ENTRE MÉDECINE ET PHILOSOPHIE : RÉFLEXION SUR LE RÔLE DU MÉDECIN DE SOINS PALLIATIFS DANS LE SOULAGEMENT DE LA SOUFFRANCE SPIRITUELLE

JEAN-NICOLAS MONCION
Médecin résident en soins palliatifs
Faculté de médecine
Université Laval

jean-nicolas.moncion.1@ulaval.ca

RÉSUMÉ

Cet article présente une réflexion sur le rôle potentiel du médecin de soins palliatifs dans la prise en charge de la souffrance spirituelle. Y est d'abord proposée une définition de la spiritualité assise sur les concepts de sens, de valeur et de choix. Puis, la question du sens et des valeurs est traitée à la lumière de la pensée développée par Albert Camus au sujet de l'absurde.

Mots clés

Soins palliatifs, spiritualité, fin de vie, Albert Camus, absurde.

ABSTRACT

This paper presents a reflexion on the potential role of the palliative care physician in addressing and alleviating spiritual distress. First, a definition of spirituality grounded in the concepts of meaning, value and choice is proposed to the reader. Then, the question of meaning and values is examined through the work of Albert Camus on absurdism.

Keywords

Palliative care, spirituality, end of life, Albert Camus, absurdism.

Creative Commons Attribution 4.0 International License
ISSN 2816-8755

1. DE LA NÉCESSITÉ DE DÉFINIR

Je commençais mon année complémentaire de résidence en soins palliatifs lorsque j'ai rencontré l'accompagnateur en soins spirituels de la Maison Michel-Sarrazin, à Québec. Alors que je lui exposais les premiers contours du présent article, il m'a glissé, un demi-sourire aux lèvres, qu'il est dans la nature même de la spiritualité d'échapper à une définition stricte. La définir, m'a-t-il dit, revient à la limiter, à la réduire. Il admettait cependant qu'une définition minimale restait nécessaire au domaine du soin. Il a ajouté que bien d'autres avant moi s'étaient livrés à cet exercice de définition. Je me trouvais donc pisté mais prévenu quant au caractère illusoire de mes ambitions.

Ce besoin de définir clairement la spiritualité est né chez moi d'une faiblesse que j'exposerai d'entrée de jeu. Comme tout étudiant en médecine intéressé par les soins palliatifs, j'ai été marqué, au cours de ma formation, par les travaux de Lady Cicely Saunders, pionnière des soins palliatifs modernes. Je connaissais le concept de douleur totale (*total pain*), je pouvais en énumérer les quatre dimensions, mais me trouvais quelque peu démuni quant à ma capacité à bien concevoir la douleur spirituelle. Ce faisant, je craignais de demeurer aveugle face à une composante de la douleur vécue par mes patients, composante que j'étais pourtant appelé, en tant que futur médecin spécialisé en soins de fin de vie, à soulager. De plus, notons que mes études de médecine, qui se sont déroulées entre 2015 et 2024 à différents endroits du Québec, ont été contemporaines du déploiement toujours croissant de l'aide médicale à mourir. Je sentais donc que le contexte créé par l'arrivée de ce nouveau soin, véritable extension du domaine des possibles pour les patients en fin de vie, exigeait du corps médical une meilleure compréhension de ce qu'est la spiritualité.

Comment mieux accompagner mes patients dans l'esprit du concept de douleur totale ? Comment accompagner la souffrance spirituelle ? Il m'a semblé que la démarche de Socrate serait un bon point de départ. J'en expose les grandes lignes. Socrate (470-399 av. J.-C.), philosophe athénien bien connu pour ses dialogues avec les occupants de l'Agora, refusait systématiquement, pour tout sujet étudié, de répondre à la question de la qualité avant de répondre à la question de l'être. Autrement dit, pour Socrate, avant de réfléchir sur un sujet, il importe de bien définir ce sujet. Ainsi, au jeune Ménon qui lui demandait « si la vertu s'enseigne, ou si elle ne s'enseigne pas mais s'apprend par l'exercice » (Platon, 70a), Socrate répondit qu'une réponse adéquate devait commencer par une définition de la vertu. La raison en était double. D'abord, il importait pour le philosophe de s'assurer qu'il parlait le même langage que son interlocuteur. Ce point ne saurait être tenu pour secondaire. Les soins palliatifs d'aujourd'hui, fondés sur le principe de l'interdisciplinarité, font se rencontrer une multitude de professionnels. Un langage commun et des définitions communes s'avèrent donc particulièrement nécessaires. Ensuite, Socrate défendait l'idée selon laquelle répondre à la question de l'être (Qu'*est-ce que* la vertu ? Qu'*est-ce que* la spiritualité ?) permet de répondre à toute question relevant d'une qualité (En quoi la spiritualité peut-elle interpeler le médecin ?). Autrement dit, ce n'est qu'en tâchant de savoir ce qu'est la vertu que Socrate pouvait dire à Ménon, dans un deuxième temps, si celle-ci peut s'enseigner. C'est cette approche que je me propose d'adopter pour réfléchir à la spiritualité et à la souffrance spirituelle. Je ferai donc confiance au philosophe d'Athènes, et chercherai d'abord à définir la spiritualité dans l'espoir d'y trouver, par la suite, des éléments de réponse quant à la meilleure façon d'accompagner, en tant que médecin, la souffrance spirituelle des patients en fin de vie.

2. UNE DÉFINITION CLINIQUE DE LA SPIRITUALITÉ ET DE LA SOUFFRANCE SPIRITUELLE

Formé en médecine, puis en philosophie, j'ai appris à juger de la qualité d'une définition par son caractère spécifique. Les notions de *spécificité* et de *différence spécifique* ont en effet marqué mon parcours académique. Est spécifique ce qui est propre à quelque chose, ce qui ne peut être dit que de la chose en question. Épluchant articles et essais sur la spiritualité en soins palliatifs, je me suis donc mis à la recherche d'une caractéristique propre à cette dimension. J'espérais entre autres trouver, au fil de mes lectures, le point de fracture entre le psychologique et le spirituel, ce qui peut bien distinguer le second du premier.

En ouverture d'article, j'ai fait mention du concept de *douleur totale,* développé par Lady Saunders. Je voudrais souligner un fait à première vue mineur, mais qui m'apparaît pertinent. En affirmant qu'il existe une composante spirituelle de la douleur, Lady Saunders nous dit implicitement que la spiritualité est *quelque chose que la douleur peut atteindre*. On peut ainsi l'imaginer comme un organe susceptible de défaillance et de souffrance. De la même manière qu'un médecin généraliste, dans sa mission de soulager les symptômes, ne pourrait ignorer le cœur, le foie ou le système nerveux central, on peut soutenir qu'un médecin désireux de soulager son patient ne peut, pour quelque raison que ce soit, évacuer la dimension spirituelle du malade.

Je me suis d'abord intéressé aux réflexions de Roseline de Romanet, infirmière française dans une unité de soins palliatifs. Dans son ouvrage *La mort est une affaire spirituelle* (Salvator, 2015), de Romanet propose « de préciser, sans clore d'aucune manière le sujet, ce qu'est le spirituel [...] » (p. 18). *Préciser sans clore* : je retrouvais là l'esprit de la conversation initiale avec cet accompagnateur en soins spirituels. L'auteure nous propose d'abord un rappel étymologique, soulignant que les racines latine et grecque du mot *spiritualité* nous ramènent à la notion de *souffle*, plus précisément « le souffle d'origine divine » (2015, p. 19). Elle observe en effet que « le terme de spiritualité [...] s'enracine dans la tradition chrétienne » (de Romanet, 2025, p. 18). Pour autant, n'allons pas comprendre par cette observation que la spiritualité ne concernerait que l'être humain habité par la foi. J'ai retrouvé, dans la réflexion de Roseline de Romanet, comme dans celle de nombreux autres penseurs sur cette question, la même insistance sur la nécessaire distinction entre la spiritualité et la religion. Pour tous, la spiritualité déborde et englobe la religion. Autrement dit, si toute religion est spirituelle, toute spiritualité n'est pas religieuse. Dans un article intitulé « Les hommes, la mort et le spirituel », paru dans les *Cahiers francophones de soins palliatifs* en 2016, de Romanet explore les principales thèses de son ouvrage et insiste sur l'idée que « nous sommes tous des êtres spirituels » (p. 34). Selon l'infirmière, les changements sociaux ayant mené à la laïcisation progressive de l'Occident ont amené la spiritualité à prendre son autonomie face à la religion. Voyons là une injonction à ne pas incorporer la religion dans notre définition de la spiritualité. Roseline de Romanet proposera en somme que « le *spirituel* est l'inspiration ou le mouvement intérieur d'une personne, c'est-à-dire ce qui l'appelle à vivre » (2015, p. 19). Le spirituel est, pour de Romanet, ce qui a du sens en nous.

Je me suis ensuite penché sur la réflexion de Jean-Claude Devoghel, médecin anesthésiste et auteur de l'ouvrage *L'interrogation ultime. Approche des besoins spirituels en soins palliatifs* (Fidélité, 2009). Selon lui, si la spiritualité devait être définie en un mot, ce serait *sens* (2009, p. 55). Pour l'auteur, ce sens, s'il n'a pas besoin d'être défini, connu ou encore intellectualisé par chacun, n'en demeure pas moins nécessaire. On retrouve ici l'idée selon laquelle « nous sommes tous des êtres spirituels » (2016, p. 34). Devoghel entend en effet s'attaquer à cette « contre-vérité » selon laquelle

l'être intellectuellement faible serait dépourvu de vie spirituelle, contre-vérité à laquelle il convient de « tordre le cou définitivement » (2009, p. 57). Bien que cette idée du caractère universel de la vie spirituelle puisse sembler évidente à plusieurs, cette nuance entre l'absence de vie spirituelle et l'absence d'intellectualisation de celle-ci m'a permis de mettre des mots sur un malaise que j'ai souvent ressenti au chevet de patients intellectuellement diminués. En effet, ayant soigné des patients atteints d'une déficience intellectuelle ou encore d'un trouble neurocognitif majeur, j'ai eu plus d'une fois l'impression que ces personnes n'étaient pas, ou qu'elles l'étaient si peu, habitées d'une dimension spirituelle. Il m'apparaît plus clairement que cette dimension, loin d'être absente chez ces patients, devient en revanche de plus en plus inaccessible à mesure que les facultés cognitives s'étiolent. Les capacités intellectuelles, bien qu'elles ne constituent pas la matière de la spiritualité, lui servent plutôt de support et établissent des ponts facilitant l'échange entre le soigné et le soignant. Si ce constat n'élimine pas le malaise d'un médecin devant son patient intellectuellement diminué, il peut en revanche empêcher le médecin de conclure à l'absence de spiritualité chez ce patient.

Un point de convergence entre ces deux professionnels du soin est l'idée selon laquelle la spiritualité, par son caractère universel et nécessaire, se manifeste chez l'être humain sous forme de besoin. Nous avons des besoins spirituels. Selon le Dr Devoghel, ces besoins sont toujours de « susceptibles créateurs de souffrances » (2009, p. 51), car ils peuvent rester insatisfaits. Comme le rappellent les philosophes, tout besoin non comblé engendre de la souffrance. Les différentes écoles classiques, des épicuriens aux stoïciens en passant par les sceptiques, prônent toutes la modération : limiter nos besoins au minimum et ne les satisfaire qu'au minimum. Peut-on, alors, limiter ou restreindre nos besoins spirituels ? Si l'on s'en remet à Roseline de Romanet, la réponse est non. S'appuyant sur les écrits de l'infirmière-enseignante américaine Virginia Henderson, elle insiste sur le fait que les besoins spirituels font partie « de ces besoins fondamentaux partagés par tous » (2015, p. 32). Dès lors, « ils ne peuvent être tenus pour accessoires » (2015, p. 32). Pas question de les écarter, donc.

Dans la droite lignée du concept de douleur totale, l'idée de besoins spirituels nous rappelle que satisfaire ces besoins, et potentiellement calmer la souffrance spirituelle qui en découle, relève du devoir pour les équipes de soins palliatifs. À ce stade de la réflexion, nous pouvons donc avancer que tout patient en soins palliatifs aura besoin, à un degré plus ou moins important, que les événements de son quotidien fassent sens. Il en a besoin au même titre qu'il a besoin de voir sa douleur physique atténuée par la médication et par d'autres outils de la médecine moderne.

M'intéressant ensuite aux travaux publiés de mon côté de l'Atlantique, j'ai découvert une schématisation du spirituel utilisée par plus d'un intervenant en soins spirituels (ISS) au Québec. Cette schématisation, nommée « ST-VIAR », a été étudiée en profondeur par Jacques Cherblanc, professeur agrégé au Département des sciences humaines et sociales de l'Université du Québec à Chicoutimi, et par Guy Jobin, professeur titulaire à la Faculté de théologie et de sciences religieuses de l'Université Laval, à Québec. Dans un article paru en 2020, les deux auteurs exposent une théorie du spirituel assise sur six dimensions distinctes, mais connexes : le sens, la transcendance, les valeurs, l'identité, l'appartenance et les rituels (Cherblanc et Jobin, 2020, p. 296). Leur étude s'appuie sur une méthodologie de terrain, s'inspirant de la pratique quotidienne des intervenants en soins spirituels participants. Bien que je ne détaille pas ici chacune de ces dimensions, deux d'entre elles me semblent particulièrement pertinentes pour les médecins en soins palliatifs : le sens et l'identité. Les auteurs évoquent le sens en premier parce que « [la grande majorité des] intervenants conçoivent avant tout la spiritualité comme "ce qui donne un sens à la vie" et ce qui permet aux personnes de "donner des

éléments de sens dans ce qu'elles vivent", en premier lieu la souffrance et la maladie »

(Cherblanc et Jobin, 2020, p. 297). Là encore, on retrouve la notion de sens au cœur de la définition de la spiritualité. On peut alors se demander ce qu'est le sens, en chercher à son tour la définition. Les auteurs notent en effet que tous les intervenants soulèvent « une certaine complexité » dans cette notion de sens. Deux conceptions ressortent des récits de pratique étudiés. La première, l'idée d'un sens *à construire*, fruit d'un « processus » à la fois « singulier » et « contextuel » forgé par le vécu du patient (Cherblanc et Jobin, 2020, p. 297). La seconde, l'idée d'un sens en tant que « forme discernable en arrière-scène » préexistante et extérieure au patient (Cherblanc et Jobin, 2020, p. 298). Il importerait alors non pas de construire, mais de découvrir ce sens caché. Nous touchons ici à quelque chose qui est susceptible d'éclairer notre façon de concevoir le rôle du médecin dans l'accompagnement spirituel de la personne mourante. La première vision du sens, celle d'un sens *construit*, appelle à une mise en lumière de ce qui, dans le vécu du patient, peut servir à bâtir du sens. Le médecin peut, je crois, être un élément facilitateur dans cette tâche qui incombe au patient. L'art d'être présent, d'offrir une écoute attentive et de qualité peut, à mon avis, permettre au soignant de refléter au malade ce qui, dans son vécu, ressort comme étant porteur de sens.

La seconde vision du sens, celle d'un sens *découvert*, apparaît davantage extérieure au patient. Il résulte d'une contemplation ainsi que d'une analyse du monde, de la vie et de la mort. Notons que, par sa nature extérieure à l'être humain, ce sens à découvrir a quelque chose de plus universel qu'un sens construit par chacun. Si cette approche peut être plus déstabilisante pour le professionnel de la santé, c'est en partie parce que le patient, dans son questionnement spirituel, pourrait à un certain moment lui poser les grandes questions existentielles que tout être humain se pose dans une certaine mesure. Il me semble qu'une telle situation appelle le médecin à un accompagnement honnête et modeste. Tout le monde n'a pas la même aisance face aux questions d'ordre existentiel. L'apparition de ce type de questionnement dans la relation patient-médecin peut constituer une façon à la fois habile et pertinente d'introduire un intervenant en soins spirituels. Selon ma compréhension, il ne revient pas au soignant de choisir quelle conception du sens préconiser. Ce serait trop facile. Une fois de plus, l'accompagnement doit rester flexible, s'adapter au patient dans son caractère unique. Il faut être attentif pour déterminer si le patient blessé dans sa spiritualité cherche, par ses propos, ses questions ou ses silences, à bâtir ou à trouver ce sens perdu ou brisé.

Si le sens constitue le cœur de la spiritualité, c'est la notion de *valeurs* qui est susceptible, notent Cherblanc et Jobin, d'offrir un véritable « contenu au spirituel » (2020, p. 299). Parmi les six dimensions identifiées par les deux auteurs, celle-ci me semble être la plus à même de constituer un outil concret pour le clinicien en soins palliatifs. Les auteurs soulèvent que c'est « bien souvent par les valeurs [que l'on peut] avoir accès à la vision du monde » des patients (Cherblanc et Jobin, 2020, p. 299). Fait notable, une valeur peut être nommée, mise en mots, contrairement aux notions de sens ou de spiritualité, caractérisées par leur nature plus indicible. Le langage est un outil de choix pour le clinicien. S'il n'est pas tout puissant, si tout ne se dit pas et si les silences ont également leur mot à dire, il n'en demeure pas moins que la parole constitue une voie d'accès majeure à la spiritualité d'autrui. Repensons ici au « patient intellectuellement diminué » évoqué par le Dr Devoghel. C'est en ce sens, me semble-t-il, que les auteurs évoquent les valeurs comme un « contenu au spirituel » (Cherblanc et Jobin, 2020, p. 299). Si nombre de cliniciens peuvent se sentir mal à l'aise d'aborder le rapport du patient à la transcendance ou à l'identité, la discussion autour des valeurs me semble à la portée d'un plus grand nombre. Demander au patient ce qui compte

le plus pour lui, s'intéresser aux valeurs qui, tout au long de sa vie, ont guidé ses actions, voilà qui est tangible tout en étant profondément spirituel. Je note également que les valeurs du patient sont susceptibles d'être soulevées par un soignant à l'écoute. Une attention portée au vécu du patient peut permettre de révéler les valeurs que le patient peut difficilement nommer. Soulignons enfin qu'en plus d'offrir au soignant une porte d'accès à la spiritualité du malade, les valeurs, observent Cherblanc et Jobin, « peuvent ensuite être utilisées comme des ressources pour orienter l'agir, pour faire face à la maladie, à la souffrance, au deuil ou à la mort » (2020, p. 300). Ce rapport entre les valeurs et les choix revêt une importance capitale pour les soins palliatifs d'aujourd'hui, qui impliquent des décisions difficiles pour les patients. Nous y reviendrons plus en détail dans un prochain article.

Pour conclure cet exercice de définition de la spiritualité, je voudrais partager deux observations que j'ai pu faire au fil de mes multiples lectures sur le sujet. D'abord, j'ai remarqué la tendance, chez tous les auteurs, à recourir à l'image lorsqu'il s'agit de définir la spiritualité. Il est question de *souffle*, de *mouvement intérieur*, d'*espace*, de *dimension la plus profonde*. Ce recours apparemment inévitable à l'image, à la poésie en quelque sorte, confirme, me semble-t-il, l'impossibilité de donner une définition purement logique et intellectuelle de la spiritualité. L'entêtement d'un penseur à chercher une définition strictement rationnelle de la spiritualité nous inciterait à lui répondre avec ces mots qu'Albert Camus a employés dans un essai sur lequel nous nous attarderons dans un instant : « Vous m'expliquez ce monde avec une image. Je reconnais alors que vous en êtes venus à la poésie : je ne connaîtrai jamais » (1942, p. 37). Le recours à l'image signe l'échec d'une réflexion à percer un mystère. Ensuite, j'observe une seconde tendance commune à tous les auteurs rencontrés au fil de mes recherches : le recours, à un moment ou à un autre de leur réflexion, à un exemple particulier, à une situation vécue. Je pense ici aux écrits de Roseline de Romanet, à *La mort intime* de Marie de Hennezel (1995, Robert Lafond), au court livre *Le dernier souffle,* de Claude Grande et Régis Debray (2023, Gallimard) ou encore à la réflexion de Jean-Claude Devoghel, pour ne citer que ceux-là. Nous retrouvons chaque fois les récits de rencontres marquantes. J'en tire deux leçons d'importance. La première, un certain aveu d'impuissance quant à la construction d'une définition à la fois universelle et précise de la spiritualité. La seconde, en quelque sorte rassurante pour le clinicien que je suis, la capacité des soignants à reconnaître la présence du spirituel et de la souffrance spirituelle lorsqu'ils y sont confrontés, malgré leur impuissance à définir avec exactitude les forces en jeu.

En somme, je crois pouvoir affirmer que la spiritualité est ce qui fait sens en nous. Nous avons précisé que ce sens, qu'il soit découvert ou construit, doit être vu comme un besoin fondamental à tout être humain et dont le manque se traduit par une souffrance spirituelle. Nous avons également relevé que ce sens, bien que les mots ne suffisent pas à le décrire dans toute sa force, se laisse toutefois déceler à travers les valeurs portées par tout un chacun. En soins palliatifs, et dans le domaine du soin en général, ces valeurs peuvent être nommées par le patient lui-même ou relevées par un soignant à l'écoute de ce qui lui est confié. De plus, les valeurs du patient sont intimement reliées à ses différents choix. Nous voilà enfin parvenu à une définition plus claire de la spiritualité, comme Socrate est enfin parvenu à une définition de la vertu. Après avoir cherché à répondre à la question de l'être, cherchons maintenant à voir ce que l'on peut tirer d'un tel exercice, en ne perdant pas de vue le but initial : préciser le rôle potentiel du médecin dans l'accompagnement spirituel de la personne en fin de vie.

3. LA FIN DE VIE COMME ÉVÉNEMENT ABSURDE : PERSPECTIVE CAMUSIENNE

Nous avons articulé notre définition de la spiritualité autour des concepts de sens, de valeur et de choix. Nous avons observé qu'elle constitue un besoin fondamental pour tous, qu'elle n'est pas de nature intellectuelle et qu'elle ne se limite pas au fait religieux. Nous voilà suffisamment outillé pour explorer le rôle potentiel du médecin dans l'accompagnement spirituel de la personne en fin de vie, objet de réflexion du présent article.

Une pensée à même d'éclairer cet accompagnement de la personne malade en fin de vie aux prises avec une souffrance touchant à la question du sens est celle développée par l'écrivain Albert Camus au sujet de l'absurde dans son *Mythe de Sisyphe*, paru en 1942 (Folio). Je souhaite ici exposer les grandes lignes de cet essai. Je tâcherai ensuite de voir ce que le médecin de soins palliatifs peut en tirer.

Première précision, Camus écrit en tout début d'ouvrage vouloir étudier le suicide, « [seul] problème philosophique vraiment sérieux » (1942, p. 17). Cependant, il précise dès les paragraphes suivants que ce qu'il cherche à savoir, c'est si le suicide est l'unique solution à la conclusion philosophique que le monde est absurde ou s'il est possible de vivre en dépit d'un tel constat. En somme, « le sujet de cet essai est précisément ce rapport entre l'absurde et le suicide, la mesure exacte dans laquelle le suicide est une solution à l'absurde » (Camus, 1942, p. 21). Je souligne que l'arrivée au Québec de l'aide médicale à mourir rend la réflexion de Camus particulièrement pertinente pour le médecin en soins palliatifs en ce que ce soin offre une porte de sortie au patient. Bien que des différences de fond existent entre le suicide d'une personne dépressive et le recours à l'aide médicale à mourir par un patient au pronostic réservé et atteint dans sa spiritualité, on peut néanmoins convenir que, dans les deux cas, l'individu blessé cherche un moyen, pour citer ici la *Loi concernant les soins de fin de vie*, de soulager « des souffrances [...] psychiques persistantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'[il] juge tolérables » (article 26). La question à laquelle l'écrivain tente de répondre, c'est précisément de savoir s'il existe, face à la perte de sens, une solution de rechange au fait d'abréger sa vie. En ce sens, sa réflexion mérite que l'on s'y attarde.

3.1 L'absurde : une définition

Quel est donc cet absurde dont il est ici question ? Pour Camus, la chose dépasse la simple absence de sens. En effet, l'auteur écrit que « l'absurde naît de cette confrontation entre l'appel humain et le silence déraisonnable du monde » (1942, p. 46). Que comprendre d'une telle affirmation ? Que le monde n'est pas absurde en soi, mais qu'il le devient à partir du moment où l'être humain le remet en question. La conscience humaine est ce qui, pour Camus, génère le sentiment de l'absurde. Tout être humain se questionnant sérieusement sur le sens de sa vie sera envahi par ce sentiment. Ici, il s'agit moins d'affirmer que le monde n'a pas de sens que de reconnaître que ce sens, s'il existe, échappe à notre raison : « Je ne sais pas si ce monde a un sens qui le dépasse. Mais je sais que je ne connais pas ce sens et qu'il m'est impossible pour le moment de le connaître » (Camus, 1942, p. 75). Nous touchons ici à cette notion de sens à découvrir que nous avons abordée précédemment. Cette découverte, pour l'auteur, ne peut survenir par les moyens de la raison. Pour le dire autrement, en matière d'un sens extérieur à nous, même l'esprit le plus aiguisé ne peut qu'admettre son ignorance. Soulignons encore une fois que l'absurde, pour Camus, est moins cette ignorance que la conscience de cette ignorance. Pourquoi ne sommes-nous donc pas tous, en tant qu'êtres de raison, en proie à l'absurde? Camus répond en observant que « nous prenons l'habitude de vivre avant d'acquérir celle de penser » (1942, p. 23). L'absurde, pour

s'imposer à l'être humain, nécessite donc un événement déclencheur : « Un jour seulement, le "pourquoi" s'élève et tout commence dans cette lassitude teintée d'étonnement » (Camus, 1942, p. 29). En tant que médecin résident en soins palliatifs, je ne peux m'empêcher de reconnaître dans l'annonce d'un diagnostic de cancer métastatique ou de maladie neurodégénérative au pronostic sombre ce type d'événement susceptible de déclencher la conscience absurde chez une personne. « De même et pour tous les jours d'une vie sans éclat, le temps nous porte. Mais un moment vient toujours où il faut le porter » (Camus, 1942, p. 29). Se faire annoncer un tel diagnostic, recevoir un pronostic réservé ou encore apprendre l'échec d'un traitement font partie de ces événements qui viennent rompre la ligne du temps que tout être humain dessine en projetant son avenir. En soins palliatifs, cette ligne du temps, nous la nommons projet de vie du patient. Le diagnostic porte en lui ce sentiment d'absurdité, et c'est sous cet angle que l'on peut comprendre Camus lorsqu'il écrit qu'« après l'absurde, tout se trouve ébranlé. [...] La mort est là comme seule réalité » (1942, p. 82). Je n'affirme pas ici que tout patient sera confronté à ce sentiment d'absurdité. Certains, habités d'une foi difficile à ébranler, accueilleront le diagnostic et les symptômes de la maladie avec une plus ou moins grande sérénité. D'autres, parvenus à un grand âge, auront la sagesse d'affirmer que leur fin de vie entre dans l'ordre des choses. D'autres, encore, trouveront naturellement et avec un certain degré d'amertume un pourquoi à leur maladie (pensons au patient qui reçoit un diagnostic de cancer pulmonaire et qui affirme, un sourire triste sur les lèvres, qu'il n'a qu'à « blâmer le tabac »). Dans ces deux derniers cas de figure, la mort peut faire sens. J'observe seulement que, bien souvent, la maladie se présente sans raison, sans offrir de pourquoi. Elle brise les projets du patient, le confronte soudainement à la fragilité de la vie, à sa mort annoncée. Ainsi, une meilleure compréhension de ce qu'est l'absurde sur le plan existentiel peut, je crois, nous offrir des avenues pertinentes dans l'accompagnement spirituel du patient en soins palliatifs. Elle peut, par exemple, nous permettre d'affirmer que le mourant en état de sédation palliative continue depuis quelques jours n'est pas en proie à l'absurde, sa conscience engourdie ne confrontant alors plus cette question du sens.

Avant de nous intéresser aux différentes postures possibles face au sentiment de l'absurde, je voudrais me pencher un instant sur la réflexion proposée par le psychiatre juif Viktor E. Frankl dans son ouvrage *Découvrir un sens à sa vie*, paru pour la première fois en 1946 (Les Éditions de l'Homme). Survivant des camps de concentration de l'Allemagne nazie, l'auteur, en relatant ses observations, nous offre un regard particulièrement intéressant sur l'impossibilité d'un *sens à découvrir*. D'abord, pour Frankl, « il est [...] impossible de définir le sens de la vie d'une manière générale » (1946, p. 92). La raison en est surtout que « la "vie" n'est pas quelque chose de vague, [qu']elle est, au contraire, très réelle et très concrète » (Frankl, 1946, p. 92). Entendons là que ce qui se présente comme le sens d'une vie en particulier ne saurait se présenter comme le sens de toute vie. Nous voilà devant l'idée d'un sens particulier à chacun. Il s'agit là du premier mouvement vers l'idée du sens *à construire*. En effet, Frankl souligne que, dans les camps, « au lieu de se demander si la vie avait un sens, il fallait s'imaginer que c'était la vie qui nous questionnait – journellement et à toute heure. [...] Notre responsabilité dans la vie consiste à trouver les bonnes réponses aux problèmes qu'elle nous pose et à nous acquitter honnêtement des tâches qu'elle nous assigne » (1946, p. 91-92). Trouver des réponses, c'est construire du sens, un sens individuel et intégrant les contingences qui échappent à notre volonté. Si la réalité des camps de la mort est une horreur absolue, la souffrance subie par un malade en fin de vie n'en demeure pas moins au nombre de ces problèmes que la vie nous pose et qui exigent une réponse.

Ensuite, Frankl note que, pour lui et ses compagnons de camp, « la souffrance était devenue une tâche dont [ils] ne se détourn[aient] plus » (1946, p. 93). Là encore, il est possible de reconnaître le patient en soins palliatifs. La maladie, à son stade avancé, devient omniprésente. Il serait donc vain, et surtout impertinent, de travailler à la construction d'un sens qui omettrait la maladie et les souffrances qu'elle entraîne. En somme, Frankl, dans la lignée d'Albert Camus, souligne non pas l'absence d'un sens de la vie universel et extérieur à l'âme humaine, mais plutôt l'impuissance de la raison humaine à saisir un tel sens. Laissé à lui-même, le prisonnier des camps de concentration, un peu comme le malade en proie à une maladie terminale, n'a pour seules réponses que celles qu'il sera capable de se construire. Nous entrevoyons ici une façon de tenir le coup face à l'absurde.

3.2 Répondre à l'absurde

Nous avons placé la question du sens au cœur de notre définition de la spiritualité. De ce sens, nous avons observé qu'il pouvait être vu comme quelque chose *à découvrir* ou encore *à construire*. D'un sens *à découvrir*, voici ce que la philosophie de Camus nous enseigne : ce sens, s'il existe, échappera toujours à la raison. Il nous reste à savoir comment un être frappé par ce sentiment d'absurdité peut vivre avec un tel sentiment.

En définitive, les détails et les nuances ici explorés au sujet de l'absurde n'ont de pertinence que dans la mesure où ils nous permettent de mieux comprendre ce que vit le patient et en quoi ils peuvent guider notre accompagnement. Nombre de patients, pour diverses raisons, n'éprouveraient aucun intérêt à la lecture du *Mythe de Sisyphe*, tout comme plusieurs ne retireraient rien de la lecture de livres médicaux. Il n'en demeure pas moins qu'une bonne compréhension théorique de la maladie, ici l'absurde, est nécessaire de la part du thérapeute. Ainsi, je ne m'attarderais pas à la réflexion du *Mythe de Sisyphe* si je ne la considérais pas capable d'outiller concrètement le médecin au chevet du de la personne en fin de vie.

Pour Camus, deux avenues s'offrent à l'esprit confronté à l'absurde : la fuite ou la révolte. Ce mot, « révolte », cher à la pensée camusienne, ne doit pas être compris dans un sens empreint de colère et de violence. Nous y viendrons dans un instant. La fuite, quant à elle, peut prendre plusieurs formes, allant, étonnamment, pour Camus, du suicide à l'espoir. Ces deux réalités, le suicide et l'espoir, à première vue diamétralement opposées, partagent pourtant une volonté commune : éviter de regarder l'absurde en face, y mettre fin. Intéressons-nous d'abord au suicide. Pour Camus, « mourir volontairement suppose qu'on a reconnu, même instinctivement, le caractère dérisoire de cette habitude [de vivre], l'absence de toute raison profonde de vivre, le caractère insensé de cette agitation quotidienne et l'inutilité de la souffrance » (1942, p. 20). Il s'agit en quelque sorte d'une capitulation face à l'absence de sens. Dans le domaine des soins palliatifs, cette idée de *reconnaître instinctivement* l'absence de raison de continuer à vivre s'incarne chez le patient demandant l'aide médicale à mourir. En effet, s'il existe une différence majeure entre le suicidaire auquel s'intéresse Camus et le patient admissible à l'aide médicale à mourir – à savoir que ce dernier ne choisit pas la mort, qu'elle s'impose à plus ou moins court terme, et que ce sont les conditions de l'agonie qu'il juge intolérables –, c'est néanmoins une même conclusion qui habite les deux êtres : la vie « ne vaut pas la peine » (1942, p. 20). Je note par ailleurs que ce que la *Loi concernant les soins de fin de vie* qualifie de « souffrances psychiques » relève bien souvent de souffrances spirituelles, lorsque le sens lui-même est atteint. Le recours à l'aide médicale à mourir peut donc être vu comme un consentement de la raison face à l'absurde, comme un désir de « régler son action » avec ce consentement (Camus, 1942, p. 21). La pensée de Camus peut donc nous aider à comprendre, si ce n'est à approuver, la décision d'un patient souffrant d'une maladie incurable de demander l'aide médicale à mourir. Face à la perte de sens, de repères, tous n'auront pas l'appel nécessaire pour

entamer cette construction de sens, cette construction spirituelle. La reconnaissance de la souffrance, par le fait de rendre un patient admissible à l'aide médicale à mourir pour motif de souffrances psychiques intolérables, doit donc à mon sens être vue comme un geste d'accompagnement éminemment spirituel de la part du médecin.

Camus s'intéresse ensuite à ce qu'il nomme *espoir* et que l'on peut qualifier « d'esquive de la raison » (1942, p. 23). Je serai bref, car je ne crois pas que le rôle principal du médecin dans l'accompagnement spirituel de la personne en fin de vie se trouve dans cette avenue. Camus nomme *espoir* ce mouvement tout à fait rationnel consistant à voir dans les limites de l'esprit humain la preuve du divin, distinct de la transcendance, que l'on pourrait traduire par l'expérience intime et irrationnelle d'être en relation avec plus grand que soi. Étudiant les œuvres de grands philosophes du sens de la vie et de l'angoisse, tels que Chestov et Kierkegaard, Camus note qu'« ils divinisent ce qui les écrase et trouvent une raison d'espérer dans ce qui les démunit » en plus d'observer que « cet espoir est chez tous d'essence religieuse » (1942, p. 53). Pour le dire autrement, ce que Camus nomme *espoir*, c'est le fait de conclure que la présence de l'inexplicable est la preuve rationnelle de l'existence du divin. Le rapport au divin passe ici moins par la foi que par la raison, le rapport à Dieu est ici moins affaire d'intime conviction que de raisonnement logique. Pour tenter un rapprochement avec les soins palliatifs, je vois dans ce portrait le patient qui, sachant sa mort prochaine, se voit submergé de questions d'ordre théologique. Le rôle du médecin me semble se limiter ici à celui d'agir en tant qu'intermédiaire entre le patient et l'intervenant en soins spirituels. Un patient ayant soudainement soif de réflexions portant sur le divin pourrait grandement bénéficier d'échanges avec un tel intervenant. Au médecin, il importe de reconnaître ses limites, de ne pas s'aventurer sur un terrain sur lequel il ne désire pas s'avancer tout en ne laissant pas le patient seul avec ses questionnements.

« Cet état de l'absurde, il s'agit d'y vivre » (Camus, 1942, p. 62). Cette phrase, écrite dans un essai sur le suicide, me semble néanmoins particulièrement forte lorsqu'on l'applique au patient en phase terminale d'une maladie grave, qui plus est dans une société qui permet désormais le recours à l'aide médicale à mourir. Pour le patient ébranlé dans sa conception du sens de la vie et ne se sentant pas appelé par une quelconque transcendance, continuer à vivre est-il encore possible ? Vivre ainsi, c'est ce que Camus nomme la révolte, « confrontement perpétuel entre l'homme et son obscurité » (Camus, 1942, p. 78). Si contradictoire que cela puisse paraître, la révolte est ici à rapprocher de l'idée de paix intérieure. Le premier pas de la révolte camusienne est d'accepter l'impuissance de la raison à saisir un sens extérieur à soi. En effet, la paix n'est pas le déni, et la révolte suppose que l'être humain regarde l'absurde en face, sans le nier, sans y céder. La révolte, devant l'absence d'un sens découvert et d'une ligne de conduite claire, embrasse cette tâche de construction de sens. Ce sens construit ne saurait être celui d'hier, quand le patient n'avait pas encore rencontré la maladie. Ce sens ne saurait non plus prendre la forme d'un projet, la maladie privant le patient de son avenir. L'idée de révolte entend en effet ramener le patient dans un éternel présent par l'acceptation du fait qu'« il n'y a pas de lendemain » (Camus, 1942, p. 84). « Le présent et la succession des présents devant une âme sans cesse consciente, c'est l'idéal de l'homme absurde » (Camus, 1942, p. 92). Ce retour à l'instant présent s'applique tout particulièrement au patient en soins palliatifs. Si le recours à un psychologue, à un travailleur social ou à un intervenant en soins spirituels peut aider à faire la paix avec un passé qui n'est plus, je crois que le médecin peut exercer un rôle majeur quant au rapport du patient à son futur. Par nos multiples discussions sur le pronostic, par nos questions relatives aux volontés de fin de vie ou encore aux traitements à venir (traitements oncologiques, radio-interventions à visée palliative, rendez-vous médicaux, hospitalisations éventuelles, etc.), nous

demandons bien souvent au patient de se projeter dans un avenir plus ou moins long. Ces discussions sont essentielles, et loin de moi l'idée de les éviter. Je note cependant qu'il est en partie de la responsabilité du médecin de veiller à ce que le patient ne soit pas envahi plus qu'il ne le faut par la pensée d'un avenir angoissant. Le sens sur lequel il importe de travailler est un sens du quotidien, dont la plasticité se doit d'être grande, le corps pouvant changer de jour en jour, voire d'heure en heure. « Sentir sa vie, sa révolte, sa liberté, et le plus possible, c'est vivre et le plus possible » (Camus, 1942, p. 89). Je vois dans cette phrase, à travers cet appel à la vie et à la liberté, l'idée de faire au mieux avec ce que l'on a. Certes, Camus souligne que « nous portons seuls le poids de nos vies » (1943, p. 90). Il n'en demeure pas moins que le médecin peut aider le patient, me semble-t-il, à orienter ses actes en fonction de la liberté qui est encore la sienne. Face au patient en perte d'autonomie, tabler sur ce qui est encore possible, insister sur ce qui est encore réalisable, montrer en quoi les décisions d'ordre médical (favoriser l'état d'éveil sur le soulagement, par exemple) sont orientées en fonction du sens construit par le patient, tout cela revient à mettre en lumière le spirituel soutenant le médical. Nombreux sont les patients pratiquant cette révolte, mais peu en sont conscients. Le rôle du médecin peut donc être de la mettre au jour, de souligner ou de suggérer cette perpétuelle construction de sens, cette liberté sans cesse à l'œuvre à un moment de la vie où le patient peut avoir le sentiment que tout lui échappe. Le médecin peut refléter au patient qu'il y a des valeurs et du sens derrière chacun de ses choix.

J'ai voulu chercher en quoi la théorie de l'absurde développée par Albert Camus dans *Le mythe de Sisyphe* pouvait éclairer le médecin de soins palliatifs dans son accompagnement au malade. Nous avons vu que l'absurde naissait dans ce rapport entre la raison humaine qui demande des réponses et le monde qui garde celles-ci hors de sa portée. Nous avons vu ensuite que l'absurde naît d'un événement déclencheur qui arrache l'être humain de son quotidien. Face au sentiment de l'absurde, nous avons vu que Camus évoque plusieurs avenues possibles. Le suicide, que l'on peut rapprocher sans amalgame de l'aide médicale à mourir, pour celui ou celle qui, face à l'absence de sens, ne se sent pas la force de continuer. La fuite, ou l'espoir, de celui ou celle qui, dans l'impuissance de la raison, ne verra que la preuve de quelque chose de plus grand. La révolte, enfin, qui consiste à vivre avec la conscience de l'absurde, à se savoir libre de construire un sens ancré dans un perpétuel présent, à faire vivre au quotidien les valeurs que l'on a faites siennes avec la pulsion de vie qu'il reste. Nous avons tenté de cerner le rôle potentiel du médecin dans cette danse du patient avec l'absurde. Nous avons d'abord noté que le médecin accueillant la souffrance du malade en le jugeant admissible à l'aide médicale à mourir posait un geste profondément spirituel. De plus, nous avons observé qu'il est du devoir du médecin de ne pas rendre l'avenir plus envahissant qu'il ne le faut. Puis, nous avons souligné que les décisions médicales sont toujours fondées sur des valeurs spirituelles que le médecin peut contribuer à identifier. Laissons enfin Camus sur ces mots, qui résonnent pour le médecin en soins palliatifs que je suis : « Je tire ainsi de l'absurde trois conséquences qui sont ma révolte, ma liberté et ma passion. Par le seul jeu de la raison, je transforme en règle de vie ce qui était une invitation à la mort [...] » (1942, p. 90).

REMERCIEMENTS

L'auteur tient à remercier M. Gilles Nadeau, intervenant en soins spirituels à la Maison Michel-Sarrazin de Québec, pour son soutien, sa supervision, ses propositions d'ouvrages de réflexion et sa lecture critique de l'article tout au long de son élaboration.

L'auteur tient à remercier la direction du Programme de compétences avancées en soins palliatifs de l'Université Laval, à Québec.

RÉFÉRENCES

Camus, A. (1942). Le mythe de Sisyphe. (Éditions Gallimard, 1985). Collection Folio essais. Cherblanc, J., Jobin, G. (2020). Théorisation du spirituel à partir de l'analyse de pratiques des

Intervenants en soins spirituels au Québec : un modèle original à six dimensions. Studies in Religion / Sciences religieuses, volume 49(2), 290-309.

Devoguel, J.-C. (2009). L'interrogation ultime. Approche des besoins spirituels en soins palliatifs. Fidélité.

De Romanet, R. (2015). La mort est une affaire spirituelle. Salvator.

De Romanet, R. (2016). Les hommes, la mort et le spirituel. Cahiers francophones de soins palliatifs, volume 16(1), 33-45.

Frankl, V. E. (1946). Découvrir un sens à sa vie. (traduit de l'anglais par C. J. Bacon et L. Drolet, 1988). Les Éditions de l'Homme.

Platon, Canto-Sperber, M. (1991). Ménon. (Traduction et présentation par M. Canto-Sperber, 2e édition, 1993). Garnier Flammarion.