

Relecture d'un parcours d'enseignement et de recherche : soins palliatifs, éthique et spiritualité

Pr Dominique Jacquemin
Centre d'éthique médicale
Université catholique de Lille

Faculté de théologie
Université catholique de Louvain
dominique.jacquemin@uclouvain.be

Tout d'abord, je tiens à vous remercier très vivement de ce temps d'hommage, de partage d'une pensée – la mienne en l'occurrence –, que vous avez eu l'amitié de me consacrer depuis ce matin.

Aussi, et bien au-delà des convenances formelles, je voudrais remercier l'Université catholique de Lille pour la confiance accordée depuis 20 ans, elle qui a pu, « à travers les turbulences diverses du CEM », m'offrir un réel espace de recherche, de créativité intellectuelle, d'amitié partagée dans une institution universitaire à visage humain et à structuration familiale. Mes remerciements iront également à la Faculté de médecine et à ses doyens successifs, particulièrement les deux derniers que j'ai mieux connus, les professeurs Gérard Forzy et Patrick Hauteœur, avec lesquels j'ai pu partager une connivence, certes d'ordre différent avec l'un et l'autre, mais cependant bien réelle. Au sein de cette Faculté, je n'oublie pas non plus la personnalité marquante et attachante du Pr Didier de Broucker qui m'y a pleinement offert une place grâce à notre engagement conjoint pour les soins palliatifs et l'édition successive de quatre manuels, signes d'une compréhension évolutive de ces derniers et de leur pertinence dans les champs de la clinique et des sciences humaines en médecine. Enfin, je voudrais adresser un merci tout particulier au CEM (Centre d'Éthique Médicale), à toutes celles et ceux qui, en tant que membres de l'Institut catholique de Lille (ICL) ou comme bénévoles, ont tissé une vie d'équipe forte, d'un point de vue tant intellectuel qu'humain. Au cœur de cette équipe, il y eut des « directions », même si le terme se trouve ici peu approprié ; je parlerais plutôt de « souffles », de figures humaines, fondatrices.

Quand je suis arrivé à Lille, c'était « l'interrègne » en Sœur Marie-François Lamau et Bruno Cadoré. Elle qui vient d'être récemment promue au grade de Chevalier de la Légion d'Honneur pour les services rendus à notre Université et au Centre d'Éthique Médicale, je l'ai peu connue. C'est au sein de l'ATEM (Associa-

tions de Théologiens pour l'Étude de la Morale) que j'apprécierai son caractère affable et volontariste. Quant à Bruno Cadoré, je l'entends encore, tandis que je le reconduisais à la gare de Bruxelles suite au lancement d'une collection d'éthique aux éditions CIACO (*Catalyses*), dirigée par le Pr Jean-François Malherbe, dans laquelle venaient d'être publiées nos deux thèses – en 1994 –, me disant dans la voiture : « Et qu'est-ce que vous faites maintenant ? Ne viendriez-vous pas travailler un peu avec nous ? ». Tel l'appel des premiers disciples, la mise en route fut assez rapide, Bruno me sortant de la sorte d'une « crise de la bioéthique » dans l'université cousine de l'UCL, dont je me remettais, à l'époque, avec quelques difficultés ! Et voilà que tu as pu prendre l'amicale liberté de nous rejoindre ce jour. Quel cadeau ! Tu en connais le prix et je t'en remercie une fois de plus de tout cœur. Ce fut ensuite la gouvernance d'Armelle de Bouvet dont l'amitié me fut précieuse, éteinte trop vite sans que j'en comprenne réellement la cause ; seule blessure que j'emporterai de Lille. Enfin, mon dernier « chef », le Pr Jean-Philippe Cobbaut. Longue histoire puisque nous avons, dans nos trente ans respectifs, été assistants du Pr Malherbe au CEB (Centre d'Études Bioéthiques), partageant le même bureau, qu'à l'époque je pouvais enfumer sans culpabilité... Quelle patience tu as eue ! Mais c'est d'hier et d'aujourd'hui que je voudrais te remercier : ta profonde intelligence, jamais écrasante, a pu ouvrir de nouveaux horizons de recherche à l'équipe, ton écoute humaine – je ne parlerai pas de ton sens inné de l'organisation –, écoute se faisant amitié au fur et à mesure des années, m'ont été et me restent infiniment précieuses.

Depuis ce matin, quatre collègues, que je voudrais remercier très sincèrement pour la qualité de leur prestation – exercice de contenu et de style toujours difficile – ont proposé une relecture de ce que j'ai essayé de penser lors et grâce à mon séjour lillois. Ils ont évoqué quatre étapes de pensée que j'aimerais reprendre à mon compte, non pour parler encore de moi – c'est largement suffisant pour aujourd'hui et pour longtemps – mais pour en dégager le caractère actuel dans leur articulation.

L'importance de la problématique écologique

Cette première étape de pensée fut l'horizon de ma thèse – pour éviter, à l'époque, le terrain miné de la bioéthique, particulièrement dans les universités catholiques, suite à la publication de *Donum vitae* (1987) par la Congrégation pour la Doctrine de la Foi –, et se cantonnait alors au lien entre environnement et santé. Il me semble que les propositions réflexives du pape François dans sa récente encyclique *Laudato si'* (24 mai 2015) invitent à une appréhension plus profonde de ce souci écologique en lien tant avec la bioéthique qu'avec les soins palliatifs. Comme il le rappelle à plusieurs reprises, « tout se tient », ouvrant ainsi à la dimension contextuelle et pragmatique de la raison éthique. Il met l'accent sur le fait que les atteintes à l'environnement portent préjudice d'abord aux plus pauvres, pays comme individus. Aussi développe-t-il l'idée qu'« une vraie approche écologique devient

toujours une approche sociale », qui prend en compte « *les droits fondamentaux des plus désavantagés* ». Ses paroles sont sévères à propos de « *la consommation compulsive* » des pays riches, leur « *culture du déchet* » et leur propension à ne pas considérer les conséquences environnementales de leurs choix, mais seulement celles qui ne les remettent pas profondément en cause.

N'est-ce pas cette dimension contextuelle et une radicale critique de la « *culture du déchet* » qu'a voulu rencontrer le développement initial des soins palliatifs lorsque, critiquant radicalement la mise à l'écart des mourants, ses promoteurs en appelaient à un autre exercice du soin, à la rencontre de la personne en fin de vie – particulièrement dans la prise en charge des symptômes pénibles et de la douleur –, mais également à une réintégration de la mort comme espace de vie au cœur des représentations et pratiques sociales ? Cette visée permit, dès 1982, la genèse du CEB (Centre d'Études Bioéthiques) de l'UCL par la session « *Quand l'autre meurt...* », porteuse de cette intuition que la fin de vie devait ouvrir à un questionnement conjoint de la médecine, de la philosophie, de la psychologie et de la théologie pour mettre au jour une réflexion éthique capable de rencontrer la complexité de la question du mourir. Peu de temps après, la même intuition naissait à la Catho de Lille grâce aux réflexions initiées par Charles Lefèvre, notamment par son livre « *Maître de la vie : Naissance, Mort, Éthique* », Centurion 1987, puis par Sœur Marie-François Lamau, relayées très rapidement et dans un lien plus structurant avec la médecine par Bruno Cadore.

Les soins palliatifs

Le lien historique d'une genèse conjointe entre l'émergence d'une institutionnalisation de la bioéthique dans nos universités et l'intérêt pour les questions de fin de vie mérite d'être relevé. Traitant de cette période si particulière de la vie qu'est la venue progressive de la mort, les soins palliatifs prêtent attention à cette dimension fondamentale de toute existence, celle de la finitude constituant l'humain jusque dans sa mort. Ils restent comme un espace de vigilance pour toujours garder en mémoire la dimension vulnérable de toute vie, que ce soit au cœur de nos sociétés, de nos liens interhumains et de toute pratique soignante. En ce sens, appréhender les soins palliatifs comme objet réflexif et modalité de rencontre de l'humain s'avère en pleine connaturalité avec l'université comme espace social-réflexif au service de l'homme et de la femme d'aujourd'hui, avec le souci contemporain de l'Église de se faire proche de toutes celles et ceux de « *la périphérie* » (n°20, *Amoris laetitia*).

Cet intérêt conjoint pour la clinique de la fin de vie et de l'homme vulnérable, les dimensions pragmatiques et organisationnelles qu'elle soulève et permet, particulièrement grâce aux nouvelles technologies du numérique et de la robotique, invitent conjointement à maintenir ouverte la question transversale de fond : quel homme servir, par quel homme et dans quel monde ? Souci pleinement universitaire

tel qu'il est porté par la FIUC (Fédération internationale des universités catholiques) dans sa devise « *Savoir pour Servir* ». J'ai la conviction que l'attention aux soins palliatifs comme objet réflexif atteste clairement du « lien étroit qu'il faut établir entre, d'une part, l'acquisition et la diffusion de la connaissance et, d'autre part, l'immédiate (et même simultanée) mise en œuvre de cet acquis au service actif de l'humanité »⁵³, particulièrement, en ce qui nous concerne, les pratiques soignantes. En ce sens, si la réflexion universitaire trouve sa légitimité dans une recherche permanente, cette dernière ne contient pas en elle-même sa finalité si elle ne se fait pas conjointement service pour les étudiants et les acteurs, en d'autres mots les soignants et futurs soignants.

Pertinence de l'éthique clinique

Et sans doute, est-ce bien dans ce lien entre recherche, enseignement et service que je situerais l'importance de l'éthique clinique. Cette présence réflexive déployée au cœur du soin atteste du souci de l'humain perplexe – le soignant – dans sa recherche d'une visée du bien avec et pour l'autre humain, souffrant. Née, comme le disait admirablement Jean Ladrière, de la déstabilisation de l'éthique dans sa capacité à appréhender le corps et le temps dans une juste finalité de l'action, l'éthique clinique, telle que nous l'avons développée au CEM depuis plus de vingt-cinq ans, atteste sans cesse de cette double attention à l'humain : le soignant et la personne malade. Particulièrement en lien avec la dimension chronique et terminale de la maladie, la complexification des techniques et organisations de soin, tout comme l'accroissement des demandes « de guérison » jusqu'à l'extrême, sollicitent de plus en plus les professionnels à s'interroger, comme l'a souligné la loi Léonetti (23 avril 2005), sur la signification et la juste mesure de l'acte de soin parfois conduit à des horizons « déraisonnables ». Cette présence auprès de la réalité clinique permet au chercheur en éthique d'inscrire son questionnement et sa recherche au plus près des pratiques, pour en appréhender au mieux la complexité, et lui permet, avec et grâce aux soignants, de donner une autre profondeur à l'action. Même si ce qui advient à ces groupes d'éthique clinique en termes de modification des pratiques, voire même d'une certaine modification subjective des acteurs eux-mêmes, reste encore l'objet d'une recherche à mener, force est de reconnaître la richesse interhumaine de ces groupes, tant pour les cliniciens que les « éthiciens ». Si toute cette perplexité réflexive est à l'œuvre pour appréhender au mieux les conditions personnelles, collectives et institutionnelles de l'action et se déploie au cœur d'une démarche d'éthique clinique, c'est bien parce que l'enjeu central s'avère toujours une personne concrète à rencontrer, le malade, au cœur de la singularité de son existence, dans l'ensemble de ses attentes, besoins et désirs.

53. http://fiuc.org/fr/docs/about_ifcu/general (consulté le 28 décembre 2017).

Une évolution sensible : un lien entre éthique et spiritualité

Cette recherche d'une adéquation maximale entre le soin et la rencontre toujours institutionnalisée de la personne souffrante ouvre à une quatrième dimension que j'aimerais souligner : l'importance de la spiritualité. Il s'agit d'une autre originalité du CEM, celle d'avoir eu l'audace, au cœur de la société française et de son rapport toujours complexe avec la laïcité, de permettre une articulation réflexive entre éthique et spiritualité. Je me rappelle encore les âpres discussions au sein du comité scientifique, présidé par Guillemette Laval, préparant le congrès de Grenoble en juin 2007 où, finalement, nous avons pu convaincre le conseil d'administration de la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs) de consacrer ce congrès – qui rassembla plus de 2.500 personnes – sur le thème « *Compétence clinique et dimension spirituelle : l'Homme au cœur des soins* ». Comme le dira ensuite la présentation du congrès, l'enjeu était central : « Le thème choisi est aussi pertinent qu'ambitieux. Il va nous permettre d'approfondir des points fondamentaux de la pratique de l'accompagnement de fin de vie tel qu'il est préconisé depuis plus de 30 ans par le mouvement des soins palliatifs. »⁵⁴ Que de chemin parcouru depuis !

Voici exposées quatre thématiques de recherche qui ont, en lien avec une équipe extraordinaire, structuré 20 ans de présence à Lille. Pour terminer, j'aimerais les assumer en termes de défis à poursuivre. Ce qui fut initié garde une particulière actualité au regard des législations belge de 2002 relative à l'euthanasie et française du 13 septembre 2017, la loi Claeys-Léonetti, permettant au malade de solliciter un arrêt de traitement accompagné d'une sédation jusqu'au décès. L'une comme l'autre, ces lois attestent d'une modification sociale profonde en ce qui concerne la fin de vie. D'une expérience humaine constitutive à laquelle il importe de concéder peu à peu, la mort de l'homme contemporain est devenue, via la médiation de la médecine, l'objet d'un choix ; appréhension de la mort qui, de mon point de vue, transforme profondément non seulement les pratiques de soin mais également une anthropologie de la vie. Ces modalités nouvelles de la rencontre du lien entre vie et mort nous font entrer, bien que de manière diverse et non totalement identique d'un point de vue éthique, dans un « monde nouveau » mettant au jour trois niveaux de défis que je souhaiterais exposer brièvement. Défi 1 : Pour une compréhension renouvelée d'une pratique des soins palliatifs. Défi 2 : Pour une prise en compte de la spiritualité comme compétence professionnelle. Et, j'espère que vous me le permettrez, défi 3 : Pour le théologien, une présence renouvelée dans le monde du soin et de la médecine.

54. <http://congres.sfap.org/content/congres-2007> (consulté le 29 décembre 2017).

Un mandat renouvelé pour les soins palliatifs

En lien avec une réflexion menée avec la Fédération wallonne des soins palliatifs (FWSP)⁵⁵, j'aimerais vous partager quelques défis concernant la pratique des soins palliatifs, ces défis touchant moins les unités de soins palliatifs que la proximité de ces derniers auprès des équipes de première ligne.

Tout d'abord, il me semble que le qualificatif de « palliatif » doit être honoré à sa juste mesure et mis en perspective par rapport à la manière dont les femmes et les hommes d'aujourd'hui appréhendent la fin de vie. De mon point de vue, la nomination palliative constitue d'abord une reconnaissance d'un passage, d'une transition du curatif au palliatif. Cette notion de « passage », de « transition » est fondamentale à reconnaître et à nommer, car elle renvoie à une expérience vécue par le patient en lien avec son entourage et correspond à une dimension anthropologique. En d'autres mots, la dimension palliative renvoie à une dimension rituelle, le rite étant vu comme le passage d'un lieu à un autre lieu et d'un temps à un autre temps. En ce sens, la fonction palliative doit être en support de cette dimension « rituelle » que le patient expérimente de par son entrée en une autre modalité de prise en charge, un autre temps du soin, tant d'un point de vue physique, psychique qu'organisationnel. L'action professionnelle devient ici l'attestation d'une autre étape de vie, un rapport à l'action réorientant le soin dans une autre finalité de la notion d'efficacité.

On le comprend dès lors, les soins palliatifs doivent permettre la réintroduction de la question de la mort, comme une des spécificités de leur pratique. À cet égard, l'équipe mobile de soins palliatifs a un rôle éducatif à jouer dans la réimplantation de la mort, non pas la mort abrupte, mais les possibilités qu'on a de l'évoquer. Il s'agit de ré-entrer dans une dynamique apaisante de la nomination de la mort possible. Par elle, il s'agit de reconnaître certes que la souffrance existe – et est crainte par le patient –, qu'il importe de la soulager au mieux tout en ne négligeant jamais que, derrière cette appréhension du « souffrir », se cache souvent une autre crainte, rarement nommée, qui reste celle de la mort.

Une fois de plus, la notion de globalité reste centrale dans l'approche du patient. La globalité évoque de la rondeur et de la circulation. C'est tout naturellement qu'il est nécessaire d'évoluer vers une représentation circulaire des soins, au cœur de laquelle se trouvent et les soins curatifs et les soins palliatifs, avec une vision plus précoce de ces derniers. En effet, tant que l'objectif médical se réduit à ce que le patient ne meure pas, et que les soins palliatifs sont enfermés dans la mort, on reste dans une représentation linéaire (avec une phase descendante et, en toute fin de parcours, les soins palliatifs). Cette vision ne devrait plus être d'actualité... Une

55. <http://www.soinspalliatifs.be/>

vision plus précoce des soins palliatifs deviendra possible si les médecins sont accompagnés d'une fonction tierce qui a comme objectif de soutenir à la fois le mouvement de la vie des patients et la subjectivité de l'ensemble des professionnels. Il s'agit de les conforter dans leur optique de traiter en s'expérimentant fidèles dans leur mission de guérir, mais dans un mouvement de la vie qui évolue dans le temps.

Dans une telle optique, ce n'est plus le traitement qui est insuffisant, ce n'est plus la médecine qui est mise en échec, c'est le mouvement de la vie qui change, tant celle du patient que celle du soignant. La notion de soins « continus » peut ainsi prendre place en termes de transition moins violente, avec la coexistence des soins curatifs et palliatifs.

La spiritualité comme espace de compétence professionnelle

Ce changement de perspective dans l'attention profonde à ce qui est vécu tout autant par le patient que par le soignant, certes dans des temporalités différentes de l'existence, m'invite à ouvrir le deuxième défi, celui de la spiritualité comme composante essentielle du soin et mandat de ce dernier. Il importe de risquer le mot « spiritualité » ; c'est, de mon point de vue, un enjeu de société essentiel. Dans un livre récent, François Cheng fait ce constat, parlant de l'homme contemporain : « L'unité de son être est rompue. Il le perçoit comme un ramassis d'éléments disparates arbitrairement collés les uns aux autres, une figure fragmentée, bardée de références qui ne renvoient pas à une vraie unité personnelle. S'il ose se mettre devant un miroir, face à son image divisée, il ne sait plus où donner de la tête ni à quel saint se vouer. »⁵⁶. C'est, me semble-t-il, le défi auquel nous sommes aujourd'hui appelés, particulièrement via la réflexion éthique, en s'efforçant d'ouvrir le processus rationnel à toute l'ampleur où s'inscrit l'interrogation perplexe relative au sens de l'action et à la finalité du soin.

En ce moment où, nous l'avons dit, nos contemporains sont enclins à vouloir construire leur propre mort, peut-être faut-il les accompagner dans la nomination profonde, existentielle, voire religieuse, de ce qui sous-tend leurs propres attentes, eux qui, comme nous bien souvent, manquent de mots pour signifier, à eux-mêmes mais également à leurs proches, ce dont il est effectivement question dans leur décision. Et là, comme le souligne le docteur Marc Desmet traitant plus particulièrement de l'euthanasie – mais l'enjeu est bien plus large que cette seule thématique –, il s'agit d'un réel enjeu professionnel : « En effet, les raisons décisives pour les demandes d'euthanasie se situent souvent au niveau psycho-socio-spirituel : le malade se sent un poids, souffre d'une dépendance intolérable, éprouve de l'indignité, fait l'expérience d'un non-sens, manque de perspective, est mentalement

56. François CHENG, *De l'âme*, Éd. Albin Michel, Paris, 2017, p. 13.

épuisé par les longues années de traitements, etc. Le bon soin et l'accompagnement des demandes d'euthanasie exigent donc de la formation en soins psychosociaux et surtout spirituels. »⁵⁷

C'est, entre autres, cette dimension de formation des professionnels que nous voulons rencontrer à travers le réseau RESSPIR (Réseau Soins, Santé, Spiritualités)⁵⁸, que nous venons d'initier en lien avec plusieurs universités : Lille, Louvain, Lausanne, Laval, Munich, Kinshasa et Beyrouth. De nos jours, le développement du « spirituel » renvoie à une mutation culturelle ayant fait passer, en certains pays, l'accompagnement religieux des malades à un accompagnement spirituel, posant la question des mandats, de la professionnalisation, des compétences nécessaires à acquérir. C'est dans ce contexte que nous voulons « décrypter » des spiritualités à l'œuvre, ouvrant à la question du sens et à la finalité des pratiques professionnelles et d'accompagnement, quelle que soit d'ailleurs la nomination du terme spirituel en tant que tel.

Cet intérêt contemporain pour le spirituel et le développement du *Spiritual Care* sont des dimensions essentielles que le Réseau souhaite soutenir en termes de formation et de recherche, poursuivant de la sorte un double objectif. Le Réseau RESSPIR désire 1. promouvoir au sein de nos sociétés et cultures : la compréhension, la reconnaissance et l'intégration de la spiritualité dans les milieux de la santé en lien et en tension avec les traditions religieuses ; 2. contribuer au développement de l'interdisciplinarité permettant d'être davantage sujet de sa propre histoire dans son lien à soi, à l'autre et à l'institution.

Quel mandat pour la théologie ?

Si vous me le permettez, j'aimerais terminer par un dernier défi, d'ordre plus personnel mais néanmoins non dénué d'intérêt : dans toutes ces questions qui nous occupent, existe-t-il un mandat pour la théologie ? Et pour quelle théologie ? Cette question trouve à mes yeux une double légitimité à être posée en ce lieu. Tout d'abord, ce que j'essaie de faire aujourd'hui comme théologien ne serait pas possible sans tout ce que m'a apporté l'expérience clinique et de recherche lilloise depuis 20 ans. De plus, ce type d'interrogation garde sa place, me semble-t-il, dans une université catholique.

Évidemment, postuler une place possible pour la théologie dans ce qu'est aujourd'hui la réflexion éthique invite à un autre type d'interrogation : de quelle rationalité peut – doit ? – être porteuse la théologie pour contribuer aux débats contemporains ?

57. Marc DESMET, *L'euthanasie en Belgique : évolutions, solidarités, défis multiples*, Fribourg, 3 novembre 2014, *pro manuscripto*, p. 14.

58. <http://resspir.org/>

Lorsqu'on se demande, au cœur du débat éthique, de quelle théologie et de quelle place possible du théologien il est question, deux rôles peuvent être identifiés : « Soit on attend du théologien une parole de conviction, reçue comme marquée de sa « particularité », soit on lui demandera de jouer le rôle de l'éthicien, dont la rationalité est invitée à prendre distance par rapport à son fondement propre pour se développer dans la neutralité. » Par rapport à ce qui relèverait d'un choix entre les deux options, je ferais volontiers le choix d'une posture d'entre-deux : si le théologien se doit de nos jours de « jouer le rôle de l'éthicien »⁵⁹, il se doit en même temps de rester inscrit dans sa propre tradition et rester dans une dynamique expérimentée comme confessante, même si cette dernière ne se donne pas comme explicite. C'est une position difficile dont j'aimerais rendre compte ici : être pleinement dans le registre de la réflexion-discussion éthique tout en restant, en termes d'expérience personnelle, pleinement enraciné dans son humus de foi. Cette position, comme le soulignait déjà Bruno Cadore voici plus de quinze ans, le théologien se doit de la tenir au cœur de quatre tensions : le souci d'assumer le questionnement de la biomédecine en un *humanisme séculier*, dans l'exigence d'une *réflexion interdisciplinaire*, avec la nécessité de faire place au *pluralisme* des sociétés contemporaines (j'ajouterais également en prenant acte d'un identique pluralisme au cœur des traditions religieuses particulières), et en prenant acte d'une indispensable *critique* de toute position normative d'autorité. Conjointement, il me semble qu'il importe de prendre résolument acte de *la place de plus en plus restreinte* qu'occupe, parmi l'ensemble des religions et au cœur de la réalité sociale, le christianisme dans les pays occidentaux.

Dans ce contexte particulier, la théologie chrétienne est porteuse d'un champ réflexif et de représentation dont l'objet a toute sa pertinence dans la réflexion bioéthique contemporaine : une importance conférée au corps et au temps, une compréhension de la santé – fût-elle traduite en termes de salut – et de ce que comporte la guérison comme approche globale du sujet fragilisé par sa propre vie. Cet arrière-fond théologique est, de mon point de vue, à même de questionner, au cœur du débat séculier, la réalité humaine et les pratiques soignantes d'un double point de vue, anthropologique et métaphysique : « anthropologique, concernant le statut de la personne humaine, tant dans sa dignité que concernant le statut de sa constitution dans l'action ; métaphysique, en particulier concernant le sens de son devenir. »⁶⁰ Dans cette optique, la fonction du théologien serait, au cœur du débat éthique, d'être à même de questionner les différentes rationalités à l'œuvre dans la discussion

59. Bruno CADORÉ, « Le théologien entre bioéthique et théologie : la théologie comme méthode », dans *Revue des Sciences Religieuses*, 74 (2000), p. 114.

60. *Ibidem*, p. 116.

et d'insister sur le caractère non-absolu, non totalitaire (eschatologique) de la raison, surtout lorsque cette dernière aurait tendance à s'enfermer en un seul paradigme, celui de la technique, de la science, de la nécessaire réduction objectivante, voire d'un discours religieux qui souhaiterait avoir le point de vue ultime sur une situation particulière considérée dans le débat pluridisciplinaire. En ce sens, le rôle du théologien n'est pas d'abord celui de la transmission des convictions mais bien celui, au nom de ses convictions, de sa vision du monde et de l'homme, de rendre service à l'exercice de la raison commune en honorant la complexité, parfois l'énigme du sujet souffrant, et en ouvrant à une rationalité large permettant de prendre en compte le niveau existentiel – celui de l'incarnation – et spirituel.

En d'autres mots, je suis convaincu de la place contributive de la théologie – il en est de même de la réflexion philosophique aux présupposés différents – dans le débat bioéthique ; il importe cependant que le théologien prenne acte de la difficulté d'expression de sa propre rationalité : « Or, on le sait, le théologien est souvent invité aujourd'hui à prendre part au débat bioéthique comme témoin d'un tel groupe de référence et son défi est, sans se dérober au fait que la raison théologique se développe sur l'appui d'une conviction de foi, de rendre intelligible cette conviction de sorte que ses axes principaux puissent être partagés rationnellement dans l'argumentation de la discussion publique. »⁶¹

Lorsque je considère la relecture d'un parcours, ce sont manifestement des personnes, des événements saisis, la disponibilité d'institutions universitaires qui vous structurent. C'est toujours par de l'autre qu'on advient à soi et, si j'ai pu élaborer une pensée, c'est à bien des visages concrets – maîtres, amis, patients et professionnels rencontrés – que je le dois ! En ce jour, qu'ils soient toutes et tous remerciés, et vous les premiers.

61. *Ibidem*, p. 117.