l'homme, mais également dans la perspective d'une transcendance de Dieu.

Dans cette mise en perspective du fondement de l'espérance de l'homme lorsqu'il met en œuvre sa capacité à transformer le monde, J.-B. Metz propose que « le rapport entre la foi et le monde se laisse définir théologiquement à l'aide du concept d'une 'eschatologie critico-créatrice', une telle théologie se devant en même temps d'être une 'théologie politique' »¹². Que veut-il nous faire comprendre ? Il nous dit que la capacité de transformation du monde dont l'homme contemporain est capable ne se réduit pas à ses seules capacités car, s'il est à même de construire une figure de l'avenir, ce dernier ne lui appartient pas totalement ; c'est ce que rappelle classiquement toute la théologie de la création et de l'eschatologie indiquant que si une réelle autonomie est conférée à l'action humaine, elle n'est totalement ni sa propre origine, ni sa propre fin. On peut donc reconnaître avec Metz que l'espérance du croyant se donne toujours en reconnaissant un au-delà de toute maîtrise du projet

⁹ Je tiens à remercier ici B. Cadoré de m'avoir aidé à structurer ma pensée à propos de cette problématique, particulièrement par son manuscrit de mai 2000 : « *Confrontation d'un hôpital universitaire catholique à l'évolution de la médecine* » (pro manuscrito, CEM, 12 p).

¹⁰ J.-B. Metz, *Pour une théologie du monde*, in Coll. *Cogitatio Fidei*, n°57, Paris, Cerf, 1971, où l'auteur développe cette question sous forme de thèses, p. 98ss.

¹¹ J.-Cl. Guillebaud, *Le goût de l'avenir*, Paris, Seuil, 2003, 359 p.

¹² J.-B. Metz, *op. cit.*, p. 106 (thèse n°3).

créatif de l'homme¹³. En d'autres mots encore, l'eschatologie chrétienne invite à maintenir une distance entre l'avenir espéré et le projet réalisé, empêchant une totale conformation au monde dans le déploiement de ses logiques techniques, pensée pertinente pour la logique objectifo-technique générée et soutenue par la médecine !

C'est donc vers une dynamique de libération que peut conduire l'espérance critico-créatrice, particulièrement au cœur d'un monde qualifié par son rapport à la technique. Un tel constat amène le théologien à s'efforcer de désigner quel pourrait être le point central où cette espérance pourrait s'affirmer dans sa force critico-créatrice de telle sorte que l'action chrétienne puisse contribuer à un développement libérateur du politique ; nous arrivons peu à peu à la question du sens et de la spécificité. C'est la recherche de ce point central, nodal qui constitue, à mes yeux, un des concepts-clé de la théologie de J.-B. Metz lorsqu'il propose le concept de « mémoire de la souffrance » pour qualifier l'ouverture de l'histoire des hommes vers l'avenir qui leur est promis : « La conscience politique *ex memoria passionis*, l'action politique fécondée par la mémoire historique de la souffrance humaine : voilà qui pourrait indiquer une conception de la politique capable de produire des possibilités nouvelles et de nouveaux critères pour assurer la maîtrise sur les processus technologiques et économiques. Elle inspire une nouvelle forme de solidarité et de responsabilité à l'égard des plus éloignés, parce que l'histoire de la souffrance unit tous les hommes comme une « seconde nature ». Elle interdit une conception purement technique de la liberté et de la paix ; elle ne laisse subsister aucune paix ni liberté aux dépens de l'histoire – histoire refoulée de la souffrance d'autres peuples et d'autres groupes humains. »¹⁴. Que retenir de cette affirmation assez compliquée ? Elle nous dit tout simplement une visée : que la pratique technique, en même temps qu'elle est capable de faire des projets pour l'avenir de l'humanité, aurait toujours à rester en retrait, à s'effacer devant le caractère toujours inachevé de cet avenir. Et c'est ici que cette proposition est intéressante pour notre sujet : ce retrait, cet effacement pourrait-il être pensable comme une condition d'exercice des décisions de la médecine moderne, comme un enjeu qualifiant le sens et la spécificité de nos institutions hospitalières ?

Je pense que oui. En effet, par cette notion de « mémoire dangereuse de la souffrance », J.-B. Metz désignait le souci particulier, prioritaire accordé aux « victimes ». Cette attention renvoie assez facilement, dans ce souci d'humanité que porte le monde contemporain, au soin accordé aux malades, aux plus vulnérables, dans la visée de promouvoir entre tous une relation de soin qui soit, comme le dit admirablement P. Ricoeur, signe d'alliance de la promesse¹⁵. On remarquera ainsi que cette « mémoire dangereuse » peut venir limiter toute visée de rationalité qui

¹³ J.-B. Metz, *op. cit.*, p. 108.

¹⁴ J.-B. Metz, *La foi dans l'histoire et dans la société. Essai de théologie fondamentale pratique* (Coll. Cogitatio Fidei n°99), Paris, Cerf, 1979, p. 120.

¹⁵ P. Ricoeur, Les trois niveaux du jugement médical, dans *Le Juste* 2, Paris, Editions Esprit, 2001, p. 227-243.

voudrait imposer aux personnes souffrantes un ordre qui ne correspondrait pas à leur visée d'existence, à leur temporalité¹⁶. Cette « mémoire dangereuse » peut donc remettre une certaine hiérarchie si c'est bien l'autre comme « plus petit », « victime » qui se trouve au centre de tout processus décisionnel engageant un avenir. Cependant, je pense que cette « mémoire dangereuse » ne trouve pas simplement sa légitimité pour définir des priorités. Elle constitue surtout un point de départ incontournable pour une herméneutique, une juste compréhension de l'action biomédicale. En effet, si cette dernière se trouve de nos jours essentiellement qualifiée par son rapport à la maîtrise, à l'efficacité, à la productivité -on parle de « production de santé-, la tradition chrétienne, situant l'action humaine dans une perspective d'espérance anticipée, ne pourrait-elle pas lui apporter, lui assigner certains points de vigilance critique ?

Il me semble en tous cas que ce concept clé de « mémoire de la souffrance » conduit à une « mémoire pour l'espérance », donnant à l'action humaine, particulièrement biomédicale, un horizon de responsabilité qui soit à même de soutenir réellement un avenir possible, tant pour les personnes que pour les institutions. Dans cette perspective, et attentif à notre question de départ relative au sens et à la spécificité des institutions hospitalières chrétiennes, il m'apparaît possible d'identifier certains défis essentiels auxquels pourrait aujourd'hui se confronter de manière privilégiée un hôpital chrétien : une authenticité entre le discours et l'action, le respect de la personne comme exigence où se joue un avenir, une juste perception de la contrainte, une capacité à rouvrir la question du salut.

IV. Des défis à rencontrer

a. Une authenticité entre le discours et l'action

Un des premiers points de vigilance serait l'authenticité dans laquelle s'établit le lien entre le discours et l'action. Si la tradition chrétienne possède une expérience longue et cohérente de discours à propos de la médecine, il arrive parfois que s'établisse une distance entre, d'un côté, un discours explicite et, de l'autre, des pratiques qui s'écartent plus ou moins des orientations normatives publiquement affirmées. C'est le cas, par exemple, lorsque la médecine rejoint la demande d'un couple pour une interruption de grossesse qui, ayant été informé que l'enfant était atteint d'une affection très grave qui, si elle n'est pas létale, remet fortement en cause sa future qualité de vie. Ce pourrait être une même distension entre le discours et la réalité qu'on pourrait constater à propos de la question de l'euthanasie. Mon but n'est pas ici de revenir sur les discours normatifs traitant de ces difficiles problématiques, mais

¹⁶ D. Jacquemin, Quand le temps devient compté et conté. Approche philosophique de la notion d'anticipation, dans *Les cahiers de médecine palliative et d'accompagnement*, n°12, janvier 2004.

bien d'ouvrir une question plus délicate à mes yeux : comment tenir une position qui, tout en fondant l'appréciation très grave portée sur une situation singulière, ne réduirait pas pour autant à reléguer dans la clandestinité des pratiques, assez répandues, qui auraient été argumentées en conscience comme un moindre mal ? Or, la question se trouve trop peu souvent posée en ces termes lorsqu'on affirme que les institutions chrétiennes ne répondent pas à pareilles demandes, alors que des praticiens chrétiens, non sans mesurer le poids de leur action, accèdent à certains types de demandes au nom de leurs compétences et responsabilités professionnelles mais en en portant le poids moral dans le seul rapport à leurs convictions privées. La question du lien entre le discours et l'action pose la question du statut d'un soutien qu'une communauté de convictions peut apporter au questionnement des membres qui partagent cette même communauté.

Or, la non prise en compte de ces divers décalages, le fait de ne pas ouvrir la question comme une réelle question touchant l'identité, tant des soignants que des institutions, met à mal la crédibilité des discours et la nécessaire solidarité dont devrait pouvoir faire preuve une institution à l'égard des personnes portant le développement des pratiques médicales que génèrent ces mêmes institutions.

b. Le respect de la personne comme exigence où se joue un avenir

Un deuxième point de vigilance résiderait dans l'absolu respect conféré à la personne au nom du respect de son propre devenir. En effet, la médecine contemporaine est un des lieux où se pose par excellence la question de la personne, particulièrement lorsque celle-ci se trouve confrontées à certaines limites de sa propre existence : période anténatale, dépendance des techniques de réanimation, démence du grand âge, fin de vie sans possibilité thérapeutique, etc. Face à ces situations, les discours contemporains, dans leur dimension pluraliste, mettent volontiers en avant l'impératif du respect. A cette affirmation, les différentes écoles de pensée donneront un fondement spécifique qui, même si tous font plus ou moins appel à la notion de droit de l'homme, pourra être argumenté de façon assez dissemblable ; c'est cette diversité argumentative qui donnera des visées décisionnelles assez différentes en se rapportant par ailleurs à un concept identique ; pensons ici au concept de dignité¹⁷. Et c'est bien ici qu'il pourra y avoir débat ! Si la tradition chrétienne tient ce respect pour impératif, c'est certes pour y reconnaître en tout homme un sujet de droit mais également le lieu d'un mystère qui fonde chaque singularité humaine. Or, une telle affirmation ne se réduit pas à désigner le caractère intangible de l'être humain à partir de ce lien mystérieux qui le tiendrait en présence d'un Dieu créateur. Elle le place en même temps devant un autre mystère qu'est celui de sa destinée universelle où se joue chaque destinée singulière. Et c'est bien au croisement de ce double mystère qu'il importe de penser l'action humaine comme engagement d'une relation

¹⁷ J. Ricot, *Philosophie et fin de vie*, Rennes, Editions ENSP, 2003, p. 23-31.

croisant à la fois la création et la solidarité de destinée entre tous les humains ; ce double mystère renvoyant conjointement à l'identité tant des personnes souffrantes qu'à celle des soignants.

Et c'est bien la prise au sérieux de cet enracinement théologique de ce respect dû aux personnes qui nous renvoie à l'avenir qu'une institution de soins peut entretenir et promouvoir en son sein, pour l'ensemble de ses interlocuteurs. En effet, si la médecine contemporaine trouve aujourd'hui sa raison d'être dans un rapport à la connaissance et à l'efficacité, force est de reconnaître qu'elle ne peut pas toujours l'emporter contre certains processus de la maladie, qu'elle est parfois réduite à l'impuissance face à certaines détresses de la souffrance, du handicap, de la démence, de la dépendance. En pareilles situations, l'enjeu de la relation de soins ne sera que plus important : dépasser le risque de croire que l'homme soit aliéné à un destin fatal face à ce qu'il pourrait considérer comme l'échec de sa connaissance et de son efficacité. C'est ici que se joue à mes yeux un enjeu fort de l'identité chrétienne : par ses discours et ses actions, quelle dynamique d'espérance est-elle capable de laisser ouverte dans ces situations limites, tant par le regard porté sur les personnes que dans les capacités créatrices de soins pour les soutenir une espérance encore possible dans un autre rapport à l'efficacité, ici de soutien et d'accompagnement. Telle serait à mon sens une garantie d'espace d'une liberté créatrice, inventive au service tant des personnes, soignées et soignantes, que de l'institution elle-même. Pensons ici au souci qu'ont eu certaines institutions à développer des unités de soins palliatifs pour rencontrer le respect de la personne en situation de mort proche, à créer des lits pour des personnes porteuses de maladies neurologiques (SLA, paralysie post-traumatiques) qui, dans un contexte de légalisation de l'euthanasie, pourraient être conduites au désespoir du « vivre encore »¹⁸.

c. Une juste perception des contraintes

Si la question de la contrainte économique fut abordée ici par Monsieur F. Pitz avec une compétence que je n'ai manifestement pas, j'aimerais cependant revenir sur cette question de mon propre point de vue car elle constitue un troisième point de vigilance essentiel à mes yeux. En effet, les institutions hospitalières sont traversées par deux contraintes, au moins : celle de la compétence et de la performance des pratiques médicales, d'une part, celle de l'exigence d'une certaine rationalisation économique permettant, dans les meilleurs cas sur base d'évaluation, de gérer l'affectation des ressources. Les hôpitaux chrétiens ne sont pas exempts de ces exigences, parfois même fragilisés par rapport aux institutions publiques. La question qui se pose est celle d'évaluer dans quelle mesure de telles contraintes

¹⁸ D. Jacquemin, Les soins palliatifs : enjeux éthiques d'une rencontre, dans *Revue Française des Affaires Sociales*, n°3, juillet-septembre 2002, 56^{ème} année, p. 145-163.

constituent un cadre dans lequel il est réellement possible de déployer la cohérence du service que l'on veut rendre à la société.

En dehors des critères propres à la rationalité économique, la tradition chrétienne propose un point de vue sur de telles exigences : viser à tenir ensemble le souci des personnes et celui de la destinée commune des biens¹⁹. Autrement dit, pour un hôpital chrétien, l'enjeu serait de développer une critique des pratiques médicales à partir de cette tension, en complément des critères qui peuvent être dictés par les impératives logiques économiques. En ce sens, les hôpitaux chrétiens pourraient devenir des lieux de réflexion pour une éthique socioéconomique inspirée par la tradition de la morale catholique. C'est ainsi que, tout en visant à développer une médecine spécialisée, technique, efficace, ils pourraient accorder une place réelle à la médecine communautaire à partir de laquelle situer la demande de soins dans un contexte socioculturel donné ; les services d'urgence étant sans doute un lieu emblématique de ce questionnement, tout comme le surcoût donné à la parole pour rencontrer les enjeux d'une législation conduisant parfois à vivre certains décalages entre idéal moral et pratiques professionnelles.

d. Une capacité à rouvrir la question du salut

Le dernier défi, comme lieu constitutif pour rencontrer la question de l'avenir humain, pourrait relever d'une redécouverte de la mort comme lieu éthique et spirituel constitutif de notre humanité. Comme le souligne D. Le Guay, « le drame de l'homme contemporain n'est pas la castration (le refoulement) de la sexualité, de la créativité ou de l'émotivité, mais celle de la dimension spirituelle. Encore une fois, que l'on appartienne ou non à une religion, la préparation à l'accompagnement des personnes en fin de vie devrait prendre en considération cette dimension de l'être humain. Non seulement nous ne devrions pas avoir honte, mais nous devrions savoir qu'il y a là une efficacité d'un autre ordre, l'efficacité du coeur. »²⁰.

Si l'hôpital chrétien se doit de s'appropriier les mêmes valeurs de compétence, de performance, de respect de l'autonomie de l'humain que toute autre structure, il aurait cependant à manifester, pour le service de l'intégralité de l'humain une dimension de salut ; c'est « tout l'homme » qu'il veut guérir, soigner, accompagner, « sauver ». Cet appel, l'hôpital chrétien pourrait le rencontrer par une triple posture d'engagement, au moins. Il aurait, tout comme nous l'avons vu, la responsabilité de laisser ouverte la question du sens des pratiques professionnelles en lien avec l'image confessionnelle qu'il se donnerait de lui-même ; cet impératif passera par les moyens effectivement offerts pour que le questionnement éthique puisse avoir sa place dans

¹⁹ J.-Y. Calvez, *L'économie, l'homme et la société*, Paris, Desclée de Brouwer, 1989, p. 53-71.

²⁰ D. Le Guay, *Qu'avons-nous perdu en perdant la mort ?*, Paris, Cerf, 2003, p. 141.

la créativité des pratiques, par les offres de formation²¹, prenant le risque d'en assumer la « gratuité » de l'investissement économique. Il s'agirait au minimum de croire que le juste engagement des professionnels dans une visée commune, explicitée du « bien faire » puisse concourir à la qualité des soins. Le deuxième niveau de responsabilité toucherait davantage tous les niveaux d'opportunité ouverts pour que la question spirituelle puisse être rencontrée, non dans une logique du surplus, mais bien comme une question constitutive du soin et de l'identité de l'institution : qu'elle puisse être reconnue, sans excès pour les soignants, comme une dimension constitutive du soin dans la rencontre des plus souffrants²² ; qu'elle puisse être rencontrée comme une question engageant le sujet souffrant au cœur certains processus décisionnels touchant des situations limites de l'existence²³ ; qu'elle soit promue par le soutien offert à toutes structures d'accompagnement des personnes (développement du bénévolat d'accompagnement, espace de parole, initiatives d'accompagnement et de soutien du personnel, etc). En ce domaine encore, en lien avec les diverses instances et services pastoraux, les institutions hospitalières se trouvent invités à faire œuvre de créativité, tout en sachant en assumer les investissements financiers qui y sont inhérents. Enfin, cette vision de la rencontre de l'intégralité de l'humain devrait conduire les institutions hospitalières chrétiennes à laisser ouverte la question de Dieu, non seulement comme une question constitutive de l'origine et de la destinée humaine, souffrante et soignante, mais également comme une question théologique à même de concourir à sa propre identité, ce que nous nous sommes efforcés de faire ce matin.

Moyennant la prise au sérieux de ces trois niveaux de responsabilité, qui sont tout autant des défis, l'hôpital chrétien pourrait contribuer, à sa juste place et au-delà des paradoxes qui le traversent, à réinstaurer le salut comme lieu identitaire fondamental, celui de ne rien toucher en l'homme sans, qu'en même temps, notre Dieu ne soit lui-même touché : « Ce que vous avez fait à l'un de ces petits qui sont les miens, c'est à moi que vous l'avez fait. » (Mt 25,31-46).

²¹ Cardinal F. Angelini, Premières réflexions sur les hôpitaux catholiques aujourd'hui : « Voilà pourquoi il est fondamental que les grandes structures sanitaires catholiques, en particulier mais surtout en association, soient pourvues des instruments de base, toujours intégrée dans une formation permanente, en raison de la complexité des problèmes toujours délicats qui se présentent aujourd'hui dans le domaine de la santé. Formation morale strictement liée à la profession médicale, mais aussi capable de faire du personnel de santé catholique un citoyen fidèle observateur de la loi, étranger à l'instrumentalisation et à toute forme de carriérisme qui lèserait les droits des personnes assistées et du déroulement serein de l'assistance médicale. », dans *Dolentium Hominum*, op. cit., p. 14.

²² D. Jacquemin, Corps à corps et dimension spirituelle du soin palliatif, dans *Les cahiers de soins palliatifs*, volume 4, numéro 2, 2003, p. 63-92.

²³ On pourrait se rapporter à la visée de médecine « théo-thérapeutique », D. Jacquemin, *Bioéthique, Médecine et souffrance*, op. cit., p. 131-138.