

---

Dominique Jacquemin • Enseignant chercheur au Centre d'éthique médicale • Faculté libre de médecine • Université catholique de Lille • Courriel : [djacquemin.cem@fupl.asso.fr](mailto:djacquemin.cem@fupl.asso.fr)

---

## Corps à corps et dimension spirituelle du soin palliatif

Dominique Jacquemin

La dimension spirituelle du soin n'est certes pas facile à traiter, tant cette dimension ne nous est pas familière et semble *a priori* peu destinée aux soignants mais plutôt réservée aux équipes pastorales, quelle que soit leur appartenance religieuse. De plus, si on se reporte à certaines publications, particulièrement dans le domaine des soins palliatifs et de la fin de vie<sup>1</sup>, la dimension spirituelle se trouve de plus en plus évoquée comme une réalité devant absolument être prise en compte mais sans être clairement circonscrite. Dans ce flou, y avoir recours paraît paradoxalement tellement impératif que cela risque de devenir une sorte de nouvelle « objectivation » de l'esprit, succédant à celle tant décriée concernant le corps, imposant corrélativement une sorte d'excès de responsabilité aux soignants : ces derniers doivent-ils réellement tout porter dans le soin ? Enfin, il importe de prendre acte que cette question se trouve de plus en plus prise en compte, au point que la littérature fait davantage écho à la notion de « soins spirituels », tentant de se démarquer d'une approche qui serait par trop religieuse, même si les deux domaines ne sont pas à opposer l'un l'autre : « Aujourd'hui, où la dimension spirituelle est prise en compte dans la démarche de soins à – et chacun est invité à y être attentif – le service d'aumônerie répond toujours aux attentes religieuses des personnes qui en font la demande. Cependant, en partenariat avec les soignants, l'aumônerie apporte également sa contribution spécifique à l'accompagnement humain et spirituel de toute personne bousculée par la maladie, qui désire être écoutée et soutenue et peut aussi chercher sens à ce qu'elle vit<sup>2</sup>. »

Si la question n'est ni facile ni familière, il faut en même temps admettre que chaque soignant peut attester, par sa pratique, qu'il existe bien une réalité du soin qui dépasse la simple prise en charge technique, que la relation de soin met

parfois au jour « un quelque chose qui nous dépasse » et qui s'impose comme une réalité fondamentale, enrichissante, que le soin est parfois plus que le soin. Mais comment circonscrire ce « quelque chose » ? Aussi est-ce un véritable défi qui nous est adressé. Il vaut la peine d'être relevé pour nous efforcer de clarifier non seulement certains enjeux de la relation de soin, mais peut-être encore davantage la responsabilité incombant aux acteurs du soin devant cette problématique. Existerait-il, dès lors, une dimension éthique de la portée spirituelle du soin<sup>3</sup> ?

S'il n'est pas ici question de formuler une définition de « la » dimension spirituelle du soin, il est cependant possible d'offrir quelques jalons de réflexion, une mise en scène non seulement des concepts mais surtout de ce qui est en jeu dans l'acte de soigner : un effort d'articulation des trois termes – spiritualité, relation, soin – plutôt qu'une définition de ce que serait, ou devrait être, cette spiritualité. L'objectif poursuivi serait de pouvoir, au terme de ce cheminement, proposer une esquisse de ce que pourrait recouvrir cette dimension spirituelle du soin, et d'en offrir une approche davantage conceptualisée permettant au soignant d'appréhender ce qui est à l'œuvre dans la « profondeur » de l'acte de soigner.

Pour mener à bien cette entreprise, la question sera appréhendée en trois temps. Dans un premier temps, il importera de mettre au jour certains préalables et de lever diverses ambiguïtés, en un mot de clarifier le lieu du questionnement : les difficultés d'une approche de la notion de spiritualité et de la réalité du soin, surtout lorsqu'il est question de parler de « soins spirituels ». Cette première partie de la réflexion pourrait s'appeler : questions de présupposés. La deuxième partie constituera le corps de notre interrogation qui se développera en trois temps, envisageant sous forme d'hypothèse de travail les trois lieux qui pourraient attester d'une dimension spirituelle : le soigné, son corps et le soignant. Nous ferons l'hypothèse que le spirituel devrait émerger de la rencontre de deux personnes en leur corps, le soigné et le soignant, et que le corps soigné serait le lieu médian de cette rencontre, d'où l'intitulé de cette contribution, *le corps à corps* comme lieu d'explicitation de la dimension spirituelle du soin. En d'autres mots, nous aimerions postuler qu'il existe une réalité de l'ordre du sens, de la rencontre et de l'histoire qui dépasse tant le soigné que le soignant et qu'on pourrait nommer « spiritualité ». Cet exercice nous demandera de clarifier suffisamment l'usage fait du terme « spiritualité »,

mais surtout de nous interroger largement à propos du statut de ce corps, lieu et enjeu de la relation de soins. Ces quelques pistes de réflexion devraient permettre de clarifier le contenu d'une dimension spirituelle du soin et d'en dégager certaines exigences éthiques, particulièrement dans cette rencontre renouvelée d'un corps sujet<sup>4</sup>.

## Questions de présupposés

### Le soin comme *prendre soin*

Dans un premier temps, il importe de s'interroger sur l'acte de soigner s'il est question d'y décrypter un lieu où se joue une dimension spirituelle qui serait à préciser ultérieurement. En effet, on peut aisément présupposer que le soin est à saisir dans un certain horizon pour qu'il puisse laisser émerger un supplément de sens par rapport à sa seule dimension technique objectivante. Tout d'abord, comme le soulignent bon nombre de soignants, « ...il importe de nous rappeler souvent que nos soins ont un destinataire engagé dans une expérience humaine... Atteint par la maladie, le handicap, la vieillesse ou l'approche de la mort, le destinataire de nos soins fait une expérience multiforme<sup>5</sup>. » Le soin est donc une réalité de l'ordre de la rencontre, où il est question d'être en présence d'une personne malade qui vit une expérience dont nous avons à appréhender la portée pour elle-même mais aussi à notre égard. En effet, ce que vit le malade sera non seulement à saisir en tant que tel mais également comme critère d'interprétation de ce qui se passe dans la relation de soins<sup>6</sup>. On peut ainsi relever certains éléments de vie qui conditionneront le patient dans cette rencontre du soin.

- L'expérience d'une *fragilité constitutive de l'existence*: « Le patient se trouve confronté à cette part de lui-même qui ne lui est pas familière, l'insécurise et ouvre une brèche dans le relatif équilibre que constitue l'état de santé<sup>7</sup> ». En ce sens, le malade peut éprouver, dans le contexte de la relation de soins, des sentiments, une perception de lui-même qu'il aura peut-être occultés dans la vie quotidienne.
- La personne souffrante se trouve également dans une *situation de dépendance* qui ne lui est pas familière: elle doit s'en remettre à un autre, elle se trouve dans l'obligation de devoir faire confiance. Ainsi, si le soin devient le

lieu d'un appel à l'autre, d'un appel à l'aide, il peut également être vécu comme une épreuve. Ne peut-on pas, dès lors, y découvrir l'expérience de la nécessaire présence d'autrui pour vivre, expérience qui devra être vécue « dans la tête » mais surtout dans le corps ?

- À travers cette expérience de s'en remettre à l'autre, au soignant, le malade peut également expérimenter une certaine *perte de son image corporelle*, image qu'il avait de lui-même et qu'autrui avait de lui-même. En ce sens, le soin est peut-être à saisir également dans un horizon de révélation de soi à l'autre, cela étant vrai tant pour la personne soignée que pour le soignant.

- Il est une autre dimension de ce que vit le malade qu'il importe de prendre en compte : son expérience éventuelle de la *souffrance*, souffrance excédant la seule douleur physique « pour atteindre à l'être même, au sens ou au non-sens d'une telle vie. Souffrance liée aussi au regard d'autrui : Vont-ils m'aimer jusque-là ? Est-ce que je compte encore pour eux ? »<sup>8</sup>.

- Ces quelques éléments pourront conduire à une expérience de la *peur*, peur tout simplement de déranger mais surtout peur devant la précarité, peur devant la douleur, à l'idée de la mort possible, peur de la dépendance, peur de soi (Vais-je tenir le coup ?), peur d'autrui et de ses capacités à me comprendre, à me soulager, etc.

Tous ces éléments donnent à penser que l'expérience du soin est porteuse, pour le malade, d'une dimension d'éveil-réveil constitutive où le patient expérimente une situation de vie qui ne lui est pas habituelle.

Cette brève description de ce que peut éprouver le malade, et qui n'est pas sans répercussion sur ce que peut vivre le soignant, constitue, pensons-nous, une invitation à envisager le soin sous le mode d'un double appel, condition pour qu'une dimension spirituelle puisse être plausible à concevoir : un appel à venir en présence et un appel à prendre soin. Ces deux éléments seraient à nos yeux les conditions éthiques minimales pour qu'il soit possible de parler de la relation de soin.

### **Un appel à venir en présence**

Il s'agirait ici de pouvoir sortir de la dimension routinière, technique du soin pour l'appréhender comme une occasion de rencontre d'une autre personne où

nous sommes attendus<sup>9</sup> puisque le patient se trouve dans une situation d'appel, de besoin, de dépendance, dans une situation où le malade est à notre égard en requête de confiance, obligée ou réelle. Cette confiance expérimentée serait déjà à considérer comme une attitude spirituelle – s'en remettre à autrui – mais interroge en même temps les conditions réelles d'organisation des soins accordées aux soignants pour que cette mise en présence puisse s'effectuer. Il s'agirait certes d'une approche à effectuer pour réaliser les conditions institutionnelles de possibilité, mais en même temps il serait trop simple de tout imputer aux conditions matérielles du soin ; l'instant de la rencontre ne dépend pas nécessairement du seul temps accordé à autrui.

### **Un appel à prendre soin**

Cette dimension de présence à autrui est en mesure de qualifier le soin au-delà de sa dimension technique, même si cette dernière est légitime. Le soin n'est plus à penser comme un ensemble de tâches à accomplir mais bien comme un moment où il est question d'offrir des soins, de rencontrer l'autre dans l'ensemble de ce qu'il est et vit, dans l'ensemble de ses besoins. Or, c'est ce lien que nous acceptons ou non de tisser dans le soin qui en fera ou non une relation qui permettra de tracer la différence entre le *faire des soins* ou le *prendre soin*, qui ouvrira à la dimension spirituelle du soin de trouver place.

Envisager le soin du côté du soignant, dans sa relation à la personne soignée en trace déjà comme une condition éthique préalable à la perception d'une éventuelle dimension spirituelle : choisir d'être là, en présence d'une personne souffrante qui me requiert<sup>10</sup>. En ce sens, refuser ce postulat rendrait vaine et inopérante la suite d'un questionnement relatif à la dimension spirituelle de la relation de soin. Dès lors, ne pourrait-on pas supposer que l'engagement éthique du soignant et la dimension éthique du soin se trouvent convoqués préalablement à la perception d'une dimension spirituelle du soin ? Nous voudrions en faire l'hypothèse, et nous aurons à l'étayer dans la suite : la reconnaissance d'une dimension spirituelle de la relation de soin sollicite préalablement la liberté et la responsabilité du soignant ayant à faire le choix non seulement de la présence mais également de la parole comme écoute du langage du patient, y compris dans son corps, lieu du soin.

## La spiritualité

Après avoir dégagé certains enjeux et présupposés relatifs au soin, nous voudrions nous arrêter maintenant au terme de « spiritualité ». S'interroger à son sujet devrait permettre de cerner davantage ce que nous cherchons, ou du moins de circonscrire l'espace de notre questionnement.

Dès le départ, il importe de faire la démarcation entre spiritualité et religion, l'une ne se réduisant pas à l'autre<sup>11</sup> : parler de spiritualité, ce n'est pas nécessairement parler religion, même si, pour certains patients ou soignants, cette connotation sera présente<sup>12</sup>. En ce qui concerne notre contribution, nous voudrions envisager la notion de spiritualité dans sa dimension séculière. Nous partirons de l'expérience commune pour tenter une approche la plus large possible de ce que peut revêtir cet appel au « spirituel » : à certains moments de la vie, l'humain connaît des crises, des crises qui mettent en jeu, plus ou moins violemment, son équilibre personnel. Durant ces périodes, il va éprouver une souffrance qui sera d'abord psychologique mais qui pourra le conduire à un questionnement d'ordre spirituel touchant sa condition humaine : Qu'est-ce que je suis ? Qu'est-ce que je vis ? Quel sens a ma maladie ?, etc. Ces questions sont proches du questionnement philosophique ou métaphysique, mais elles ne sont pas propres à la maladie, cette dernière étant simplement une occasion particulière où elles se révèlent<sup>13</sup> : il s'agit du questionnement sur le sens de la vie, de sa vie, et sur la manière dont notre propre parcours humain s'éclaire ou non de sens en fonction de nos propres références. Si ce questionnement n'est pas propre à la maladie, il importe de souligner qu'il rejoint également le soignant dans ce qu'il est et vit, d'autant plus qu'il se trouve lui-même confronté à cette période privilégiée d'émergence qu'est la maladie. Le spirituel serait donc en rapport avec ce qui tisse la dynamique d'une existence, une dynamique présente en chaque homme pour le situer dans un horizon qui donne une plénitude de sens aux expériences de sa vie. Le pôle spirituel religieux, s'appuyant sur cette première dimension, mettrait davantage l'humain en relation avec Dieu ou avec une réalité divine. En résumé, la dimension spirituelle de l'humain serait à penser en fonction de la qualité et de l'unification de l'être.

Cette dimension spirituelle est donc liée à la vie de l'individu, elle n'est pas une donnée acquise une fois pour toutes et, selon l'évolution de toute vie, elle

est de l'ordre d'une recherche, d'un décryptage, de l'ordre du changement. Peut-être est-ce bien cette dimension évolutive, tout en étant constitutive de l'humain, qui rend difficile sa définition.

Dans le contexte d'une mise à jour des présupposés liés au terme spirituel lui-même, il importe enfin de s'interroger sur les motifs qui semblent aujourd'hui lui donner un nouveau statut car, il faut le reconnaître, parler de spirituel constitue une irruption surprenante dans l'horizon d'une médecine technoscientifique trop objectivante. En effet, on semble actuellement se rendre compte d'une manière très positive que l'humain n'est pas assimilable à sa seule matérialité, qu'il existe aussi une réalité « transcendante » qui le constitue. On pourra penser ici à tous les efforts déployés pour rendre à l'humain sa dignité, « y compris dans la dimension mystérieuse, sacrée, de son existence<sup>14</sup> » ainsi qu'à la redécouverte que la situation du malade ne se résume pas au seul moment du soin puisque tout patient est porteur d'une histoire personnelle. Cependant, en même temps qu'existe cette reconnaissance positive, il faut pouvoir s'interroger à propos du risque d'un recours instrumental conjoint à cette redécouverte : le spirituel ne serait-il pas également, pour certains, un critère efficace de guérison ? En effet, le recours au spirituel se trouve parfois sollicité comme aide à la guérison. Cela peut se comprendre si on se rapporte à une vision unifiée de l'humain, mais plus insidieusement comme discours palliatif à l'échec du soin ou, plus radicalement encore, comme seul discours de contre-pied à l'objectivation médicale sans que cette dimension spirituelle soit jamais précisée<sup>15</sup>. Ces quelques éléments devraient être suffisants pour nous inviter à une prudence méthodologique lorsqu'il est aujourd'hui question de « spirituel » !

### **La notion de « soins spirituels »**

Avant d'aller plus avant dans notre questionnement, il importe de s'arrêter à un autre concept qui émerge de plus en plus dans la littérature, celui des « soins spirituels ». Hérités des théories de l'approche globale du patient, ils peuvent se définir de la manière suivante : « L'objectif des soins spirituels est de ramener harmonie et équilibre dans la vie de la personne atteinte d'une maladie évolutive ou non. Les soins spirituels ne sont pas restreints aux patients atteints d'une maladie évolutive, mais ils s'adressent à tous ceux qui se sentent négligés dans leur globalité<sup>16</sup> ». Si pareille approche présente l'intérêt de souligner la

nécessaire attention à ce que vit la personne malade rencontrée dans sa globalité, on remarquera que la notion même de « spiritualité » ne se trouve guère définie, certains parlant même de « concept insaisissable<sup>17</sup> », quand ces soins ne sont pas purement et simplement assimilés à la seule dimension relationnelle et éthique du soin<sup>18</sup>. En même temps, il est possible de se demander où fixer la limite de la responsabilité soignante si cette attention demande engagement touchant l'émotionnel : « La personne en détresse spirituelle a besoin d'un environnement qui communique la confiance. Un tel environnement montre que les soignants se rendent accessibles à l'autre, physiquement et émotionnellement<sup>19</sup> ». En effet, la description de ce type de soin, tout en soulignant le redoublement d'attention des soignants à cette dimension importante de l'existence, surtout en situation de maladie, risque de les conduire à une tâche parfois impossible : apporter paix et réconciliation<sup>20</sup>.

Ce concept doit donc être entendu avec prudence, même s'il présente l'intérêt de joindre deux réalités généralement appréhendées comme sans lien, le soin et la spiritualité, et de renforcer l'attention à l'unicité de chaque patient, à ce qu'il peut vivre comme questionnement et angoisse, à saisir la signification existentielle de ses pertes. Cependant, une accentuation non critique de ce pôle supplémentaire du soin risquerait d'en faire assez rapidement une pratique intrusive, proche de certaines thématiques fusionnelles du *new age*. Qu'il suffise ici de faire écho à ce qui peut en être dit lorsqu'on en évalue les apports, tant pour les soignants que les personnes soignées : « L'exploration du problème spirituel du patient se fait comme un voyage par le soignant et le soigné dans l'espace intérieur du patient jusque-là inexploré. À la fin du voyage, le soignant et le soigné en ressortent plus riches. À notre avis, à l'heure actuelle, l'accompagnement spirituel est négligé. Les personnes qui travaillent en soins palliatifs devraient s'efforcer d'explorer la spiritualité et de soulever des questions, car cela est bien trop important pour être laissé à l'aumônier seul<sup>21</sup> ». Enfin, il importe également de prendre acte que cet accent mis sur l'attention au vécu subjectif du patient dans sa maladie se trouve aujourd'hui contesté, à cause de certains excès, au nom du respect de la vie privée qui refuse toute ingérence dans cette sphère de l'existence<sup>22</sup>.

Ces quelques propos nous invitent à la prudence en ce qui concerne cette notion de « soins spirituels » considérés comme s'ils devaient constituer des



soins supplémentaires, relever d'une investigation complémentaire dont la responsabilité incomberait aux seuls soignants. Nous aimerions davantage montrer que la relation de soin, dans sa nature et dans sa singularité quotidienne, se trouve elle-même porteuse d'une dimension spirituelle lorsqu'elle rencontre le patient en son corps.

## II. Soigné – corps – soignant

Après avoir mis au jour certains présupposés, – que le soin est à appréhender dans l'horizon de la relation interpersonnelle, que le spirituel n'est pas à cantonner dans le seul registre du religieux et qu'il risque également d'être instrumentalisé – nous voudrions maintenant nous efforcer de repérer les lieux où cette dimension spirituelle peut être présente dans la relation de soin. Comme annoncé dès l'introduction, cette deuxième partie comportera trois temps : considérer le malade, le malade en son corps, et le soignant rencontrant, avec son corps, le corps d'une personne souffrante.

### Le malade : une personne soignée en crise

Lorsqu'on envisage la situation de la personne malade pour tenter d'y repérer des lieux où pourrait se vivre une dimension spirituelle, il est intéressant de s'arrêter à la notion de crise pour qualifier ce qu'il est en train de vivre.

On peut en effet se rendre compte que son expérience de la maladie n'est pas ordinaire, qu'elle risque de le déstructurer, de le faire s'interroger sur ce qu'il est, ce qu'il vit, en un mot sur le sens de son existence. C'est ce qui a amené certains auteurs à parler du temps de la maladie sous l'angle de crise existentielle<sup>23</sup>. Pour déployer cette vision de la maladie comme crise, je laisserai la parole à Michel Cavey : « Quelle que soit son issue, la maladie est toujours une période de crise : cela est évident si l'issue est la mort. Mais il en va de même si la guérison ou la stabilisation ne sont obtenues qu'au prix d'une diminution ou d'une modification des conditions de vie du sujet : ainsi la perte de la vue peut fort bien être compensée... par le surgissement d'autres possibilités ; il n'en demeure pas moins que le sujet deviendra autre. Et même si la guérison est obtenue avec une *restitutio ad integrum*, il n'en demeure pas moins que le sujet aura vécu une expérience particulière, qu'il aura touché du doigt la fragilité de la condition humaine, qu'il aura passé du temps de relative incapacité, mais aussi qu'il aura

vécu un certain nombre d'expériences positives qu'il devra intégrer à sa vie ultérieure. Toute maladie déclenche donc, même *a minima*, un processus de transformation. Même guéri, il ne sera plus comme avant<sup>24</sup> » .

Cette approche met donc en scène un moment particulier qui s'impose au malade, un chemin d'effort de restauration de lui-même où le questionnement ne sera pas absent : l'inventaire de ce à quoi il tient, les abandons auxquels il est prêt ou pas, tout en constatant que les repères habituels ne sont plus nécessairement opérants, adaptés à sa situation nouvelle. Et, à travers cette dynamique, ce n'est pas simplement son équilibre psychologique qui est en jeu mais bien sa condition d'humain. Essayons dès lors de considérer comment une dimension spirituelle peut être à l'œuvre à travers cette crise, expérience de déconstruction-reconstruction du sujet souffrant.

Il semble possible d'affirmer qu'une dimension spirituelle se vit au cœur de la maladie comme crise puisque la question du sens se trouve radicalement posée : « Pour qui cherche en soi-même à comprendre ce qui lui arrive, ce mûrissement est sans doute une quête de sens ; il permet peut-être de répondre à la question du pourquoi, si souvent posée, mais de fait rarement abordée en vérité : pourquoi la maladie, pourquoi la souffrance, qu'est-ce qui l'a déclenchée, quelle en est la cause ? Questionnement essentiel pour l'individu, qui ne pourra trouver de réponse que par lui-même<sup>25</sup> ».

Et à travers tout ce questionnement, c'est aussi *un nouveau rapport au temps qui s'instaure* : le temps du malade est en train de changer car, tout d'abord, il n'en a plus la maîtrise, mais c'est également le temps de sa propre histoire qui se trouve soumis à une autre perspective : la maladie, ou du moins la maladie grave, lui impose de se resituer dans sa propre histoire à la suite d'une cassure temporelle qui s'impose à lui. En effet, la maladie révèle une rupture et un changement. Même si personne ne peut être réduit à sa pathologie, cette dernière introduit des changements personnels, familiaux, sociaux et professionnels à l'égard desquels le malade va devoir se resituer au cœur de sa propre histoire, changements d'ordre spirituel aussi puisqu'ils touchent la condition de l'être-homme, son rapport à lui-même, aux autres et au monde<sup>26</sup>.

Il est toutefois possible de faire un pas de plus dans ce nouveau rapport au temps puisque la maladie vécue comme crise induit également une autre

manière de se rapporter au temps en introduisant *un avant et un après la maladie*. Ce sont, d'une part, toutes ces réalités d'espairs tantôt positifs ou négatifs, d'espérance ou d'échec et, plus fondamentalement, une fracture existentielle qui ouvre une l'interrogation profonde, à une crise comme discernement (κρίνειν) dans le temps et pour le temps, véritable crise spirituelle où le malade se trouve personnellement forcé à se resituer au cœur de sa propre histoire. Et, si le vécu de la maladie ouvre un « avant », le malade sait que ce ne sera jamais plus un « comme avant » : « Ainsi, la crise, fracture dans le cœur de l'existence, va-t-elle autoriser de nouveaux avènements : il y aura un avant et un après, une ancienne et une nouvelle identité, séparés par la béance d'un difficile mais inéluctable cheminement qui sera même passage par une sorte de mort, vers un autrement qui peut s'avérer salvateur<sup>27</sup>. »

C'est l'exemple d'un homme ayant touché la mort de près à la suite d'un grave anévrisme et qui, après une relative restauration de sa santé, se demande : « Si je suis guéri, qu'est-ce qu'on attend de moi ? », supposant que ce passage par la maladie impose un changement y compris social, mais plus profondément spirituel, décryptable derrière ce « on ». La maladie comme crise peut donc ouvrir un cheminement qui, à nos yeux, est révélateur d'une réelle dimension spirituelle qui sera à pressentir dans la relation de soins : au cœur de sa maladie, le patient vit une expérience peu ordinaire. En même temps qu'il est dans l'attente d'une certaine restauration de son corps, il se doit également de se restaurer lui-même en se resituant dans sa propre histoire, dans l'horizon des valeurs qui sont les siennes, tout en laissant place au temps pour qu'un processus de guérison – comme réorientation – puisse trouver son chemin.

Au cours de ce cheminement, le patient fera parfois appel au soignant pour qu'il l'aide à retrouver sens, signification à ce qu'il vit, ou tout simplement comme témoin de son cheminement. Cela pourra se traduire :

- par des déclarations où le malade énonce des valeurs qui ont toujours compté dans sa vie : « Voyez-vous, madame, ce qui a toujours compté pour moi, c'est la justice... » ;
- des occasions où le malade fait le bilan de sa vie, nous raconte des anecdotes mais finalement pour pouvoir se les dire à lui-même. Ce sont ces déclarations où le malade peut nous présenter sa vie comme achevée : « Docteur, en trente

cinq ans de métier, je n'ai jamais manqué un jour au travail... J'ai eu quatre enfants, ils sont tous mariés et s'entendent bien. » ;

- je me rappelle aussi l'exemple de ce patient qui, à sa sortie de réanimation cardiaque, a eu ces propos : « Ce fut pour moi comme une retraite », sans préciser par ailleurs le contenu de cette expérience ;
- ce sont aussi ces moments où le patient pourra nous heurter par un bilan négatif : « J'ai raté ma vie... Pourquoi moi, alors que j'ai toujours été droit, fidèle, etc. ? »

Lorsque nous entendons de tels propos, c'est à ce moment qu'il importe de se rappeler l'appel à la présence dans une relation de soin et de ne pas se tromper d'interprétation : le malade ne cherche ni à connaître nécessairement la cause de sa maladie, ni à avoir une réponse à ses « pourquoi », il attend simplement un soignant qu'il prend à témoin de son cheminement, de son effort de réinterprétation de sa propre existence. Or, *le risque* le plus grand est de *vouloir combler le manque* en refusant d'entendre ce langage second, en se cantonnant dans une relation de soin réparatrice, de ne pas donner au malade suffisamment de temps<sup>28</sup>, donnant à penser qu'on va « tout refaire comme avant ». Tel est le risque d'une médecine réduite à sa dimension technique, objectivante, qui se voile la face concernant les différents niveaux de la guérison, d'une médecine et d'une relation qui se cantonnent dans la seule immédiateté<sup>29</sup> alors que le temps est, pour le malade, une dimension constitutive, sinon de sa guérison, au moins de son cheminement.

Et tout ce que le malade vit comme crise, c'est bien en son corps qu'il le vit. Il importe de se le rappeler si nous croyons que « la vie spirituelle n'est pas désincarnée, elle s'inscrit dans une existence d'homme ou de femme, dans un corps douloureux ou diminué<sup>30</sup> ». Pensons, par exemple, au rapport que le corps impose à l'esprit – c'est toute la question de la douleur (une lombalgie qui obsède, un manque de souffle qui empêche de communiquer) – à la fatigabilité du malade en son corps, à l'image qu'a le malade de son corps. Ne pourrions-nous pas ainsi postuler que le corps souffrant du malade est aussi à rencontrer, qu'il peut exprimer, de la part du patient, une part de cet espace spirituel de la relation de soin que le soignant serait invité à prendre en considération ? À ce sujet, et en guise d'entrée en matière, nous laisserons volontiers la parole à

Michel Demaison : « Commençons par un mot d'éthique : il n'y aurait aucune raison de parler du corps, de nos corps, s'il ne s'agissait pas de nos vies, si la question ne se posait pas de savoir comment vivre, être au monde, pourquoi travailler, se fatiguer, souffrir, dormir. Questions essentielles pour nous autres, êtres corporels qui vivons ensemble dans un monde qui n'est que matière<sup>31</sup> ».

### Le corps

Si nous voulons postuler qu'il s'agit d'écouter le malade jusque dans son corps lorsqu'il est question d'y entendre une inscription de la dimension spirituelle du soin, il importe de s'interroger préalablement sur le statut de ce corps au cœur de la médecine contemporaine. À mon sens, il s'agit d'une question bien difficile car, d'une certaine façon, elle traverse toute l'histoire de la philosophie puisqu'elle touche une question largement traitée depuis l'Antiquité grecque jusqu'à nos jours : la question de la corporéité, et plus particulièrement le rapport au corps et l'image que l'homme a de son corps. De plus, et pour complexifier encore son approche, il ne me semble pas possible de réfléchir la question du corps sans lui annexer la question de l'autre – quelle que soit la perception qu'on puisse avoir de cet « autre » (esprit, âme, parole, personne, subjectivité, ou tout simplement la présence de l'autre<sup>32</sup>) – car le corps n'est corps humain que dans la mesure où il est fait de l'autre (des parents) et qu'il est pour l'autre : lieu de la personnalité, d'une parole, d'un langage, fait pour être « montré » et « regardé »<sup>33</sup>. Cependant, malgré ces difficultés, nous aimerions nous arrêter assez longuement sur cette approche de la corporéité si nous faisons l'hypothèse que c'est bien dans le corps et sa rencontre qu'il est possible de mettre au jour une réelle dimension spirituelle de la relation de soins : *Qu'est ce corps, qui est ce corps dont il nous est donné de prendre soin ?*

Pour déployer cette question, nous nous arrêterons à certains types de pensées ainsi qu'à quelques auteurs pour découvrir davantage ce que nous appellerions d'emblée « le mystère » du corps qu'il s'agit de rencontrer dans le soin. Par touches successives, nous essayerons ainsi de montrer que le corps est plus que le corps, qu'il s'impose d'une manière quasi imprescriptible, porteur de dimensions qui nous échappent et qui lui offrent paradoxalement toute sa signification.

*Corps qu'on est, corps qu'on a...*

Pour commencer cette réflexion et s'efforcer de saisir les difficultés éprouvées pour appréhender le corps à sa juste place dans le contexte d'une technomédecine, on pourrait tracer une première distinction, perception que l'on a du corps, perception souvent oubliée : le corps que l'on possède et le corps qu'on est<sup>34</sup>. Et ceci amène, de la part du malade, des conceptions bien différentes concernant l'approche de l'acte de soin : il sera d'accord qu'on « manipule » le corps qu'il a lorsqu'il s'agit de le sauver par la chirurgie, par exemple. Par contre, il éprouvera beaucoup de réticences à laisser manipuler le corps qu'il est, et c'est tout le registre bien connu d'une certaine objectivation médicale. Comme le fait remarquer J.-F. Malherbe, « on touche ici l'aporie fondamentale de la médecine qui prétend soigner le corps que nous sommes alors qu'elle n'a de compétence que pour soigner le corps que nous avons<sup>35</sup> ».

En fait, ces notions de « corps qu'on a » et de « corps qu'on est » sont le reflet, si on veut être quelque peu simpliste, du heurt entre deux traditions, l'une issue de la culture grecque, plus particulièrement platonicienne, l'autre émanant de la pensée hébraïque.

La pensée grecque est plutôt dualiste dans l'appréhension du corps. Pour une part de sa philosophie, et c'est suffisamment connu pour insister longuement sur ce constat, le corps est vu comme une prison de l'âme, sans importance en lui-même. Dans la pensée occidentale, cette conception connaîtra son sommet chez Descartes : « Je me considérerais premièrement comme ayant un visage, des mains, des bras, et toute cette machine composée d'os et de chair, telle qu'elle paraît en un cadavre, laquelle je désignais par le nom de corps<sup>36</sup> ». On le voit, il s'agit d'une vision assez machinale, en extériorité, comme si mon corps n'était pas vraiment moi.

Avec la pensée hébraïque, on entre dans un tout autre contexte : la réflexion sur le corps n'y est pas du tout systématisée, on ne la perçoit qu'ici ou là dans la Bible. Pour eux, à la différence des Grecs, mon corps, c'est moi. Le corps est une entité qui n'est pas séparable de la vie comme globalité : il est intimement et à la fois *bâsar*, chair, et *ruah*, souffle donné par Dieu. Cette unité est bien perceptible par certaines expressions présentes dans la Bible :

- la bouche, c'est l'organe de la parole. Ouvrir la bouche est équivalent à parler (Ez 16,23-29,21) ;

- le bras signifie la force et la puissance. Le bras de chair signifie la force humaine par rapport au bras de Yawhé. Prendre ses mains est l'expression utilisée pour dire « s'épuiser ». Ne plus trouver ses mains signifie « perdre courage », lever les mains « prier, faire un serment » ;
- le cœur exprime ce qui est caché par rapport à ce qui est visible (visage, yeux) : « Dieu sonde les reins et les cœurs » (I Sam 16,7). Dalila tient ces propos à Samson : « Comment peux-tu dire « Je t'aime » alors que ton cœur n'est pas avec moi ? » (Jg 16,15).

En fait, il est assez remarquable de constater que, dans la pensée hébraïque, le mot « corps » n'existe pas. Lorsqu'on veut parler du corps que Dieu a formé, on utilise le mot *bâsar*, chair qui est insufflée par Dieu, ou, plus radicalement encore, on utilise un organe pour qualifier le tout. Cela se remarque dans la perception hébraïque pour laquelle le bien, c'est la vérité – les yeux qui parlent comme le cœur –, tandis que, pour les Grecs, le bien consistera pour l'âme à se séparer du corps. Remarquons enfin que bien des restes de la pensée hébraïque sont encore véhiculés dans les conversations journalières sans que nous soyons sensibles à leur origine sémantique. Pensons à toutes ces expressions : donner sa langue au chat, un coup de cœur, une main de fer, prendre à cœur, donner sa parole, le cœur serré, perdre souffle.

Que pouvons retenir de tout cela comme premier acquis de notre recherche ? Nous pouvons au moins saisir le rétrécissement de sens dans la perception du corps lorsque nous restons cantonnés à sa seule perception organiciste, objectivable : ce n'est qu'un corps qui est soigné et non une personne habitant ce corps, lui donnant vie. En rester à cette vision du corps empêche radicalement de percevoir qu'une personne expérimente ce qu'elle est en son corps, que cette maladie qui atteint son corps représente bien plus qu'une pathologie objectivée qui n'engage pas la personne dans ce qu'elle est.

### *Le corps comme lieu de l'être*

Ce constat, cette aporie nous invitent dès lors à nous efforcer d'articuler ces deux approches possibles du corps pour tenter de saisir en quoi cette question de la corporéité est essentielle pour penser une dimension spirituelle de la relation de soin. Nous partirons d'un constat posé par Antoine Vergote : « L'un des faits les plus marquants de la culture contemporaine, en effet, est la

progressive découverte de l'unité de l'homme, unité dont le corps est le lieu, l'objet et l'agent<sup>37</sup> ». Le corps se trouve ici présenté comme lieu d'intégration de l'humain dans la totalité de ce qu'il est puisqu'il est présenté en tant que lieu, objet et agent : il est non seulement le support d'une vie, d'une personnalité mais il en est également l'agent en la révélant, en attestant une part de ce qu'est cette vie. Nous touchons ici à une dimension déjà mise en évidence lorsque nous avons parlé de la dimension spirituelle qui est passage entre l'intériorité et l'extériorité ; il semblerait donc que le corps y participe. C'est ce qu'affirme admirablement Vergote lorsqu'il nous dit qu'il est question de « poser le corps non pas comme une condition extérieure de l'esprit, mais comme le lieu de sa formation et comme sa permanente condition intrinsèque<sup>38</sup> ». Pour nous permettre de mieux saisir ses propos, il distingue trois niveaux de la vie du corps, trois niveaux à prendre simultanément en considération dans la relation de soin :

- le langage du corps objectif comme machinerie corporelle ;
- le langage psychologique relatif au corps vécu ;
- le langage ontologique, corps envisagé dans son sens biblique de chair.

Ce sont ces trois niveaux de perception et de « vécu » du corps qui expriment le lieu de vie de la personne malade et qui, de plus, *l'inscrivent dans une histoire, dans un temps*. En effet, en même temps que le corps change, c'est aussi la personne qui change dans l'ensemble de ces trois dimensions qui ne peuvent être séparées et qui font de ce corps un lieu qui nous échappe, que nous avons à rencontrer dans « son temps » et sur lequel nous ne pouvons avoir une prise totale puisqu'il exprime bien plus que ce que nous en percevons superficiellement, qu'il est la trace de ce que nous pourrions nommer une dimension « sacrée » comprise ici comme ce qui mérite le plus haut respect<sup>39</sup>.

### *Corps, source d'énergie naturelle du désir*

Nous pouvons prolonger cette perception unifiée du corps, qui nous montre que le corps soigné touche bien plus que la seule corporéité, par quelques développements philosophiques proposés par Claude Bruaire : « Certes, la négativité, que je suis en mon imprenable singularité, n'est puissance efficace de rupture inconditionnée, au sein du « je pense », qu'en puisant son *actualité* dans l'*activité* de la pensée qui, à son tour, n'est réelle qu'en *vivant* de l'énergie du désir, elle-même puisée dans l'énergie *naturelle* du corps<sup>40</sup>. »



On trouve ici les trois éléments inséparables pour « contempler » ce corps, lieu du soin : il est en effet redit que la pensée ne peut avoir son activité qu'en vivant de l'énergie du désir, puisant sa force dans l'énergie naturelle du corps. Ici encore, nous pouvons percevoir que le malade en son corps est un tout, que son corps représente bien plus que sa seule matérialité si ce dernier est source, énergie pour les autres dimensions constitutives de l'humain que sont le désir et la pensée. On peut donc redire ici que, lorsque nous sommes en face d'un corps à soigner, ce corps exprime bien davantage que sa seule extériorité organique : il est lieu du désir, condition de la pensée. À ce titre, ce corps peut déjà s'imposer pour ces dimensions dont il est porteur, et qui me dépassent, et dont il est, en même temps, la condition. On peut donc ratifier l'hypothèse que le prendre soin du corps conduit à prendre soin de ce qu'est la personne malade dans son entièreté, vie, désir et pensée.

### *Le corps, cœur de la vie spirituelle*

Emmanuel Lévinas nous permet de faire encore un pas de plus dans cette vision unitive de l'humain en son corps lorsqu'il affirme que le corps constitue plus que l'*objet* de la vie spirituelle puisqu'il en est le *cœur*. Nous aimerions laisser suffisamment d'espace à ses propos issus des « réflexions sur la philosophie de l'hitlérisme » où l'auteur s'efforce de démontrer l'impossibilité de réduire quiconque à ses seules caractéristiques physiques puisque l'humain n'y est pas réductible, l'impossibilité de croire que la liberté soit désolidarisée de la réalité corporelle<sup>41</sup> : « Le biologique avec tout ce qu'il comporte de fatalité devient plus qu'un *objet* de la vie spirituelle, il en devient le cœur. Les mystérieuses voix du sang, les appels de l'hérédité et du passé auxquels le corps sert d'énigmatique véhicule perdent leur nature de problèmes soumis à la solution d'un Moi souverainement libre. Le Moi n'apporte pour les résoudre que les inconnues mêmes de ces problèmes. Il en est constitué. L'essence de l'homme n'est plus dans la liberté, mais dans une espèce d'enchaînement. Être véritablement soi-même, ce n'est pas reprendre son vol au-dessus des contingences, toujours étrangères à la liberté du Moi ; c'est au contraire prendre conscience de l'enchaînement originel inéluctable, unique à notre corps ; c'est surtout accepter cet enchaînement<sup>42</sup>. »

La pensée de cet auteur est très intéressante pour notre propos. On y trouve tout d'abord cette affirmation centrale que le corps est le cœur de sa vie spirituelle : sans ce dernier, aucune vie spirituelle ne serait possible puisque c'est bien la dimension d'histoire corporelle qui en permet l'émergence et la mémoire. En effet, Lévinas redit à merveille que le Moi est constitué de la corporéité et de son histoire, dans le mystère de cette histoire constitutive et du corps et du sujet, histoire sur laquelle personne n'a prise. Et, pour lui, devenir pleinement soi-même, être soi-même, c'est consentir à l'acceptation de cet enchaînement d'une histoire en notre propre corps. Nous touchons là une dimension importante de notre questionnement concernant la dimension spirituelle du soin. Il nous est en effet possible d'appréhender ici la non-extériorité de cette dimension dans le prendre soin : le corps à soigner est lieu d'une histoire, lieu de l'Être. En ce sens, prendre soin d'autrui en son corps consiste, dans une vision profonde de notre responsabilité de soignant, à toucher le lieu de sa propre histoire, de son identité essentielle, à rencontrer pleinement le malade dans ce qu'il est : ce corps que je soigne n'est pas rien, il est révélateur de « l'Autre ».

### *Le corps, révélateur d'un excès*

Cet approfondissement par la pensée lévinassienne de ce qu'est ce corps, objet et devenu sujet de soins, nous invite à tirer certaines conséquences de cette approche du corps si nous voulons prendre en compte la dimension spirituelle d'une relation de soin au cœur d'une médecine techno-scientifique, parfois trop objectivante. C'est en effet également avec notre corps, lieu de notre propre incarnation et de notre histoire, que nous allons à la rencontre du corps malade, et c'est de la rencontre de ces deux corps que naît conjointement le questionnement y compris spirituel : nos esprits ne voguent pas désincarnés. Ainsi, soignants comme soignés peuvent expérimenter que leur corps est bien plus que le corps objet ou que le corps sujet mais qu'il est intrinsèquement nœud de ces dimensions, qu'il est réalité vécue qui les dépasse, qui est, comme le dit Marc Richir, *excès*<sup>43</sup>, notion assez parlante pour résumer le fil de notre questionnement. En effet, tout soignant peut expérimenter que le corps qu'il soigne est bien plus qu'un corps matière, qu'il est le lieu d'une vie et qu'il peut en être l'expression, même si c'est par la négative ; on peut ici renvoyer à toute la problématique du corps altéré, défiguré, qui est vécu jusque dans ce qu'est la personne. Cet

excès, les Grecs l'avaient identifié comme *psyché*, donnant à penser que dans les sensations, l'affectivité, les pensées, les passions, il y avait plus que ce qui pouvait être perçu, reconnu, ce que la pensée contemporaine intégrerait peut-être dans l'horizon du psychosomatique. Toutefois, sans tomber ici dans une interprétation risquant d'être perçue comme pathologisante, ne peut-on pas penser que le corps est porteur lui-même d'un tel dépassement, d'une dimension spirituelle qui dit la personne dans le temps de son histoire ? En un mot, nous aimerions avancer la conviction suivante : il est nécessaire, pour percevoir une dimension spirituelle dans la relation de soin, d'appréhender le corps vécu, du dedans, verbe intrinsèquement incarné parlant de ce « moi », de cette personne qui l'habite et qui est aussi ce corps. Ainsi, toute relation de soin voulant respecter la personne souffrante se devrait de renoncer à toute objectivation se cantonnant à la prise en compte de la seule dimension organiciste corporelle.

Pour bien faire saisir cette intrinsèque articulation corps – personne – esprit, laissons une dernière fois la parole à M. Richir, même si ces quelques propos peuvent *a priori* sembler bien compliqués : « Cela ne signifie pas du tout que le corps phénoménologique soit transparent à la conscience, mais, tout au contraire, que, faisant partie intégrante de l'excès du vivre sur le vécu, il ne porte le sens qu'en tant qu'il porte, lui aussi, comme son énigme, sans en être le fondement...<sup>44</sup> ».

Le tout n'est donc pas d'affirmer ici que le corps dit le tout de la personne, qu'il est son lieu spirituel, mais bien, d'une part, que cette dimension spirituelle ne peut être appréhendée sans cette inscription incarnée, corporelle, et que, d'autre part, il en est en même temps une dimension révélatrice, puisqu'il la porte sans qu'on puisse, comme nous l'expérimentons nous-mêmes<sup>45</sup>, en avoir ni la maîtrise, ni la compréhension totale.

### Les soignants

La réflexion que nous venons de mener à propos de la maladie envisagée comme crise ainsi que les développements illustrant la signification de la corporéité nous invitent à envisager maintenant la dimension spirituelle de la relation de soin dans l'esprit des soignants. Si nous postulons que le corps soigné, lieu et expression de la personne, constitue l'espace médian de la rencontre entre le soigné et le soignant, comment ce corps, lieu d'excès, va-t-il

être rencontré, pris en charge? Comment va-t-il être objet de soin<sup>46</sup> pour qu'une dimension spirituelle puisse y être reconnue?

Cependant, avant d'envisager la situation des soignants pour elle-même, nous aimerions préciser rapidement certains éléments du soin déjà ébauchés dans l'introduction tant il nous semble évident que c'est bien une certaine perception du soin en lien avec le corps souffrant qui permettra au soignant de s'ouvrir à l'interrogation sur une dimension spirituelle de la relation de soin. Il faut en effet réaffirmer, comme un présupposé, *l'importance du temps* pour appréhender les secrets, l'excès du corps dans son propre temps, temps de la personne dans son histoire et sa maladie. Cette prise en considération du temps est essentielle dans la relation de soin. Prendre le temps de l'interrogation, celle du patient et la nôtre, c'est accepter d'être quelque peu déstabilisé et de casser tous les automatismes sécurisants du soin. Pour entrer dans ce temps, il importe de reconnaître que cette dimension *questionnante* peut également être considérée comme une dimension constitutive du soin : savoir s'interroger sur le sens, la signification de la santé et de la maladie, la prise en compte du patient comme sujet. Or, tout ce questionnement, qui nécessite du temps, conduit le soin dans sa dimension éthique où l'acte de soigner devient réellement situation de rencontre, occasion donnée à la personne malade de rester pleinement sujet : « S'efforcer d'envisager le patient comme sujet requiert qu'on s'interroge sur l'être humain en tant qu'être de devenir, susceptible d'effectuer des choix par lesquels il manifeste sa singularité<sup>47</sup> ».

### *S'ouvrir à la spiritualité : un difficile exercice*

Entrer dans le temps du soin pour permettre au malade d'être pleinement lui-même, y compris dans toute cette dimension spirituelle que nous avons ébauchée depuis le début de notre parcours, n'est certes pas facile pour le soignant. Cela lui impose en effet de sortir quelque peu des sentiers battus, de lever certains tabous et peut-être d'envisager autrement ce que comporte le soin dans son entièreté. Une des difficultés majeures réside dans l'incapacité même à entendre cette question : « Dans une société laïque comme la nôtre, le spirituel n'est pas reconnu. Pire, il est suspect, parce que confondu avec la religion<sup>48</sup> ». De plus, au regard de la pratique, il est parfois plus aisé de donner des anxiolytiques, des antidépresseurs pour médicaliser un questionnement que de se demander si une souffrance, une interrogation, une révolte ne sont pas le signe d'un chemi-

nement spirituel inauguré par la personne malade, d'autant plus que ce que vit le malade peut aussi faire écho à notre propre vécu de soignant. Enfin, il est un autre obstacle à la prise en compte de la dimension spirituelle : un manque d'expérience<sup>49</sup> et une relative solitude du soignant, solitude existentielle – solitude pour affronter ses propres questions – solitude par manque de repères, par manque de moyens. Comme le souligne M. de Hennezel, cette solitude se traduit parfois en peur : « La difficulté d'en parler avec les collègues, la peur de ne pas être compris, d'être jugés, parfois même ridiculisés. Tout cela les empêche d'aborder, en équipe, dans le cadre institutionnel, les questions trop intimes<sup>50</sup> ».

*Une dimension spirituelle, il est question de soigner...*

Et pourtant, devant ces quelques difficultés, nous aimerions cependant montrer que l'exercice du soin peut relever d'une réelle dimension spirituelle qui sollicite les soignants dans leur propre engagement. En effet, le soignant ne peut-il pas être considéré comme un accompagnateur spirituel, autrement dit comme une personne accompagnant une autre personne dans sa remise en marche, dans son cheminement, offrant au patient de dépasser ses seuls symptômes pour dire également ce qu'il est et vit, lui offrant de la sorte la possibilité d'un cheminement spirituel ? Il est manifeste que la réponse à cette question dépendra certainement de la conception qu'on se fait du soin : peut-il effectivement être ce lieu de présence et d'appel dont nous avons déjà parlé ? À nos yeux, cela ne sera possible, comme nous l'avons vu dans la première partie, que si les soignants considèrent le soin dans sa dimension éthique de « venir en présence ».

Être présent au malade devrait pouvoir conduire chaque soignant à une attention *interrogeante* de ce que vit le malade, en d'autres mots à entrer dans une éthique du soin. Cette dimension peut être envisagée dans plusieurs directions. Le choix qui est fait ou non de la présence serait un premier enjeu éthique : faire le choix d'une attitude attentionnée, non extérieure à ce patient avec qui je choisis d'entrer en relation. Il s'agit là d'un préalable. Le pari de laisser ouvert le questionnement éthique serait un deuxième élément constitutif : quelles sont les valeurs incontournables à prendre en considération pour rejoindre le malade comme sujet de soins, pour le rencontrer réellement dans son histoire et celle de sa maladie ? Il s'agit d'une réelle dimension éthique du soin relevant de cette capacité d'aller au-delà des apparences pour laisser vivre

L'altérité présente en toute rencontre. Enfin, il s'agirait de laisser place, au cœur d'une médecine de plus en plus objectivante, à la question de la finalité, tant pour le patient que pour le soignant. En ce qui concerne la personne soignée, poser la question de la finalité reviendrait à se demander quelles sont les conditions du soin pour qu'il soit réellement au service de sa singularité ; nous rejoignons ici tout ce qui est classiquement développé au sujet de l'appréhension de la personne souffrante dans l'ensemble de ses besoins<sup>51</sup>. En ce qui concerne la personne du soignant, poser la question de la finalité reviendrait à pouvoir s'interroger sur ce qu'il poursuit en réalisant un acte de soin, sur les valeurs qu'il cherche à y promouvoir tout en se laissant traverser par les questions inhérentes à la rencontre de la personne malade : sens de la santé et de la maladie, toutes ces questions du « pourquoi » évoquées précédemment. Tout cela reviendrait à vivre le soin en non-extériorité, sachant que ce que vit le malade me constitue, de près ou de loin, dans mon identité non seulement de soignant mais plus profondément dans mon identité d'humain : le corps, le temps, la maladie, la mort.

## Conclusions

Ces quelques éléments, même s'ils restent de l'ordre de l'ébauche, nous indiquent assez aisément qu'il existe bien une dimension éthique de la spiritualité du soin : elle ne se donne pas automatiquement mais se donne à reconnaître moyennant l'engagement du soignant au cœur d'une relation de soin, dans la reconnaissance de la richesse du corps soigné. Cet engagement peut tout d'abord se traduire par une exigence de présence, mais plus profondément encore par une rencontre où l'attente existentielle de la personne soignée convie le soignant non seulement à répondre « présent » mais aussi à se laisser traverser par une dimension du cheminement d'autrui : « Ce ne sont pas tant des réponses que cherche l'homme confronté à l'imminence de sa mort (*ou tout simplement à la maladie*) qu'une proximité humaine qui l'aide à s'ouvrir à ce qui le transcende, au mystère de son existence, à l'amour qui relie entre eux les humains. « Le "besoin spirituel" de tout humain n'est-il pas de se sentir jusqu'au bout capable d'aimer et d'être aimé ? N'est-il pas d'éprouver au cœur de lui-même ce sens auquel il aspire<sup>52</sup> ? » Reconnu de la sorte, le soignant devient peut-être le « passeur », celui qui accompagne le passage d'une personne par sa

maladie avec ce qu'elle peut permettre éventuellement comme cheminement, comme croissance parfois.

Cet engagement du soignant rend nécessaire une certaine « croyance<sup>53</sup> » en la capacité de la personne malade à cheminer, à faire de cette étape de la maladie une réalité qu'elle pourra faire sienne, qu'elle pourra assumer fût-ce au prix d'une transformation au départ imposée ; et cette confiance en l'autre relève elle aussi de l'éthique. En effet, cet engagement du soignant nous indique que la dimension spirituelle de la relation de soin trouve davantage son enracinement dans une *philosophie du soin* que dans une spiritualité qu'on pourrait cerner comme un domaine à part qu'il s'agirait de pouvoir circonscrire pour devenir également objet de soins. Nous touchons ici une réalité importante si nous ne voulons pas faire de l'attention à la dimension spirituelle un surcroît de responsabilité : elle ne doit pas être considérée comme un surplus, une réalité extérieure. Comme nous l'avons vu, il ne s'agit aucunement d'une surcharge de travail, de faire appel à un domaine sortant de la compétence soignante mais tout simplement de requérir une attention, celle d'un humain rencontrant une autre personne humaine, habitée tout comme lui de valeurs, d'une histoire et de questions.

Pour conclure ce parcours, serait-il possible de donner une définition de la spiritualité qui soit en cohérence avec les enjeux développés ? Sans vouloir imposer une vision particulière des choses, une approche proposée lorsque fut abordée la question éthique comme voie spirituelle séculière semble garder ici sa pertinence. La vie spirituelle pourrait se définir comme « une capacité de devenir soi-même en vérité tout en laissant vivre cette altérité intérieure qui nous constitue<sup>54</sup> », cette définition restant à nos yeux opératoire pour tracer une dimension spirituelle du soin tant dans l'esprit de la personne soignée que dans celui du soignant. Tout d'abord, il est ici question de capacité, comme s'il existait à la source un nécessaire désir de se donner les moyens, une volonté de « devenir » impliquant une dimension de cheminement. En effet, devenir soi-même – la finalité de toute démarche spirituelle – ne se fait pas sans un effort de lucidité à propos de ce que l'on vit, sans une recherche d'autonomie, autrement dit sans une volonté de devenir sujet. Ce processus, un patient atteint par la crise de la maladie pourra accepter de le vivre tout comme le soignant ayant à prendre en charge le corps souffrant, corps habité qui le renvoie à son propre

devenir, à son propre questionnement. Pour consentir à ce cheminement, il existe, nous semble-t-il, une condition incontournable tant pour le malade que pour le soignant : il s'agit de laisser vivre l'altérité qui nous constitue au plus profond de nous-mêmes. Cette altérité peut prendre des visages multiples, et il est essentiel de lui conférer toute liberté de nomination, même si, dans ses différentes formes, elle repose sur un lieu commun : une occasion de grandir comme homme ou comme femme en se connaissant davantage, en laissant se déployer ces occasions qui me confrontent avec moi-même et me sortent de mes seuls horizons. Pour prendre quelques exemples, on peut penser à cet autre de soi-même<sup>55</sup> ; à l'altérité de la vie, des événements, des situations nouvelles, à l'altérité constituée par toutes les différences de pensée, de culture, d'intérêts, de valeurs. Si on se rapproche davantage de données bibliques, on pourra envisager l'altérité du monde, du visage de l'autre<sup>56</sup>, de la création, et, pour le croyant, l'altérité qu'est Dieu, sa Parole comme Bonne Nouvelle. Cependant, quelles que soient cette altérité et la forme qu'elle peut prendre, elle implique toujours une notion de mise en route pour être acceptée, une dimension de chemin pour la laisser vivre dans ce que nous avons de plus profond, donc de plus vrai. Certes, vivre ce cheminement reste de l'ordre du défi, mais c'est bien ce dernier qui donnera à la relation de soin toute sa profondeur, au malade de vivre sa maladie non comme une intruse mais bien comme une occasion possible de transformation positive, et au soignant une invitation à exercer le soin dans toute l'exigence éthique d'une relation porteuse d'humanité.

## Références

1. On pourra se reporter par exemple, à M. de Hennezel, *La mort intime*, Paris, Robert Laffont, 1995, 231 p. - E. Kübler-Ross, *La mort est une question vitale*, Paris, Albin Michel, 1996, 236 p.
2. Projet de l'équipe d'aumônerie du CHU d'Angers cité par G. Rimbaut, « Évolution du mot spirituel et émergence d'une nouvelle articulation spirituel-religieux dans les aumôneries d'hôpitaux », dans *Revue d'éthique et de théologie morale*, Le Supplément, n° 222, septembre 2002, p. 104.
3. Cette question a déjà été envisagée dans le sens inverse : en quoi l'expérience éthique pourrait-elle être considérée comme une expérience spirituelle ? D. Jacquemin, *La bioéthique et la question de Dieu. Une voie séculière d'intériorité et de spiritualité*, coll. Interpellations, n° 9, Montréal, Médiaspaul, 1996, 187 p.



4. Au-delà de la seule question envisagée, celle de la spiritualité, cette réhabilitation du corps est d'autant plus urgente devant le malaise éprouvé par bon nombre de soignants confrontés à « ces corps qui durent », ces personnes en fin de vie dont l'existence s'étend au-delà de toute raison, rendant problématique, en ce qui concerne la pratique, l'émergence d'une signification encore possible à ces situations lourdes de soins. Ce sont tous ces états où la tentation de « faire quelque chose » s'impose comme seule possibilité de mettre un terme à ce temps qui dure trop.
5. Michèle Put, *Le soin et la présence*, conférence du 4 avril 1995, Centre de bio-éthique, Lyon, p. 2.
6. On pourrait, par exemple, se reporter à l'agressivité d'un malade à l'égard d'un soignant, et qui ne serait finalement qu'une révolte éprouvée par le fait même de sa maladie. Ce thème a largement été développé par E. Kubler-Ross, *Les derniers instants de la vie*, Genève, Labor et Fides, 1975, p. 59-90.
7. M. Put, *op.cit.*, p. 2.
8. M. Put, *op. cit.*, p. 3.
9. « Or, je crois fondamentalement qu'une seule découverte peut nous sauver de l'épuisement généré par la routine, une découverte face à laquelle nous resituer sans cesse puisqu'il s'agit de comprendre le soin comme l'occasion, la chance d'une rencontre pour laquelle nous sommes attendus, un soin où il s'agit de venir en présence ; un autre que nous-mêmes est là qui nous attend, compte sur nous, nous donne sa confiance. » dans M. Put, *op. cit.*, p. 5.
10. « Je choisis d'être présent parce que l'autre est là, me précède, me sollicite et je perçois un appel. Nous ne nous rendons pas présents face au vide mais face à un semblable dont nous croyons qu'il nous fait signe, nous requiert. » dans M. Put, *op. cit.*, p. 7.
11. « Mais peut-être ne faut-il pas confondre religion et spiritualité. L'esprit appartient à tous, il dépasse tout culte, toute foi, tout dogme. Il est cette part de liberté et d'exigence au cœur de chacun, que toute croyance suppose peut-être mais qu'aucune ne contient. » D. Desmichelle, « Religieux et spiritualité », dans *Jalmalv*, n° 59, décembre 1999, p. 12.
12. D. Jacquemin, *Bioéthique, médecine et souffrance : jalons pour une théologie de l'échec*, coll. Interpellations n° 13, Québec, Médiaspaul, 2002, 157 p.
13. « ... il y a les questions spirituelles qui se posent à moi du fait que je suis malade, et il y a celles qui se posent à moi toujours et en toutes circonstances, mais que je ne parviens pas d'ordinaire à éluder tant la menace de mort ne vient pas les rendre plus pressantes » dans *Collectif*, « Mort, éthique, spiritualité », Paris, L'Esprit du Temps, 1997, p. 180.
14. B. Cadoré, *Le spirituel à l'hôpital, effet placebo ?* Unité d'éthique biomédicale. Les midis de la bioéthique (13.12.96), Louvain, *pro manuscripto* CEM., p. 3.
15. « It represents a critique of scientific reductionism; in health care, discourses of spirituality bring back the human, the personal and the emotional into an area otherwise dominated by medical and financial rationality ». T. Walter, « Spirituality in palliative care : opportunity or burden », in *Palliative Medicine*, n° 16, p. 135.
16. H. Dom, « Douleurs, besoins et soins spirituels : les reconnaître et y répondre », dans *European Journal of Palliative Care*, 1999, 6 (3), p. 87.

17. « Le concept insaisissable de *soins spirituels* pour les spécialistes en soins palliatifs envisage la façon dont les personnes non malades réagissent face à celles qui ont des difficultés à donner un sens à leurs souffrances. » A. Hopper, « Répondre aux besoins spirituels des malades grâce à une pratique globale », dans *European Journal of Palliative Care*, 2000, 7 (2), p. 60.
18. « Spiritual care affirms the value of each and every individual. It acknowledges the place of cultural traditions and personal relationships. It is based on empathy and non-judgemental love, affirming the worth of each person in the eyes of God. It responds to religious and non-religious spiritual needs by meeting both the requirements of faith and the humanistic desire for another person to *be there*, to listen, and to love ». MC. Wright, « The essence of spiritual care », in *Palliative Medicine* 2002, n° 16, p. 127-128.
19. H. Dom, *op. cit.*, p. 88.
20. « Les soignants doivent réaliser leur propre niveau spirituel, apprendre à communiquer tout en étant capables d'inspirer confiance, donner de l'espoir et agir comme catalyseur pour les patients afin de les aider à répondre à leurs besoins ». H. Dom, *op.cit.*, p. 90.
21. D. Edossery S.K. Kuttierath, « La spiritualité au sens laïque », dans *European Journal of Palliative Care*, 1998 ; 5 (5), p. 166.
22. « Sloan *et al.* have questioned on ethical grounds the offering of religious care such as prayer, suggesting it might constitute an invasion of patients' privacy, though Small argues that contemporary spiritual care is less controlling than old style religion and may even be emancipatory », T. Walter, *op. cit.*, p. 134.
23. J.-F. Malherbe, *Pour une éthique de la médecine*, Namur, Ciaco, 1990, p. 79-86.
24. M. Cavey, « Place du bénévole dans l'accompagnement spirituel », dans Collectif, *Mort, éthique, spiritualité*, Paris, l'Esprit du Temps, 1997, p. 176-177.
25. F. Rachat, *La crise de guérison. L'accompagnement des personnes souffrantes*, Paris, Centurion, 1992, p. 19-20.
26. Mallet, D., Herbaut A., Soyez S., Delerue M., Cherkroud H., Jacquemin D., « Société, médecine et souffrance des soignants », in *La Presse Médicale* 2002, n° 31, p. 1206-1210.
27. F. Rachat, *op. cit.*, p. 34.
28. « Une condition à cela : qu'il ne soit pas lui-même un être *haletant* mais qu'il respire un temps large. Ce n'est pas une question d'agenda plus ou moins chargé mais d'attitude. Se rendre au chevet d'un malade c'est une façon de lui dire, pour reprendre l'expression du guide Michelin, qu'il *vaut le détour* ; encore faut-il que le visiteur prenne le temps d'arrêter sa voiture. » A. Fol, « Un regard de patient sur l'aumônerie en milieu hospitalier », dans *Aumônerie des Hôpitaux*, n° 160, octobre 1998, p. 38.
29. « Ce passage par une crise implique durée et risque : il faut du temps pour guérir, on ne peut pas faire l'économie de la durée ; de même il faut oser courir un risque de mort, dont on ne peut faire l'économie car il est chance de vie. », dans F. Rachat, *op. cit.*, p. 36.
30. Jeanne Brou, « L'écoute de la vie spirituelle du malade », dans *Aumônerie des Hôpitaux*, n° 152, octobre 1996, p. 28.

31. M. Demaison, *Le corps et son autre*, Centre de bio-éthique de Lyon, conférence des 22 octobre et 19 novembre 1996, p. 2.
32. M. Demaison, *op. cit.*, p. 20.
33. Sans vouloir être ici hors propos, la réalité du corps dans la rencontre sexuelle dit bien aussi toute cette problématique du corps habité qui est message à l'autre et pour l'autre.
34. Pour plus de réflexion à ce sujet, on pourra se référer au « Corps tridimensionnel » dans J.-F. Malherbe, *Pour une éthique de la médecine*, LILN, Ciaco, 1990, p. 47-57.
35. J.-F. Malherbe, *op. cit.*, LILN, p. 47.
36. R. Descartes, *Méditations*, II. A.T. IX.
37. A. Vergote, « Le corps. Pensée contemporaine et catégorie biblique », dans *Revue Théologique de Louvain*, 1979, fasc. 2, p. 166.
38. A. Vergote, *op. cit.*, p. 167.
39. « La complexité du corps psychique tient précisément à l'imbrication entre deux ordres : celui de la vie et celui du langage, imbrication qui n'est pas compénétration harmonieuse, comme en rêvent maints philosophes, tels Merleau-Ponty, mais qui est tensionnelle, voire conflictuelle ; imbrication qui, cependant, ne permet pas de découper les pôles conflictuels entre, d'une part, le corps, et d'autre part, le sujet : le moi, la volonté ou de quelque nom qu'on appelle le pôle plus *spirituel*. », dans A. Vergote, *op. cit.*, p. 171.
40. Cl. Bruaire, *Philosophie du corps*, Paris, seuil, 1968, p. 233.
41. « Le corps ne nous est pas seulement plus proche que le reste du monde et plus familier, il ne commande pas seulement notre vie psychologique, notre humeur et notre activité. Au-delà de ces constatations banales, il y a le sentiment d'identité. Ne nous affirmons-nous pas dans cette chaleur unique de notre corps bien avant l'épanouissement du Moi qui prétendra s'en distinguer ? Ne résistent-ils pas à toute épreuve, ces lieux que, bien avant l'éclosion de l'intelligence, le sang établit ? Dans une dangereuse entreprise sportive, dans un exercice risqué où les gestes atteignent une perfection presque abstraite sous le souffle de la mort, tout dualisme entre le moi et le corps doit disparaître. Et dans l'impasse de la douleur physique, le malade n'éprouve-t-il pas la simplicité indivisible de son être quand il se retourne sur son lit de souffrance pour trouver la position de paix ? », E. Lévinas, *Les imprévus de l'histoire*, Paris, Livre de Poche (Biblio. essais n° 4296), p. 28.
42. E. Lévinas, *Les imprévus de l'histoire*, Paris, Livre de Poche (Biblio. essais n° 4296), p. 30.
43. « Cette épaisseur, lieu du vivre incarné, n'est pensable dans l'expérience que s'il y a, en quelque sorte, dans le corps, quelque chose qui excède le corps, qui tend à s'en échapper, et par rapport à quoi le corps paraîtra toujours plus ou moins limité, d'une manière ou d'une autre. Et c'est dans cet excès, précisément, que viennent se loger les questions métaphysiques dont nous parlions il y a un instant. », dans M. Richir, *Le corps. Essai sur l'intériorité*, coll. Optiques philosophie, n° 202, Paris, Hatier, 1993, p. 7.
44. M. Richir, *op. cit.*, p. 72

45. « Notre corps comme corps souffrant, rebelle et mortel, a toujours été, et sera toujours lié à la cruelle énigme de la mort, dont nous savons qu'elle n'est jamais que provisoirement, le temps que cela vaut, un problème à résoudre. Et nous savons tous depuis toujours que ce corps, opaque à notre vivre, finira par nous engoulir tels que nous sommes ou croyons être en tant que vivants – et la survivance comme ombre, fantôme ou psyché a toujours été, n'en doutons pas, le condensé d'une question. », dans M. Richir, *op. cit.*, p. 74-75.
46. J.-C. Gérard, « Sens du soin, soin du sens », dans *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, n° 23, 3<sup>e</sup> trimestre, 1997, p. 7 : « Le soin et ses pratiques deviennent alors un champ d'exploration privilégié : dans quelle mesure saura-t-on contribuer à y défendre, protéger, respecter les corps – sans pour autant les contraindre à n'être pas davantage que ce que ces *images réduites* affirment d'eux ? Qu'est-ce qu'être l'objet de soins attentifs ? »
47. J.-C. Gérard, *op. cit.*, p. 10.
48. M. de Hennezel, J.-Y. Leloup, *L'art de mourir*, Paris, Robert Laffont, 1997, p. 21.
49. « Souvent, les soignants préfèrent ne pas aborder le problème plutôt que de s'y risquer, probablement par peur d'être maladroit, par pudeur ou par manque de référence. », dans *Collectif*, « De la difficulté de répondre aux besoins spirituels des patients. À propos d'une expérience pilote en soins palliatifs », dans *Info Kara*, n° 49, 1/1998, p. 29.
50. M. de Hennezel, *op. cit.*, p. 20-21.
51. V. Henderson, *Principes fondamentaux des soins infirmiers*, Conseil international des infirmières, Genève, 1969, p. 14-15.
52. M. de Hennezel, *op. cit.*, p. 18.
53. Cette intuition pourrait être développée par des éléments mis en évidence par E. Hirsch : « L'œuvre de santé exprime à sa façon et dans les actes, ce sentiment spirituel et moral qui anime le gardien de son frère. Commentant le commandement *tu ne tueras pas*, Emmanuel Lévinas nous permet de comprendre que ne pas tuer nous engage à tout faire pour que l'autre puisse vivre. Œuvre de santé, je le disais précédemment, comme œuvre de vie. », dans *Faire œuvre de santé*, REPSA n° 354, 1996/2, p. 110.
54. D. Jacquemin, *op. cit.*, p. 15.
55. Je pense particulièrement à toutes ces zones d'étrangeté qui font de nous ce que nous sommes, étrangeté au sens où nous ne reconnaissons pas ces dimensions d'une manière spontanée : toutes les redevabilités de la naissance, certaines dimensions affectives, l'inconscient, des traits de caractères issus de notre propre histoire, etc.
56. « Le visage est signification, et signification sans contexte. Je veux dire qu'autrui, dans la rectitude de son visage, n'est pas un personnage dans un contexte... En ce sens, on peut dire que le visage n'est pas "vu". Il est ce qui ne peut devenir un contenu que votre pensée embrasserait ; il est incontentable, il vous mène au-delà. C'est en cela que la signification du visage le fait sortir de l'être en tant que corrélatif d'un savoir... Mais la relation au visage est d'emblée éthique. Le visage est ce qu'on ne peut tuer, ou du moins ce dont le sens consiste à dire : *Tu ne tueras point.* », E. Lévinas, *Éthique et Infini*, Paris, Fayard, 1982, p. 90-91.

## Bibliographie consultée

- Brou, J. « L'écoute de la vie spirituelle du malade », dans *Aumônerie des Hôpitaux*, n° 152, oct. 1996, p. 28-35.
- Bruaire, Cl. *Philosophie du corps*, Paris, Seuil, 1968, 267 p.
- Cadoré, B. « Le spirituel à l'hôpital, effet placebo ? », Unité d'éthique biomédicale. *Les midis de la bioéthique*, Woluwé, 16.12.96, *pro manuscripto*, CEM.
- Collectif (dir. Montheil, M.), *Mort, éthique, spiritualité*, Paris, L'Esprit du Temps, 1997, 329 p.
- Collectif, « De la difficulté de répondre aux besoins spirituels des patients. À propos d'une expérience pilote en soins palliatifs », dans *Info Kara*, n° 49, 1/1998, p. 27-34.
- Dauil, F. « La dimension spirituelle comme lieu d'unité du sujet », dans *Bulletin de l'Institut Catholique de Lyon*, avril-juin 1985, n° 205, p. 43-55.
- de Hennezel, M. & J.-Y. Leloup. *L'art de mourir*, Paris, Robert Laffont, 1997, 219 p.
- Demaison, M. « Le corps et son autre », conférence des 22 octobre et 19 novembre 1992, Centre de bio-éthique de Lyon, *pro manuscripto* CEM.
- Desmichelle, D. « Religieux et spiritualité », dans *Jalmalv*, n° 59, décembre 1999, p. 11-14.
- Dom, H. « Douleur, besoins et soins spirituels : les reconnaître et y répondre », dans *European Journal of Palliative Care*, 1999, 6 (3), p. 86-90.
- Edassery, D. & S.K. Kuttierah. « La spiritualité au sens laïque », dans *European Journal of Palliative Care*, 1998, 5 (5), p. 165-167.
- Fol, A. « Un regard de patient sur l'aumônerie en milieu hospitalier », dans *Aumônerie des Hôpitaux*, n° 160, octobre 1998, p. 37-40.
- Gérard, J.-C. « Sens du soin, soin du sens », dans *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, n° 23, 3<sup>e</sup> trimestre, 1997, p. 6-11.
- Hardwig, J. « Spiritual Issues at the End of Life : A Call for Discussion », dans *Hastings Center Report*, 30, n° 2, 2000, p. 28-30.
- Hirsch, E. « Faire œuvre de santé », dans *REPSA*, n° 354, 1996/2, p. 100-112.
- Hopper, A. « Répondre aux soins spirituels des malades grâce à une pratique globale », dans *European Journal of Palliative Care*, 2000, 7 (2), p. 60-65.
- Jacquemin, D. *La bioéthique et la question de Dieu. Une voix séculière d'intériorité et de spiritualité*, coll. Interpellations n° 9, Québec, Mediaspaul, 1996, 187 p.
- Jacquemin, D. *Bioéthique, médecine et souffrance : jalons pour une théologie de l'échec*, coll. Interpellations n° 16, Québec, Mediaspaul, 2002, 157 p.
- Le Breton, D. *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Quadrige/PUF, 1990, 263 p.

- Levinas, E. *Les Imprévus de l'histoire*, Paris, Livre de Poche, coll. Biblio. Essais, n° 4296, 2000, 192 p.
- Malherbe, J.-F. *Pour une éthique de la médecine*, Namur, Artel/Fides, 1990, 207 p.
- Mallet D., Herbaut A., Soyez S., Delerue M., Cherkroud H. & D. Jacquemin. « Société, médecine et souffrance des soignants », dans *La Presse Médicale* 2002, n° 31, p. 1206-1210.
- Marzano Parisoli, Maria Michela. *Penser le corps*, Paris, Cerf, 2002, 181 p.
- Matray, B. « Besoins spirituels et accompagnement », dans *Laennec*, déc. 1995, p. 18-20.
- Michel, E. « Les soins infirmiers en réponses aux besoins spirituels des personnes en fin de vie », dans *Info Kara*, n° 56, 4/1999, p. 20-25.
- Put, M. « Le soin et la présence », conférence du 4 avril 1995, Centre de Bio-éthique, Lyon, *pro manuscripto*, CEM.
- Rachat, F. *La crise de guérison. L'accompagnement des personnes souffrantes*, Paris, Centurion, 1992, 239 p.
- Richir, M. *Le corps. Essai sur l'intériorité*, Paris, Hattier, 1993, 79 p.
- Rimbaut, G. « Évolution du mot spirituel et émergence d'une nouvelle articulation spirituel-religieux dans les aumôneries d'hôpitaux », dans *Revue d'éthique et de théologie morale, Le Supplément*, n° 222, septembre 2002, p. 103-115.
- Robberechts, E. « Un corps de loi. Le corps humain comme lettre ineffaçable du nom de Dieu », dans *Cahier Esphi*, n° 36, Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix, Namur, 28 p.
- Vergote, A. « Le corps. Pensée contemporaine et catégorie biblique », dans *Revue Théologique de Louvain*, 1979, fasc. 2, 10<sup>e</sup> année, p. 161-175.
- Vimort, J. *Ensemble, face à la mort. Accompagnement spirituel*, Paris, Centurion, 1987.
- Walter, T. « Spirituality in palliative care : opportunity or burden ? », dans *Palliative Medicine* 2002, n° 16, p. 133-139.
- Wright, M.C. « The essence of spiritual care : a phenomenological enquiry », dans *Palliative Medicine*, 2002, n° 16, p. 125-132.