

Rev. Dr Jonathan H. PYE (GB)

29/08/2013

(Traduction : Caroline BOWKLEY)

(Texte traduit relu par Philippe Lernould et Claude Robin)

Les patients en tant que personnes : problèmes éthiques et théologiques face à la maladie et au handicap

Introduction

Au milieu des années 70, le théologien Américain Stanley Hauerwas, spécialiste des questions d'éthique, écrivit un article prophétique pour le journal *Connecticut Medicine*, article curieusement intitulé : " *Un Patient Doit-Il Etre Une Personne Pour Etre Un Patient ? Ou, Mon oncle Charlie N'est Pas Vraiment Une Personne, Mais Il Est Tout De Même Mon Oncle Charlie.* " Hauerwas explore, dans son article, l'importance de "l'état de personne" (*'personhood'*) ou du statut de "personne" comme un concept-clé dans le champ alors nouveau, quoique grandissant, de l'éthique médicale.

Dans son article, Hauerwas distingue une nuance *protectrice* du mot "personne", telle qu'elle se trouve dans l'œuvre de Paul Ramsey, où la "personne" a pour fonction de protéger contre la tentation d'exploiter un patient, en particulier en médecine expérimentale, pour le bien des autres ou de la société, d'une nuance *permissive*, qui permet d'esquiver quelques-unes des questions morales importantes de la médecine contemporaine. Comme le dit Hauerwas : " *...Si nous pouvons dire avec certitude que X, Y ou Z n'est pas une personne, alors notre responsabilité n'est pas la même qu'envers ceux qui portent cet auguste titre* "¹.

Les trois domaines dans lesquels il considère que le mot de "personne" est employé de façon permissive, particulièrement fréquemment pendant le dernier quart du XXème siècle, sont *l'avortement, l'interruption des soins pour les malades en phase terminale et les questions liées à la limitation des soins aux nouveau-nés déficients (sic) ou malformés.*

¹ Ibid., p. 388.

Depuis la publication de l'article de Hauerwas, les questions entourant ces trois domaines du discours éthique et médical se sont multipliées, puisque les avancées de la technologie médicale ont posé de nouvelles énigmes, de plus en plus complexes, aux cliniciens comme aux éthiciens et théologiens, et ce, surtout dans les sociétés où nous voyons une exclusion progressive des soins des plus défavorisés, y compris les pauvres ou les handicapés, et, en particulier, de ceux qui souffrent de difficultés d'apprentissage, difficultés potentiellement sérieuses et profondes.

Dès lors, dans cet exposé, je voudrais dresser le tableau de quelques-uns des développements qui ont surgi depuis les problèmes mis au jour par Hauerwas, à la lumière des progrès actuels de la médecine, de l'éthique médicale et de l'anthropologie théologique ; et suggérer qu'une théologie cohérente de "l'état de personne", pour laquelle plaide Hauerwas dans le titre de son article (et que Paul Tournier avait été le premier à exposer au début des années 40), peut offrir ce que je décris comme des "poteaux indicateurs" théologiques dans le labyrinthe médico-éthique.

Personnes :

Dans le champ de l'éthique médicale contemporaine, on parle beaucoup des "personnes" - leur autonomie (confidentialité, consentement éclairé, etc), nos attitudes envers ces personnes (sujets de recherches, sujets/objets de soins - à la fois dans le sens positif qui nous veut agir "pour le bien" du patient, mais aussi en termes de ne pas "nuire" à ceux dont nous nous occupons), les questions de justice (individuelle ou distributive). Mais, il y a aussi beaucoup de désaccord sur ce *qui* constitue, ou ce *que* constitue, une "personne". Qu'est-ce qui constitue une personne ? Où commence et où finit "l'état de personne" (*'personhood'*) ? (Et existe-t-il alors des humains dénués de cet état de "personne", comme le disent les philosophes Peter Singer or Helga Kuhse) ; ou bien, à quel moment une personne commence-t-elle, ou finit-elle, à avoir une importance sur le plan moral ? L'état de "personne" est-il un phénomène biologique (c'est-à-dire, quel lien y-a-t-il entre l'identité, la personne et le "corps") ou se construit-il autrement ? Ce sont-là des questions importantes – et de plus en plus pertinentes – surtout à la lumière de la hausse exponentielle de ces pathologies chroniques comme la sénilité, associées à une durée de vie prolongée. Sans faire face à ces questions, nous ne pouvons avoir aucune ligne directrice quant au devoir moral du "respect de la personne" sur lequel l'œuvre de Tournier repose tant, et qui nourrit l'essentiel du débat contemporain en éthique et en pratique médicales, et bien-entendu, en droit médical. Si vous n'arrivez pas à définir qui, ou ce qu'est, une personne, non seulement vous invalidez le concept du "respect" de la personne, mais vous autorisez un changement des règles du jeu, à votre gré.

Dès lors, dans ce qui suit, je m'efforcerai de démontrer combien cet "état" de personne reste un concept-clé dans une éthique médicale qui donne priorité au bénéficiaire de la technologie médicale, plutôt qu'à la technologie elle-même, dont l'utilisation peut traduire un "machisme" médical plus qu'un devoir de soin envers le patient. Je suggérerai aussi que toute définition de "l'état de personne" (*'personhood'*) ou du statut de personne qui repose seulement sur des critères biologiques (tels que la conscience ou le fonctionnement du néo-cortex) sera toujours insuffisante. J'avancerai plutôt qu'une réévaluation de cet "état de personne", telle qu'elle est employée dans le discours théologique pour souligner à la fois la différence et la similitude par rapport à autrui, nous offre un modèle plus constructif, car il voit cet état de personne sous un angle relationnel, plutôt que biologique. Le modèle offre donc à l'éthique, ainsi qu'au champ plus large de la théorie et de la pratique médicales, un système de référence bien plus satisfaisant, et donc une bonne voie dans le labyrinthe médico-légal.

On peut argumenter que, dans un contexte médical, la personne est un système de référence qui était, jusqu'à récemment et depuis le Siècle des Lumières, automatiquement mis à l'écart ou marginalisé par une méthodologie médicale basée de plus en plus sur la technologie. Le processus de médicalisation du système de santé est dénoncé par Ivan Illich² comme une "iatrogenèse" et par le philosophe Michel Foucault comme une "tyrannie médicale". En conséquence, la redécouverte de la personne a été une tâche majeure, surtout du point de vue d'un apport théologique à la théorie et à la pratique médicales contemporaines. Il est certain que la notion philosophique de personne a fluctué pendant cette période, mais les évolutions de la pratique médicale qui ont suivi les avancées technologiques ont elles-mêmes exacerbé le changement.

Mais, revenons sur le premier élément de la trilogie d'exemples de Hauerwas. Si, comme il le souligne, on peut démontrer qu'un fœtus n'est pas une personne (bien que clairement à la fois "humain" et "en vie"), alors les droits de protection que la médecine apporte aux personnes ne lui sont pas applicables, et les compétences technologiques médicales normalement employées à préserver la vie pourraient aussi être utilisées, à la fois légalement et moralement, pour la détruire. Les arguments pour ou contre l'avortement ont été beaucoup ressassés, et surtout ceux qui s'articulent autour de la notion de "potentiel", et je n'ai pas l'intention de les rappeler ici.

Cela dit, ce qui importe, dans ce contexte, est de montrer comment, par extrapolation, les mêmes arguments du débat sur l'avortement et le statut moral du fœtus se sont appliqués à d'autres problèmes liés à l'état de personne, tels que les soins de fin de vie et les controverses autour de l'interruption des soins, ou de l'aide au mourir. Si la "valeur" morale est caractéristique de la personne, mais ne se retrouve pas chez les "non-

² Ivan Illich, *Limits to Medicine* (Harmondsworth: Penguin, 1976). M Foucault, *'Naissance de la clinique : une archéologie du regard médical'* (London, 1973).

personnes" (au moins en termes de développement humain et d'"être "), la question demeure : à quel moment une personne est-elle une "personne" et quand ne l'est-elle pas ?

La vie avant la naissance :

Aux premières phases de la vie, la question devient : à quel moment l'"état de personne" apparaît-il, et, de là, sa "valeur" morale ?

D'un point de vue légal, une "échelle mobile" de l'"être" a été définie : la conception, l'apparition du sillon primitif (14 jours), l'accélération - quand le mouvement du fœtus dans l'utérus se fait sentir - (une étape définie au Moyen-Age comme celle de l'apparition de l'âme), la viabilité (elle-même tellement dépendante de l'état actuel de la technologie médicale), ou la naissance elle-même (quand les droits associés à l'état de personne, comme celui d'hériter, entrent en jeu.)

Tenter de définir l'"état de personne" à l'aide d'un "moment magique" biologique semble une entreprise vouée à l'échec, même si la loi sera toujours nécessaire pour définir des repères biologiques sûrs comme périodes charnières légales.

Cependant, la question reste de savoir si le discours médical et scientifique est à même d'affirmer quoi que ce soit sur l'identité humaine, bien qu'il ait sans aucun doute beaucoup à dire sur le développement biologique, concept nécessaire d'un débat plus large.

Ce qui importe plus, dès lors, est de considérer l'état de personne, non tant en termes de biologie (malgré le rôle que la biologie a toujours à jouer), mais comme une construction sociale dans laquelle les liens relationnels envers à la fois la famille et la société, établissent des devoirs envers autrui en tant qu' "autre" et non pas seulement en tant que "structure" physique. Alastair McFadyen nomma ce processus celui de la "sédimentation", avançant que "l'état de personne" est le résultat, ou le "sédiment ", la "trace", de l'interaction complexe des relations personnelles et sociales³. Un tel respect d'autrui, en termes chrétiens, ancré dans le concept de l'"*agapè*" – amour inconditionnel, toujours considérant l'autre comme, pour employer la terminologie des catégories de Martin Buber, un "Je-Tu" plutôt qu'un "Je-cela"⁴, ou, en termes kantien, une "fin" en soi. Il est alors important de noter que la terminologie liée à l'état de personne n'a pas de caractère **substantif** (elle ne décrit rien du développement biologique), mais qu'elle est plutôt **performative** (« fait »

³ A.I. McFadyen, *The Call to Personhood: a Christian theory of the Individual in Social Relationships* (Cambridge: CUP, 1990).

⁴ M. Buber, *Je et Tu*. (Charles Scribner's Sons. 1937).

elle-même quelque chose en reconnaissant, ou *faisant naître* l'entité biologique en tant qu'"Autre ") ⁵. Dès lors, le langage de la biologie est nuancé par les discours différents et complémentaires qu'offrent d'autres disciplines, telles la théologie et la philosophie.

Valeur après la naissance :

Par souci de brièveté, je voudrais combiner les deuxième et troisième sujets de préoccupation d'Hauerwas: l'arrêt des soins pour les malades en phase terminale, et les questions liées à la limitation des soins de ce que Hauerwas appelle les nouveaux-nés "gravement déficients ou malformés" ⁶, non pas parce qu'établir *la fin* de la "vie" est plus facile que de définir quand *elle commence*, mais dans un souci de concision et parce que les questions du nouveau-né vivant mais gravement malade sont les questions paradigmatiques d'un débat plus large. Fut un temps, les réponses aux questions du genre : " *Quand pouvons-nous dire qu'une personne est en vie, et quand est-elle morte ?* " auraient semblées évidentes (une simple observation aurait en général fourni une réponse assez fiable). Dans le courant du XXème siècle et au début du XXIème, un ensemble de changements dans le domaine de la médecine en a fait des questions bien différentes.

Avec l'apparition de la ventilation mécanique, le développement des services de soins intensifs dans les années 60, et la possibilité de mesurer l'activité électrique cérébrale (et de s'en servir comme point de référence ⁷), ont rendu les questions sur la vie et la mort bien moins simples. Avec les questions de plus en plus liées à l'interruption des soins – et à la ventilation, à la nutrition et à l'hydratation – de nouvelles questions d'éthique sont apparues. Elles prirent de l'importance non seulement pour les cliniciens et les hommes de loi, mais aussi pour les éthiciens, philosophes et théologiens, et de plus en plus, surtout avec l'intervention des médias, pour le grand public.

De tels problèmes posent des questions fondamentales, anticipées par l'article de Hauerwas, et qui peuvent être non seulement réduites à « *Quand, et dans quelles circonstances, doit-on arrêter ou différer les soins ?* » mais aussi à « *Quand peut-on dire qu'une personne n'est pas une personne ?* » et « *A quel moment, si tel devait être le cas, les personnes cessent-elles d'avoir une importance morale ?* »

Ce qui a nourri la plupart des débats, depuis au moins un demi-siècle, sont deux questions distinctes, quoique liées : existe-t-il un "*droit à la vie*" ? (question provenant essentiellement du débat sur l'IVG) ; et y-a-t-il, en

⁵ Terme employé par le philosophe J.L. Austin qui définit le langage qui adopte la réalité dont il parle – par exemple '*je te baptise...*' comme une 'énonciation performative'.

⁶ Ce ne sont pas là des descriptions qui seraient employées de nos jours, mais elles sont reprises ici parce qu'elles sont celles employées par Stanley Hauerwas dans son article.

⁷ Le Harvard Brain Death Committee des années 60 fut fondé pour répondre à quelques-unes des questions soulevées par le problème de la demande d'organes, qui dépassait l'offre, et les problèmes liés au prélèvement d'organes cadavériques.

conséquence, un "*droit de mourir*" ? (question apparue en parallèle de la capacité des techniques médicales de prolonger les fonctions biologiques). Durant ce dernier quart de siècle, un certain nombre de cas ont mis en lumière ces questions : Tony Bland (PVS ⁸), et Leslie Burke (ataxie cérébelleuse) au Royaume-Uni, Terri Shiavo aux USA (PVS) et, plus récemment, Tony Nicklinson (locked-in syndrome) et Paul Lamb (paraplégie), tous les deux au Royaume-Uni.

Je trouve que l'argument de *la-vie-à-tout-prix*, si souvent déguisé sous le titre du *respect de la vie*, ou du *caractère sacré de la vie*, mais mieux décrit par le *vitalisme* (une vision de la vie, dans ce contexte, en tant que simple fonction biologique continue) est un argument à la fois suspect d'un point de vue éthique et insuffisant d'un point de vue théologique. Je voudrais, néanmoins, affirmer, d'un point de vue à la fois éthique et théologique, que la vie est importante. Ce que *nous entendons* par "la vie" et par le devoir de préserver toute vie sont, cependant, des questions différentes. Autant dire que sous le prétexte du respect de la vie, ou du caractère sacré de la vie, se cache souvent une incapacité à accepter la réalité de la nature mortelle de l'homme, ce qui a conduit, en toute bonne foi, à des attentes de plus en plus irréalistes et injustifiées vis à vis de la médecine contemporaine et de la pratique médicale.

Même dans les cas où, du moins d'un point de vue légal, l'état de personne *ne fait pas* de doute, il est souvent contestable de lier *dans tous les cas* la poursuite agressive du maintien des fonctions biologiques au respect de la "vie", ou de prétendre qu'une telle obstination est toujours dans l'intérêt de la personne. Un interventionnisme technique agressif (résultat de la crainte de contentieux et du besoin de démontrer que tout ce qui pouvait être fait a été fait) sert-il à prolonger *la vie* (sans égard ou presque à la qualité de celle-ci), ou, plutôt, prolonge-t-il *le processus du mourir* ?

Une perspective théologique qui définit la personne comme quelque chose de *plus que* ses fonctions mécaniques et biologiques, et plutôt comme une structure bio-psycho-sociale (en d'autres termes, une compréhension *ontologique* plutôt que *fonctionnelle* de l'état de personne ⁹) permet de considérer la mort, non pas comme un échec, mais comme partie intégrante de notre compréhension et du respect de l'état de personne et, donc, de la vie elle-même. Un tel changement de perspective est tout à fait cohérent avec le respect de la personne préconisé par Tournier, et a des implications profondes sur la pratique et les buts de la médecine en tant qu'entreprise d'ordre moral, et non plus simplement technique ou technologique. Ceci a mené, ces dernières années, à des initiatives au Royaume-Uni telles que le *Liverpool Care Pathway* dans le domaine des soins palliatifs, à l'élaboration de *recommandations pour les soins de fin de vie pour adultes* (NICE QS13), ainsi qu'à une importance croissante et une reconnaissance académique de la place des soins spirituels préconisés par Paul Tournier, il y a plus d'un demi-siècle.

⁸ Persistent Vegetative State : état végétatif persistant

⁹ Par exemple, J. Fletcher, *Hastings Center Report* 4 (December, 1975), 4-7.

Envers la personne humaine, qu'il s'agisse du grand prématuré ou de l'adulte gravement atteint, il reste un devoir de protection qui considère les obligations du clinicien comme un lien relationnel, décrit par Paul Ramsey et William May comme une *alliance* basée sur la loyauté, à l'opposé d'une relation *contractuelle* plus utilitaire (ou, en fait, déterminée par les forces du marché). Une telle éthique d'alliance, selon May, définit la vie morale en termes à la fois de relation et de réponse¹⁰.

De la même façon, David Thomasa considère que toute personne a un caractère sacré (puisque chaque personne est aimée de Dieu, chaque personne est sacrée). Il avance donc que l'amour, qui renforce en la dépassant l'obligation morale de ne pas nuire, est la raison principale qui nous pousse à servir au mieux dans l'intérêt de chaque personne. Puisque chaque personne, quels qu'en soient l'âge et l'état, est à l'image de Dieu, chaque personne a dès lors une valeur intrinsèque.

Dans son livre *Pastoral Ethics*¹¹, David Atkinson soutient que le fait d'être à *l'image de Dieu* est un élément ontologique, c'est la relation avec le Moi Divin que Dieu nous confère. Dès lors, même le nouveau-né anormal ou le patient en état végétatif permanent, ou la personne âgée sénile, qui ne seront peut-être pas perçus par *les autres* comme une personne, le sont par Dieu. La valeur de tels individus se manifeste, si ce n'est dans les relations entre humains, dans la mémoire divine, et donc, de façon inviolable, dans la relation à l'amour de Dieu. L'*Agapè* nous confère donc les responsabilités d'une alliance fidèle entre les individus inclus dans l'alliance divine, quels que soient leur développement biologique ou leurs capacités fonctionnelles. Dès lors, Atkinson voit l'état de personne de la même façon qu'Helen Oppenheimer voit l'identité humaine – comme celle d'un "*schéma d'amour*" ('*pattern of loveability*')¹². Pour Tournier, cela aurait pris la forme d'une obligation qui reconnaît et respecte l'existence et la dignité de la personne humaine.

L'arrêt de traitement :

Cela ne veut pas dire, cependant, que dans les cas où le recours à la médecine est vain, il faille faire d'héroïques efforts pour sauver et maintenir toutes ces vies-là, quel qu'en soit le coût - personnel, social ou financier. Dans quelques cas de figure, le traitement non seulement *pourrait* être refusé mais *devrait* être refusé ou, s'il a débuté, devrait être arrêté.

¹⁰ W. May, *Testing the Covenant: Active Euthanasia and Healthcare Reform*. (Grand Rapids: Eerdmans 1996), p.52.

¹¹ D. Atkinson, *Pastoral Ethics* (Lynx Press, 1994), p.204. Voir aussi, B. Whorton, *Reflective Caring: Imaginative Listening to Pastoral Experience*. (London: SPCK, 2011).

¹² H. Oppenheimer, 'Handling Life: Does God Forbid?' in G. R. Dunstone and E.A. Shinebourne eds. *Doctors' Decisions: Ethical Conflicts in Medical Practice* (Oxford: Oxford University Press 1989), p.207.

Un authentique respect de la vie humaine et de la personne nous entraîne quelquefois, donc, et c'est un travail douloureux, à décider qu'un traitement "ordinaire" devient de l'"obstination déraisonnable" et à lâcher prise. Comme le dit le théologien catholique Hans Küng, *"le combat pour la santé n'a de sens que si la guérison est possible, mais....un combat contre la mort à tout prix ne mène à rien : c'est une aide qui devient un supplice"*.¹³ Un tel point de vue ne nie pas que de tels patients sont des personnes à part entière, connus et aimés pour ce qu'ils sont ; il ne nie pas non plus qu'ils méritent, et exigent, nos soins et notre compassion. Il n'implique pas que, dans ces patients, l'image divine soit réduite ou occultée à cause de leur état de santé. On peut même dire que, dans la personne gravement atteinte, nouveau-né ou adulte, y compris ceux souffrant de démence, nous voyons clairement la présence à la fois de l'incarnation et de la fragilité. De tels individus devraient toujours être considérés comme des membres de la communauté humaine à part entière, et donc comme tout-à-fait méritant de recevoir l'amour que nous devons à notre prochain. Ceux dont la guérison n'est plus possible ne devraient jamais être privés de soins, et les soins, comme Paul Ramsey le souligne, *"se doivent de respecter le principe de l'égalité de tous"*.¹⁴

Plus récemment, on note l'émergence d'un intérêt pour ce que l'on appelle la *"médecine narrative"*. Dans son livre *The Wounded Storyteller : Body, Illness and Ethics*, Arthur Frank soutient que *"raconter des histoires de maladie est la tentative, provoquée par la maladie du corps, de donner une voix à une expérience que la médecine ne peut pas décrire"*.¹⁵ Il dit donc du corps qu'il *"crée la personne"*.¹⁶ Rita Charon, de la même façon, avance que *"des mouvements tels que "Soins centrés sur le relationnel", "spiritualité et médecine", et "éthique de la vertu" (en d'autres termes, ceux qui portent plus sur le caractère unique du soignant que sur la validité morale d'une action) indiquent une forte volonté d'améliorer la relation dégradée entre le médecin et le patient, ainsi que les résultats de la médecine"*.¹⁷ Elle écrit : *"La médecine narrative a peu à peu compris que les patients et les soignants s'engagent entièrement – corps, vies, familles, croyances, valeurs, histoires, espoirs pour l'avenir – dans la maladie et la guérison..."*¹⁸ Ces auteurs-là, ainsi que d'autres, ont tenté de recadrer et de rétablir l'importance de la relation patient-médecin en se centrant sur ces histoires de vie qui incluent la trajectoire de la maladie, et qui donc détournent l'attention de la maladie en soi pour se concentrer sur le Moi et, encore plus important, sur la relation à soi-même. Bien que ces auteurs ne fassent aucune référence à Tournier, son influence, et le reflet de sa pensée, ne font ici aucun doute.

¹³ A *Dignified Dying*, p. 16.

¹⁴ P. Ramsey, "Justice and Equal Treatment" in S.E. Lammers et à Verhay eds. *On Moral Medicine* (Grand Rapids: Eerdmans, 1987), p. 510. For a fuller treatment of the issues for those with cognitive disability see the work of John Swinton *et. al.*

¹⁵ A.W.Frank. *The Wounded Storyteller: Body, Illness and Ethics*. (Chicago: University of Chicago Press, 1995), p.18. See also the work of Paul Ricoeur who argues in his theory of 'narrative identity' that the self only comes to be in the process of the life story being told, and Gabriel Marcel's notion of being a living testimony focuses the quality of witness offered by (illness) stories and further explains how (illness) stories are not only *about* the body but *of* and *through* the body.

¹⁶ *Ibid.*, p.27.

¹⁷ R. Charon. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. (Oxford: Oxford University Press, 2006), p.ix. Voir aussi Anton Boison, qui parle du corps comme documents humains vivants (*'living human documents'*).

¹⁸ *Ibid.*, p.12.

Conclusion :

Donc, comme Stanley Hauerwas le soutient, l'instinct de prendre soin ne vient pas d'idées philosophiques abstraites liées au concept de l'état de personne, mais de l'élaboration d'impératifs moraux que les liens relationnels nous imposent. Ainsi écrit-il :

"Quand quelqu'un est en train de mourir, notre décision de le traiter - ou non - est rarement fondée sur le fait que l'individu ait - ou non - franchi une ligne qui fait de lui une personne - ou une non-personne. Nous en prenons plutôt soin parce qu'il s'agit là de mon Oncle Charlie, ou de mon père, ou d'un ami cher. De la même façon, nous ne prenons pas soin - ou n'arrêtons pas de prendre soin - d'un enfant né anormal (sic) parce qu'il est, ou n'est pas, une personne. " ¹⁹

Quelle que soit notre opinion, dès lors, le nouveau-né anormal, tout comme le fœtus et le patient mourant sont des éléments de ce que Gene Outka appelle notre *"paysage moral"*.

Sans la perspective morale et relationnelle que nous offre une théologie rigoureuse de l'état de personne humaine, nous retombons dans ce qui est, il me semble, une vision incorrecte de la médecine de "la vie à tout prix", vision simplement décrite par Dan Callaghan comme celle des "gesticulations technologiques" (*'technological brinkmanship'*). C'est la raison pour laquelle, en dépit des avancées technologiques de la médecine moderne (ou peut-être à cause d'elles), tant de gens sont profondément déçus par la tournure des événements.

La théologie lance à la médecine le défi de délaisser ses perspectives actuelles, obsessivement scientifiques et technologiques, pour revenir vers ses racines d'art humain et voir le patient comme une "personne" afin de regarder les soins comme une forme d'amour.²⁰ Ce n'est qu'ainsi, comme Tournier l'espérait, que nous pourrions transformer des techniciens compétents en praticiens ayant une véritable réflexion.

¹⁹ S. Hauerwas, "Must a patient be a person to be a patient? Or, My Uncle Charlie is not much of a person but he's still my Uncle Charlie" *Connecticut Medicine*, 39 (December 1975) 280

²⁰ Recent conversations suggest that serious, evidence based research is being undertaken in the United States into 'love' as a therapeutic tool. See also work on spirituality and 'spiritual distress'.