

# Jusqu'au bout prendre soin des vivants

## Qu'est-ce qui est insupportable ? Et pour qui ?

On entend souvent, ou l'on ressent soi-même, devant la souffrance d'une personne en fin de vie, ou devant une agonie qui s'éternise que c'est insupportable, et que de ce fait il faut faire quelque chose. Mais il est nécessaire de se demander ce qui est insupportable et pour qui, de manière à se donner les moyens de percevoir que la même situation peut susciter des appréciations très diverses selon les personnes qui y sont impliquées, malade, entourage, soignants, médecin... Ce peut être la douleur physique qui est insupportable et c'est normal, nous reviendrons sur le devoir éthique qui s'impose toujours de tenter de la diminuer. Mais ce peut être aussi l'approche de la mort, la réalité de la mort alors qu'on avait tout fait pour ne pas y penser, pour l'éliminer de son existence. Ce peut être aussi, en particulier pour l'entourage et tous les soignants, l'inaction : il est insupportable de ne rien pouvoir faire quand on perçoit que l'heure est grave, que le moment est unique et que l'on s'approche de l'irréversible.

## Mourir dans la dignité : tout le monde y est favorable.

Ce n'est pas la question de la dignité qui permet d'aborder de manière féconde ces questions, car il n'y a sur ce point aucun débat. Qui pourrait revendiquer le droit de mourir, ou de laisser mourir les autres sans dignité ? Le droit de mourir dans la dignité est évidemment un droit de tout être humain ; et il est pervers d'identifier cette évidence avec le geste euthanasique, comme si la mort volontaire était la seule manière de respecter cette dignité.

La question de l'inefficacité à laquelle condamne l'approche de la mort est une question beaucoup plus complexe, et qui n'est pas sans rapport avec celle de la revendication euthanasique. En effet, les équipes soignantes et les médecins sont engagés dans l'action, en faveur de leurs patients. Et la suspension de l'action, qu'imposent l'agonie et la mort, peut être vécue comme une épreuve dans un tel contexte.

La mort est-elle un échec pour le médecin ?

Selon <sup>[1]</sup> l'Association médicale Canadienne <sup>[2]</sup>, parmi les six principales causes de mal-être du médecin on trouve la confrontation à son impuissance et à la mort. Cela peut donner à réfléchir, car cette cause de mal-être n'a rien de proprement médical : tout être humain est confronté à son impuissance et à la mort, qu'il le veuille ou non. Ce sont des aspects de la finitude humaine qui marquent l'existence de tout être humain. Comment se fait-il qu'ils puissent être identifiés comme cause spécifique de mal-être chez les médecins ? Ou pour poser la question autrement, est-ce qu'un médecin du début du XXe siècle vivait son impuissance et la rencontre quotidienne de la mort comme une atteinte personnelle ? Il pouvait en être ému, selon les relations qu'il vivait avec ses malades, mais il est fort probable qu'il ne les ressentait pas comme un échec personnel. La mort est devenu un échec pour le médecin, car celui-ci est marqué, et ses patients aussi, par la conviction qu'il « peut faire quelque chose » selon une expression si souvent entendue au lit des grands malades ou des mourants.

Un chercheur qui s'est intéressé à la fréquence du burn-out chez les médecins, constate que le médecin « vit comme un élément d'impuissance, ce qui n'est en fait qu'une impossibilité <sup>[3]</sup> ». Le développement considérable de l'efficacité thérapeutique depuis cinquante ans est imputable pour une part à une attitude proche de celle-ci : sans cesse, les limites de l'impossible reculent car la médecine a refusé de les reconnaître comme infranchissables. Mais dans une telle démarche, quelle place est reconnue à ce qui est structurellement, ontologiquement impossible ? Quelle place est reconnue au fait que l'être humain est mortel, par exemple...

Il nous faut nous arrêter sur ce constat qui est au carrefour de trois registres, celui de la responsabilité, de l'éthique médicale, celui de la vie psychique des médecins, et celui que l'on peut désigner comme la vie spirituelle, en théologie chrétienne on dirait la reconnaissance de la condition de créature : vivre comme une impuissance ce qui est impossible. Les psychologues nous avaient déjà appris, en particulier à propos de l'adolescence, que l'esprit humain est capable de regarder comme interdit ce qui est impossible et par là de se maintenir dans le déni de la finitude : la faute de nos premiers parents au jardin n'était-elle pas de cette ordre-là, lorsqu'ils étaient tentés de regarder l'accès à la condition divine comme interdite par un Dieu jaloux ? Si l'on regarde l'impossible comme interdit, on se bagarre, on transgresse, on se met en colère contre l'instance qui apparaît comme source de cet interdit. Si on le regarde non comme interdit, mais comme révélation de sa propre impuissance, les dégâts sont plus importants, car le reproche se retourne contre soi. Si ce malade meurt, c'est bien le signe que je n'ai pas été à la hauteur. On va peut-être me le reprocher, mais cela n'est même pas nécessaire, car je m'en occupe moi-même.

Les professionnels du soin sont moins vulnérables, il me semble, à ce type de souffrance, car prendre soin de l'autre n'est pas une activité sanctionnée par un résultat aussi tangible que la guérison ou la mort. On peut se demander si on a bien pris soin, si on a suffisamment pris soin, etc..., mais la mort n'est pas le signe d'un échec du soin de la même manière qu'elle peut être vécue comme un échec de la démarche médicale.

Il n'y a pas, et heureusement, de réponse simple à ce problème, car il serait illusoire, et stupide de penser qu'un retour en arrière serait une bonne chose. Nous bénéficions tous des avancées thérapeutiques de la médecine, et nous préférons consulter un médecin efficace. Tout le problème est celui du juste engagement du médecin, et de la juste attente du patient et de sa famille, dans cette recherche d'efficacité. Il est bon de chercher à être aussi efficace que possible tout en sachant que cette efficacité reste une efficacité humaine et donc limitée, qu'elle s'exerce en faveur d'êtres humains, donc mortels.

Il est remarquable que lorsque la société de réanimation de langue française a publié en 2002 ses recommandations éthiques sur « Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte », elle a présenté ainsi ses recommandations :

Elles constituent aussi la seule alternative éthique à l'acharnement thérapeutique, qui nous est parfois reproché, et qui est contraire au code de déontologie médicale. Elles permettent ainsi d'accepter la mort comme un phénomène naturel qui ne doit pas être considérée comme un échec dans ces situations <sup>[4]</sup>.

Ce sont les recommandations publiées qui permettent d'accepter la mort comme un phénomène naturel qui n'est pas un échec pour les médecins : cela montre bien à quel point ceux-ci ont besoin de se l'entendre dire, et rappeler.

### **Qu'est-ce qu'on arrête ?**

#### ***L'arrêt légitime de soins disproportionnés***

C'est un point de consensus actuel entre l'éthique médicale et la théologie morale catholique que de reconnaître le caractère licite de l'arrêt, ou de l'abstention, de soins disproportionnés. Il s'agit là d'une application des règles classiques de la morale au sujet de l'acte à double effet. Un acte à double effet est un acte qui comporte deux conséquences prévisibles, l'une bonne et l'autre mauvaise. Il peut être choisi à deux conditions :

1. que l'on envisage cet acte parce que l'on recherche son effet bon, l'effet mauvais n'étant présent que comme conséquences possible (ex les effets secondaires des médicaments efficaces) ;

2. que l'effet mauvais reste en proportion de l'effet bon que l'on recherche. Ainsi on a le droit de mettre en péril la vie d'un malade par un geste thérapeutique risqué, si la maladie dont il souffre et dont on va tenter de le guérir comporte plus de risques pour sa vie ou sa santé que le geste thérapeutique n'en comporte lui-même. On ne prend pas un risque vital pour une intervention esthétique, mais on peut prendre un risque vital pour une chimiothérapie anti-cancéreuse. La question apparaît en pratique médicale lorsque les effets secondaires désagréables, douloureux ou nocifs deviennent disproportionnés par rapport aux bénéfices que l'on peut encore attendre de la thérapeutique. Si l'évolution de la tumeur ne laisse aucune perspective non seulement de guérison, mais d'amélioration ou de rémission significative, il n'est pas licite de faire endurer au malade les effets secondaires de cette thérapeutique, même si ceux-ci se situent dans le registre du confort (vomissements...).

La cessation de procédures médicales onéreuses, périlleuses, extraordinaires ou disproportionnées avec les résultats attendus peut être légitime. C'est le refus de « l'acharnement thérapeutique ». On ne veut pas ainsi donner la mort ; on accepte de ne pas pouvoir l'empêcher. Les décisions doivent être prises par le patient s'il en a la compétence et la capacité, ou sinon par les ayant droits légaux, en respectant toujours la volonté raisonnable et les intérêts légitimes du patient. Catéchisme de l'Église Catholique (2278)

Le caractère disproportionné des soins, l'opportunité de leur arrêt, et même les modalités concrètes de celui-ci doivent faire l'objet de la seule appréciation singulière, en fonction de nombreux paramètres et de la prise en compte de la perception des divers acteurs. Ainsi, les réanimateurs présentent diverses modalités de l'arrêt de l'assistance respiratoire et ajoutent que le choix en sera fait « selon le cas particulier du patient et/ou la perception des proches et/ou la perception du personnel <sup>[5]</sup>. »

### ***L'arrêt inacceptable des soins***

L'arrêt des thérapeutiques disproportionnées ne doit jamais être envisagé comme un arrêt des soins, bien au contraire. S'il est licite de ne pas engager ou de mettre un terme à des thérapeutiques disproportionnées, il n'est jamais licite d'en faire un abandon du patient, laissé à lui-même, à sa solitude et à sa souffrance, car il ne bénéficie plus des soins les plus pointus dont soit capable l'équipe médicale. Bien au contraire, le « prendre soin » devient alors la priorité absolue.

La décision de limitation ou d'arrêt de thérapeutique(s) active(s) dans un contexte de fin de vie doit s'accompagner de toutes les mesures susceptibles d'améliorer le confort du patient et de ses proches. Il ne peut s'agir d'un abandon des soins, c'est une réorientation de leurs objectifs. [...] La limitation ou l'arrêt de thérapeutique(s) active(s) implique la prise en charge en priorité de la douleur physique et morale du patient <sup>[6]</sup>.

Dans une telle perspective, il faut rappeler qu'il n'est jamais envisageable pour faire cesser une situation que l'on ressent comme inacceptable d'arrêter le malade. Cela peut sembler de mauvais goût d'employer une telle expression, mais on sait bien qu'il arrive que l'on parle ainsi dans la profession, et qu'il arrive que l'on pense ainsi au chevet d'un grand malade, en particulier lorsqu'il souffre. Il faut que cela s'arrête, quels que soient les moyens...

### **L'homme devant la souffrance : des repères éthiques**

#### ***Supporter, endurer, accepter***

Si l'on regarde d'abord la souffrance et la fin de la vie du côté du malade, si l'on peut dire, on est obligé de reconnaître qu'une part importante du travail est de l'ordre de l'acceptation. Non pas une résignation morbide, une démission, mais une forme de réalisme qui pousse à reconnaître que quoi qu'en dise notre culture, nous sommes toujours des mortels et que la vie a une fin. Accepter l'existence de la maladie, l'imminence de la mort, ce n'est pas mourir avant l'heure, mais regarder la mort en face, pour rester vivant tant qu'on le peut. Vivant en vérité, sans fuir dans des hypothèses

diagnostiques ou thérapeutiques toujours plus folles, dont la raison d'être est simplement d'éviter la réalité.

Qu'est-ce qui fait que certains malades supportent apparemment assez bien certaines douleurs qui apparaissent comme intolérables à d'autres. On peut évoquer le caractère subjectif de la perception de la douleur, mais je ne crois pas que tout la réponse soit neurologique. Elle est également du côté de la globalité du malade. Si la souffrance est une expérience qui implique toute la personne, contrairement à la douleur, la souffrance aura une tonalité, et même une intensité fort différente selon la manière dont la personne la considère, le sens qu'elle lui donne, l'angoisse qui l'accompagne. On a mis du temps, mais on a enfin commencé à comprendre en France que l'angoisse de la douleur décuple celle-ci et que la prévention non seulement de la douleur, mais de la crainte de la douleur en diminue l'intensité et de ce fait diminue les doses d'analgésiques nécessaires. C'est bien le signe que le rapport du malade à sa souffrance est au moins aussi important que la réalité objective de celle-ci (si tant est que ceci puisse être objectivé).

Tout n'est pas à rejeter dans l'attitude de l'acceptation. Il est de bon ton aujourd'hui de dénigrer toute forme de résignation, immédiatement taxée de fatalisme et d'obscurantisme. Il ne faut pas se résigner à la douleur physique, il faut faire tout ce qu'on peut pour la traiter. Mais il est bon de savoir accepter, reconnaître la réalité : celle du diagnostic grave, mais aussi celle du vieillissement ou des handicaps qui peuvent marquer l'existence. Reconnaître que les suites d'une intervention chirurgicale majeure ne durent pas trois jours, reconnaître qu'un accident grave peut laisser des séquelles... Les réussites de la médecine contemporaine n'aident pas à ce réalisme, car tout pousse à rêver que tout va s'arranger, qu'on va trouver le traitement... Mais nous sommes mortels, jusqu'à preuve du contraire.

Cette acceptation, paradoxalement, n'empêche pas, au contraire de lutter. Elle permet la lutte, puisqu'elle identifie clairement l'adversaire. Le patient et son entourage ont le devoir de lutter contre la souffrance. Celle-ci est un obstacle à la relation, à l'épanouissement d'une vie proprement humaine. En particulier lorsqu'elle enferme le patient dans l'identification à la souffrance, lorsqu'il n'est plus que cela, il est capital de lutter contre la souffrance, et de lui donner la possibilité de retrouver d'autres dimensions de sa vie. C'est au nom de la dignité de la personne humaine que le combat contre la souffrance doit être mené, et justifié moralement.

L'usage des analgésiques pour alléger les souffrances d'un moribond, même au risque d'abrégé ses jours peut être moralement conforme à la dignité humaine, si la mort n'est pas voulue, ni comme fin, ni comme moyen, mais seulement prévue et tolérée comme inévitable. Les soins palliatifs constituent une forme privilégiée de charité désintéressée. A ce titre, ils doivent être encouragés. Catéchisme de l'Église Catholique (2279).

### ***Soulager, supprimer***

La souffrance est une réalité qui est à la fois singulière, propre à celui qui souffre et de ce fait inaccessible, et en même temps une réalité sociale, elle ne touche pas uniquement celui qui souffre mais également ceux qu'il entoure et le soignent. Nous avons déjà évoqué le fait que le traitement de la souffrance ne relève pas uniquement de la prise en compte des besoins du malade, mais peut également être une forme d'expression du rapport des soignants à cette souffrance, plus ou moins considérée comme insupportable. Insupportable par eux au moins autant que par le malade.

Les décisions thérapeutiques doivent donc être interrogées dans ce sens, pour vérifier qu'elles répondent à un réel besoin du patient. Elles doivent être à l'écoute du besoin du patient, qui n'est pas forcément exprimé dans sa demande. La douleur physique ayant, nous l'avons vu, comme principale conséquence d'entraîner une identification entre le patient et sa douleur, entre le patient et son corps, il y a facilement des raccourcis dangereux qui se mettent en place, entre mettre un terme à la douleur, supprimer la cause de la douleur, arrêter la vie de ce corps douloureux. Arrêter la douleur, cela semble être, arrêter la vie, du fait de l'identification entre les deux dans l'expérience même du malade. Quelle

que soit la formulation de la demande du patient ou de sa famille, les soignants doivent garder la capacité de maintenir la distinction que tout porte à dénier, et faire porter ses efforts sur la douleur elle-même. Pendant longtemps, en particulier en France, on ne connaissait comme « traitement » de la douleur que l'administration de cocktails associant antalgiques et neuroleptiques, qui faisaient cesser la douleur en plongeant le malade dans un coma légal à court terme. On faisait sûrement cesser la plainte, mais on supprimait le malade en tentant de supprimer la douleur. L'apprentissage plus largement diffusé aujourd'hui du maniement des antalgiques majeurs a permis de traiter la douleur de manière plus fine, en maintenant autant que possible la lucidité du malade. Ceci ne peut être envisagé seulement comme une question technique et pharmacologique.

- La question éthique que se posaient beaucoup de médecins, et qui a considérablement freiné le traitement de la douleur était celle de la dépendance. L'administration massive de morphinique entraînant rapidement un phénomène de dépendance, les médecins supportaient mieux de voir leurs malades souffrir que d'être soumis à une demande toxicomaniaque croissante. Les progrès pharmacologiques ont permis de mettre en place des thérapeutiques à doses beaucoup plus faibles qui n'entraînent pas ou peu de dépendance, en traitant préventivement la douleur. Ceci nécessite des doses plus faibles, n'entraîne pas de dépendance, et apporte un confort considérable au patient, puisque la crainte de la douleur décuple l'intensité de celle-ci. Lorsque le malade a acquis la certitude qu'il ne souffrira pas, il éprouve de moins en moins le besoin de traitement de la douleur. En revanche, si on laisse la douleur s'installer, elle nécessite des doses considérables d'antalgiques, doses qui rendent dépendant et/ou inconscient.
- Mais la mise en œuvre de traitements antalgiques efficaces et respectant la conscience des patients entraîne la nécessité de la mise en place de ce que l'on appelle les soins palliatifs, c'est à dire un ensemble de mesures qui dépassent largement l'administration de médicaments. Un malade qui ne souffre plus et qui reste conscient est un malade qui parle, qui exprime des désirs, qui a besoin de relations. Tout cela, le milieu soignant, le milieu médical n'est pas toujours prêt à l'assumer, en particulier à l'approche de la mort. On sait bien qu'un patient qui cherche à parler de sa mort avec son médecin a souvent du mal à trouver en face de lui un interlocuteur qui accepte de s'asseoir. Traiter la souffrance, c'est accepter d'entrer en relation. La souffrance s'atténuant, le malade va sortir de la solitude dans laquelle elle l'enfermait, et tenter d'entrer en relation avec ceux qui l'entourent. Pour que cette relation soit possible, il est nécessaire que les équipes soignantes y soient préparées, qu'elles puissent regarder la mort en face, et en particulier ne pas la regarder comme un échec.
- Ces progrès considérables du traitement de la douleur ne doivent cependant pas être regardés comme un absolu <sup>[7]</sup>. Aujourd'hui, on devient parfois si sensible à cette question qu'on imagine une période proche dans laquelle l'être humain ne connaîtra plus la douleur. On passe du soulagement à la suppression. Il est bon que la médecine et la chirurgie mènent ce combat et tente de limiter au maximum la douleur. C'est une question de confort du malade, mais aussi une question d'efficacité des traitements. On sait bien que les suites d'une intervention chirurgicales sont plus simples et plus rapides lorsque le malade ne souffre pas. Mais on ne peut s'appuyer sur ce principe pour rêver d'une existence humaine dans laquelle toute forme de souffrance serait supprimée. Le traitement de la douleur physique est une chose, il ne doit pas nous rendre incapable de souffrir par amour, et de reconnaître que le péché est cause de souffrance. Sortis récemment d'une forme de fatalisme qui présentait la souffrance comme une obligation, une nécessité, on en est peut être tombé dans une attitude de refus absolu de toute souffrance, qui n'est pas plus juste. Refuser la souffrance, ce pourrait bien être, refuser la relation.

### ***Compatir***

Le travail médical est-il à envisager sous le mode de la compassion ? Certains parmi vous renâclent peut être devant une telle perspective, en pensant qu'ils vont y perdre la distance nécessaire à une

approche scientifique, et nécessaire pour pouvoir vivre, tout simplement. Ceci serait justifié, si la compassion était seulement vulnérabilité, sensibilité à la souffrance de l'autre.

Mais la compassion comporte deux dimensions de l'ordre du pâtir et de l'agir. En effet, on ne saurait la décrire convenablement en se limitant au pâtir. Elle est une vulnérabilité à la souffrance d'autrui, attitude de celui qui se laisse toucher par une souffrance qui n'est pas au départ la sienne propre. Mais elle est une volonté de se laisser toucher, elle est un acte, au moins intérieur de la volonté. On pourrait sur ce point la distinguer de la sympathie telle qu'elle a été décrite par M. Scheller. Elle n'est pas seulement sensibilité, émotion devant la souffrance, elle est engagement dans cette souffrance, engagement volontaire. Et l'acte de la volonté ne se limite pas à accepter de souffrir-avec, accepter d'être touché, mais il comporte aussi un engagement non seulement dans, mais contre la souffrance (Thévenot parle de cobelligérance contre le mal). Compatir, c'est donc accepter de se laisser toucher par celui qui souffre et accepter de faire quelque chose pour lui. Elle est aux antipodes de l'attitude qu'on pourrait appeler métaphysique devant le mal, cette attitude qui consisterait principalement à se poser la question pourquoi. Au lieu de se tourner ainsi vers le passé, elle se tient dans le présent aux côtés de celui qui souffre, pour le soutenir dans sa recherche d'un avenir. L'attitude du Christ à l'égard des souffrants qu'il rencontre est constamment de ce type, il refuse d'entrer dans le débat sur le pourquoi, mais cherche à redonner vie, non seulement au sens de non-mort, mais au sens de relations, intégration sociale, raison de vivre.

Sans doute inspirée par le geste de Simon de Cyrène, la tradition chrétienne décrit souvent cette action en faveur du souffrant par le verbe porter, porter avec. Le compatissant « prend gratuitement l'initiative de porter la souffrance de l'autre autant qu'il peut. Elle est ainsi la forme la plus élevée de l'amour qui peut unir les hommes <sup>[8]</sup>. » Cette compassion a inspiré toutes sortes d'actions chrétiennes en faveur de ceux qui souffrent, depuis le partage de leur condition, la mise en place de structures de soin ou d'hébergement, jusqu'à l'engagement dans le combat contre l'injustice et l'oppression. La compassion a en effet par excellence une dimension politique, puisqu'elle consiste à placer volontairement des liens sociaux, là où la souffrance a pour effet d'isoler.

Soulignons enfin, dans cette définition de la compassion chrétienne que celle-ci a une dimension théologique. Comme partie de la charité, elle est un prédicat de l'activité de Dieu. L'agir de Dieu envers celui qui souffre est exprimée dans les termes, ou les sentiments de la compassion : Dieu entend la souffrance, le cri de détresse de son peuple, il accepte de l'entendre ; il en est touché, remué dans ses entrailles, comme une mère ou un père envers son enfant qui l'appelle ; il vient au secours de celui qui souffre et le délivre. Le geste du Christ peut être regardé comme l'expression définitive de cette compassion de Dieu : partage de la souffrance, en vue d'une victoire. La passion sans la résurrection serait une piètre consolation pour nous. En Christ, la compassion est action, et action en vue du salut.

De cette définition de la compassion pouvons-nous tirer quelques éléments pour une éthique de la compassion ? On a pu en effet à notre époque se montrer particulièrement critique à l'égard de certaines formes de compassion :

- la sensibilité à la souffrance de l'autre peut n'être qu'une forme de sensibilité, c'est à dire une réaction émotive, et non un engagement dans l'action. Si la compassion se limite à la passivité, elle manque l'essentiel.
- elle peut alors être une forme de confusion, de la sensibilité à la souffrance de l'autre, on en vient à une souffrance personnelle dans laquelle on ne fait plus la distinction entre sa souffrance et la mienne.

L'émotion n'est pas mauvaise en elle-même, mais elle doit engendrer une démarche éthique. Il est bon que l'être humain soit vulnérable à la souffrance de l'autre, cela montre que par certains côtés il se

reconnaît en l'autre homme. La souffrance de l'autre ne m'est pas étrangère, car ce que j'ai en commun avec l'autre est plus important que ce qui me distingue de lui.

Ce sentiment d'être par cette rencontre conduit aux confins d'une partie de lui-même qui se découvre mystérieusement convoquée à l'attention pour son semblable et révélée à une fragilité fondamentale qui le constitue précisément comme semblable de la personne rencontrée. Avant que d'être appel, la bonté, la compassion sont tout d'abord révélation du mystère peut-être le plus fondamental de l'humain : le caractère irrécusable de l'inquiétude dont l'homme est capable pour la vie d'autrui <sup>[9]</sup>.

Cette vulnérabilité doit donc dépasser le stade de pure sensibilité pour engendrer une véritable responsabilité. La souffrance de l'autre doit être principalement convocation et non émotion pour moi.

Se tenir aux côtés de l'autre, non tant dans sa souffrance que dans son combat contre la souffrance, cela implique une juste distinction. Je m'engage à ses côtés dans son combat : cela ne veut pas dire que son combat est mon combat ; cela ne veut pas dire que je mène son combat à sa place. Il est nécessaire, lorsqu'on s'engage par compassion de faire ce travail de distinction, de savoir aussi clairement que possible identifier ce qui est mon combat et ce qui est le combat de l'autre. « Se quitter pour pouvoir réellement rencontrer l'autre désencombré de soi <sup>[10]</sup>. » Ce qui relève de moi, de ma responsabilité, de ce que je peux apporter, et ce qui relève de sa responsabilité et de son combat.

*Texte de la conférence débat du samedi 16 mai 2009  
à Paray-le-Monial.*

*Frère Jean-Marie GUEULLETTE,  
Docteur en médecine et en théologie,  
Directeur du Centre Interdisciplinaire d'Éthique  
de l'Université Catholique de Lyon.*

[1] Ce développement est tiré de mon intervention au colloque « Fragilités interdites » organisé par l'ISTR de Toulouse et l'Arche en janvier 2009, et dont les actes sont parus sous le titre *La fragilité faiblesse ou richesse ?* Editions Albin Michel, 2009.

[2] « Les six principales causes de mal être du médecin sont son volume de travail, son manque de sommeil, ses sollicitations pour l'enseignement et la recherche, son risque de poursuite en justice, l'augmentation des attentes du public et la confrontation à son impuissance et à la mort » *The Canadian Medical Association's policy on physician health and well-being* cité par Delbrouck.

[3] J.-P. Lebrun, *De la maladie médicale*, Bruxelles, De Boeck, 1993.

[4] Société de réanimation de langue française, « Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte », 7 juin 2002. Introduction.

[5] Société de réanimation de langue française, « Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte », 7 juin 2002. § 4.2.1.

[6] Société de réanimation de langue française, « Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte », 7 juin 2002. § 4.1.

[7] Sur ce point, voir J.M. Gueullette, « Du traitement de la douleur à l'évitement de l'épreuve : une approche chrétienne », *Éthique et santé*, 2007 : 4, 146-151.

[8] J.-L. Bruguès, *Dictionnaire de morale catholique*, Tours, C.L.D., p. 89.

[9] B. Cadoré, « De la compassion à l'action : une éthique pour l'alliance », *La vie spirituelle*, n°728, 1998, 449-462. Citation p. 450.

[10] B. Cadoré, « De la compassion à l'action : une éthique pour l'alliance », *La vie spirituelle*, n°728, 1998, 449-462. Citation p. 451.