

La Maison-Dieu, 113, 1973, 86-102.

A. BERNADOU, Ph. GARNIER

P.-M. GY, Fr. TURQUET, A. VINEL

A QUI DOIT-ON DONNER L'ONCTION DES MALADES ?

Table ronde

LA définition du sujet du sacrement des malades est l'un des points sur lesquels le nouveau rituel présente une évolution sensible par rapport à l'ancien.

Cette évolution a été rendue possible par un dialogue entre théologiens, pasteurs et représentants du monde de la santé, confrontant les données de la tradition et la pastorale actuelle des malades telle qu'elle se situe par rapport aux progrès incessants de la médecine¹. De tels échanges ont eu lieu au cours de la préparation du rituel. Mais la question n'est pas close. Les mots employés dans le texte qui est maintenant promulgué ont besoin d'être situés, explicités. C'est pourquoi nous publions ici le contenu d'une Table ronde qui a réuni, autour des numéros 8 à 15 des *Praenotanda* du nouveau rituel, deux médecins, le Dr Alain Bernadou, Professeur agrégé, médecin des hôpitaux (hématologie), le Dr Philippe Garnier, psychiatre, un responsable de la pastorale de la santé, le P. François Turquet, ainsi que les Pères Pierre-Marie Gy et André Vinel, du C.N.P.L.

La définition du sujet comme « le fidèle dangereusement malade » appelle une confrontation entre médecins, pasteurs et théologiens, lesquels ont ensemble à écouter le principal intéressé : le malade.

1. Cf. H. PEQUIGNOT, « Les malades d'hier et d'aujourd'hui », *Lumière et Vie* (86), 1968, pp. 3-24.

POSITION DU PROBLÈME

Première approche

P.-M. Gy. — Nous vous avons proposé, pour notre conversation de ce soir, le point qui est pour nous le plus délicat, à savoir : *A qui doit-on donner l'onction*, du double point de vue de la théologie et de la science médicale discutant ensemble.

L'expression la plus formelle, décisive dans l'esprit du document est *periculose aegrotant* : dangereusement malades. Mais ceci, étant donné ce que sont les langues, est susceptible de nuances. J'ai entendu dire qu'il y a des langues dans lesquelles « grave », c'est plus grave que « périlleux ». En français, je pense que c'est plutôt le contraire. Par ailleurs, il peut y avoir danger sans maladie : les militaires qui partent au combat risquent de mourir. Mais ce n'est pas pour un militaire qui part au combat qu'est fait le sacrement des malades, pas plus qu'il n'est fait pour le condamné à mort.

A. BERNADOU. — C'est un peu le cas lorsque vous prenez votre voiture sur l'autoroute un dimanche soir. Il y a un risque plus important que si vous restez chez vous à regarder la télévision. Mais ce n'est pas pour ce risque qu'est faite l'onction des malades.

PH. GARNIER. — Ce qui compte, c'est de préciser la notion de gravité.

P.-M. Gy. — C'est cela. Pour prendre les choses par l'autre bout : si j'ai la grippe, une bonne grippe ordinaire, je ne suis pas atteint dans ma personnalité, et je n'ai pas le sentiment que c'est pour cela que le Seigneur a institué un sacrement spécial. Alors, toute la recherche de la théologie va être, indépendamment de conditionnements historiques bloquant le sacrement des malades avec la mort, de voir à quel moment la maladie est suffisamment sérieuse, atteint peut-être l'homme dans son unité, pour justifier ce sacrement. Et le point de repère que la théologie s'est donné, c'est un lien possible entre cette mise en question de l'homme par la maladie et l'éventualité de la mort.

La maladie est une notion relative...

A. BERNADOU. — Cette définition suppose deux degrés. Le premier degré est de savoir ce qu'est la maladie. Le deuxième degré est la prise de conscience de la gravité de la maladie. La mala-

die n'est pas une notion aussi simple que l'on pourrait croire. Elle n'a pas qu'une définition médicale. Il se peut très bien que l'un de nous ait une maladie grave, en évolution déjà avancée, qui va se révéler, dans six mois, tout à fait rédhibitoire. Mais je ne suis pas malade, aucun d'entre nous ce soir n'est malade, puisque nous n'en avons pas conscience, ni nous-mêmes, ni la société qui nous entoure. Je suis donc peut-être porteur de maladie, mais je ne suis pas un malade.

P.-M. Gy. — Vous êtes malade, mais vous ne le savez pas.

A. BERNADOU. — Certes. La maladie n'est pas un état, une sorte de passage entre un état physiologique normal et un état pathologique. Il n'y a ni état de santé ni état de maladie à proprement parler. Prenons un exemple : il est prouvé actuellement que nous faisons à tout bout de champ des cancers qui avortent, dont nous nous débarrassons nous-mêmes. Par contre, le plan sociologique de la maladie est, lui, très net et très clair. Est malade celui qui est reconnu comme tel, qu'il le sache ou qu'il ne le sache pas, et celui qui se sent comme tel, à partir du moment où il en a conscience. Ce qu'il faut, c'est que la maladie soit reconnue comme telle par l'entourage et par le patient.

... qui s'apprécie dans une relation entre personnes.

PH. GARNIER. — On peut relativiser encore la notion de maladie. Ce qui est maladie à Toulouse n'est pas maladie en Savoie. Ce qui est considéré comme maladie grave pour un Africain n'a pas de gravité pour nous. La notion traditionnelle de maladie est fonction de l'environnement, d'une culture. Et j'irai même plus loin : je dirais qu'apprécier la maladie et la gravité de la maladie ne peut se faire qu'au sein d'une relation entre un thérapeute et un malade, parce que le malade qui se dit : je suis malade et mon mal est grave, ce n'est pas suffisant. Réciproquement, si un médecin dit que quelqu'un est très malade et que sa maladie est grave, cela non plus n'est pas suffisant pour amener l'onction. Cela ne peut se préciser et s'apprécier que dans une relation entre deux personnes. Autrement, si ce sont simplement le médecin ou l'aumônier qui estiment le caractère de gravité, on va risquer de proposer quelque chose à quoi le malade ne sera absolument pas préparé. D'un autre côté, je crois que dans le cas d'une malade qui estime, elle, être dans un état très grave, rapidement mortel, alors que personne n'y croit autour d'elle et qu'il n'y a rien médicalement parlant, je crois qu'elle a le droit de recevoir l'onction si elle le demande. Enfin, je pense que proposer l'onction ou la demander, ce sont deux attitudes qui, si elles sont prises isolément, ne peuvent conduire qu'à des impasses. Tout cela ne peut se faire que dans l'évolution d'une relation.

P.-M. Gy. — Je crois que vous posez très bien le problème

que nous essayons d'éclaircir, celui de l'élément déterminant. Je dirais pour ma part qu'il ne faut pas donner le sacrement à la personne qui se croit malade, ceci sous réserve d'une question dont il faudra que nous parlions, celle des maladies mentales. Toutefois je suppose que croire que l'on est malade et avoir une maladie mentale ne va pas nécessairement du pareil au même.

Mais l'autre question, très importante, est celle du passage d'un état pathologique ignoré de celui qui en est affecté à la reconnaissance de cet état. Le rôle du prêtre paraît être alors de dire : « Ce que vous avez est grave, est-ce que vous voulez recevoir le sacrement ? »

PH. GARNIER. — Dire simplement : « Vous savez, vous êtes dans un état grave... », ce n'est pas possible si au sein de la relation qui se noue entre le prêtre et le malade, le prêtre n'a pas senti que le malade « demandait » quelque chose.

FR. TURQUET. — Moi, je dirais que, par rapport à la proposition du sacrement, je suis toujours extrêmement attentif au « vécu » de la personne, à la conscience qu'elle a de son mal, et surtout à ses réactions personnelles : désarroi, dislocation intérieure, et cela, même si la maladie n'est pas tellement grave. Je ne cherche pas du tout à avoir accès au dossier médical, mais devant quelqu'un qui manifeste un désarroi profond, je propose le sacrement. Dans tout cela, mon but premier c'est justement la relation, qui devient l'élément déterminant.

P.-M. Gy. — Est-ce que vous admettriez que — si l'on peut travailler sur une telle distinction — ce n'est pas seulement le côté spirituel et pas seulement le côté corporel que vise le sacrement, mais précisément l'unité des deux ?

FR. TURQUET. — Oui, c'est le vécu de la personne dans un contexte donné. Je serais tout à fait d'accord pour dire par exemple que devant un malade dont je sais qu'il a une maladie très grave, bien connue, mais qui réagit avec beaucoup de force, je serais très attentif à ne pas courir le risque de briser cet espèce de dynamisme qui peut être un signe de l'Esprit dans la vie de cette personne, en lui proposant le sacrement des malades. De même, il m'est arrivé à maintes reprises, devant des personnes qui sollicitaient le sacrement avec une espèce de panique, qui exagéraient les choses, non pas de refuser le sacrement, mais de provoquer un cheminement, une réflexion pour essayer de dissiper en partie cette panique par rapport à laquelle ce sacrement n'aurait eu pour effet que d'ancrer davantage la personne dans sa névrose.

(Cas particulier des malades mentaux)

P.-M. Gy. — Est-ce qu'une maladie mentale peut mettre en péril la vie de quelqu'un ?

PH. GARNIER. — Certaines, oui. Par exemple, certaines formes de dépression mélancoliques entraînent un risque de suicide tellement élevé qu'on est obligé de protéger les gens contre ce risque même.

P.-M. GY. — Mais pas autrement ?

PH. GARNIER. — Un risque vital, non.

Risque vital, pronostic, information du malade et proposition de l'onction

P.-M. GY. — Je remarque que vous employez l'expression risque vital. Est-ce la même chose que ce que nous appelons danger de mort ?

PH. GARNIER. — Oui.

P.-M. GY. — Est-ce que, pour vous, une maladie pourrait être dite grave, mais en entendant cette gravité comme quelque chose de plus large que le risque vital ? Ce que je cherche, à travers les oscillations des mots, c'est si cette expression *periculose aegrotant*, qui voile un peu le rapport possible à la mort, aurait, dans les catégories des médecins, un analogué qui permettrait de discerner des maladies n'ayant peut-être pas un rapport direct à la mort, mais une sorte d'effet si important sur la personne du malade qu'on pourrait les distinguer d'autres maladies mineures.

A. BERNADOU. — Nous touchons là un point difficile, celui du pronostic. Dans la manière dont nous abordons le problème du pronostic avec le malade, il y a deux cas qui se présentent totalement différemment pour l'entourage, pour le malade et pour nous. Dans une maladie qui, de toute façon, est mortelle, il y a en effet deux cas. Le premier est celui de la maladie qui mène inéluctablement à la mort, quel que soit le traitement qu'on y applique. Ce peut être une question de deux mois, de deux ans, mais on sait que, si le malade ne meurt pas d'autre chose entre temps, dans trois ans il n'a statistiquement aucune chance d'être vivant. Et nous n'avons rien à lui proposer, sauf peut-être de le faire passer de deux mois à deux ans. L'abord de ce malade est très difficile, je dirais même qu'il est effroyable. C'est un problème que se posent les psychologues, mais ils ne peuvent rien nous apporter, je crois. Et puis il y a le deuxième cas, c'est le malade qui a une maladie qui est spontanément mortelle, mais pour laquelle nous avons un traitement qui a une chance de marcher. Nous sommes beaucoup plus à l'aise.

Je crois que les deux cas rentrent dans le cadre que vous venez de fixer, mais dans le second, l'entourage, la société représentée par les parents, l'aumônier, le milieu médical, est à l'aise pour parler à ce malade, pour communiquer, tandis que

dans le premier toute communication risque d'être complètement bloquée.

P.-M. GY. — Ma question porte sur une troisième catégorie : les maladies qui ne condamnent pas quelqu'un mais qui le rendent peut-être définitivement infirme, de façon grave.

PH. GARNIER. — Le cas d'hémiplégie, par exemple.

P.-M. GY. — Oui. La question que me pose le progrès de la médecine est celle-ci : Y a-t-il des maladies qui ne sont pas mortelles mais qui représentent un tel danger pour la personne qu'elles justifieraient le sacrement ?

PH. GARNIER. — Dans un cas d'hémiplégie avec aphasie par exemple, passé un certain cap, il n'y a pas de risque vital, mais un risque fonctionnel énorme si le malade ne « récupère pas ». On pourrait en rapprocher certaines maladies mentales.

A. BERNADOU. — Inversement, si vous prenez mon deuxième exemple, celui d'une maladie somatique qu'on va guérir...

P.-M. GY. — Cela ne pose pas de problème, théologiquement parlant.

A. BERNADOU. — Et pourtant, il reste le problème de l'abord de ces différents malades. Voilà un malade qui a un grand risque de mourir de sa maladie, mais un pourcentage de guérison qui varie de 50 à 60 %. Je pense qu'il relève tout de même du sacrement des malades. L'abord du malade va être plus facile dans la mesure où tout concourt, à l'époque actuelle, à ce qu'on puisse parler au malade. On le met au courant ; il sait qu'il a une épée de Damoclès sur sa tête, il sait qu'il est en danger de mort, mais il sait qu'il a une échappatoire. Il joue cette échappatoire ; tout le monde va la jouer, jouer et perdre ou jouer et gagner. Le sacrement des malades, on voit alors très bien comment il peut être présenté. Il peut être présenté dans la coulée d'un contexte moderne qui concourt à ce que le malade prenne en charge sa maladie. Cela demande donc une information, qui est faisable dans un grand nombre de cas. Le grand problème, c'est le cas où nous n'avons rien à dire.

PH. GARNIER. — Le médecin ne peut plus se réfugier derrière une réponse qui serait celle du corps médical, du corps social, et qui est d'une façon schématique : « Vous avez tant de chances de vous en sortir, on va tout faire pour vous en sortir. » Ce n'est pas là une réponse qui engage deux personnes, c'est un peu une recette — enfin, j'exagère.

Devant le malade pour lequel il n'y a aucune chance de survie, les recettes ne marchent pas, et on est obligé de s'engager en tant que soi. Et c'est à ce niveau d'engagement que la proposition de l'onction des malades peut trouver sa place. Autrement, c'est aussi une recette.

A. BERNADOU. — J'ai l'impression que, dans les cas où nous n'avons rien à dire, le sacrement des malades, pour un malade

qui a la foi, pour un malade qui en a la demande, qu'elle soit formulée ou non, apporte ou peut apporter une réponse. Le problème de gravité n'est alors pas en jeu pour lui-même. Le côté positif du sacrement est très important et se discute peu. Il est beaucoup plus difficile à définir dans les autres cas.

PH. GARNIER. — La façon dont Bernadou pose le problème, par rapport à un malade devant lequel on est complètement démuni, est peut-être la situation-clé dans laquelle on peut vraiment voir ce qui se passe, parce qu'on n'a rien, on n'a que soi. D'ailleurs nous avons un avantage apparent énorme, c'est d'avoir un dossier et des instruments qui peuvent vite devenir obturants. Mais qui va demander l'onction ? Parce que, pour l'onction, il faut faire venir un prêtre. Est-ce l'entourage, est-ce le médecin, est-ce le malade ? Si le malade la demande, il n'y a plus de problème. On va appeler le prêtre. Or le prêtre n'a pas le dossier. Il a simplement les dires, les deux ou trois choses qu'il sait du malade. Il ne peut se composer une attitude avec des statistiques, avec des examens de laboratoire, des pronostics. Il ne peut tenir compte que de ce qu'il sent, de ce qu'il vit au sein de cette relation dont je parlais tout à l'heure.

FR. TURQUET. — Au fond, le prêtre a quelque chose à dire, mais c'est quelque chose qui ne peut passer qu'à travers un engagement de sa propre personne, avec tout ce que signifie ce face à face avec quelqu'un dont il pense qu'il va mourir.

Il y a un point très important que vous avez soulevé : qui va demander au prêtre de venir, le prêtre vient au nom de qui ?

PH. GARNIER. — Je serais malade et je verrais un prêtre arriver, je me dirais : ça ne va pas. Or je voudrais conserver une sorte de liberté, la possibilité de croire que je n'ai rien ou pas grand chose. Le problème de l'onction, il se poserait entre moi et ma femme et pas du tout entre moi et le prêtre. J'espère qu'elle sentirait comment je vis ma maladie, si je la vis comme grave. Est-ce qu'elle-même, sentant ma maladie comme grave, estimerait que je peux justement recevoir le prêtre ? Ou alors, si vous veniez me voir à titre amical, mais alors c'est un peu comme pour ma femme.

FR. TURQUET. — Nous avons tous connu ces situations fausses où l'entourage vous demande de venir « à titre amical ». Moi, je suis beaucoup plus attentif à visiter tout spécialement les malades dont le séjour se prolonge, parce qu'à la suite de ces visites totalement gratuites, il arrive que, même sans parler d'affaires religieuses, la conversation me semble engager très profondément le malade.

Si le malade pose au médecin la question de la gravité de son mal...

P.-M. GY. — Si un malade disait à un médecin, à l'hôpital : je suis catholique, je voudrais recevoir le sacrement des malades si mon état le comporte, est-ce que le médecin lui donnerait des précisions sur son état ?

A. BERNADOU. — La question se pose différemment, mais le malade nous le demande quelquefois. Je ne sais pas ce que je répondrais, je n'ai pas lu le rituel. Je veux dire que, ce qui me gêne un peu, c'est cette notion de gravité. Mais admettons que ce sacrement soit compris des fidèles — actuellement je crois qu'il ne l'est pas : si on vous fait l'extrême-onction, c'est que vous allez mourir. Si donc le nouveau rituel essaie d'en faire un sacrement des malades, c'est un sacrement que quelqu'un qui vit une situation comme grave a le droit de demander, un sacrement qui est destiné à lui rendre la force et pas forcément à le faire mourir dans les 48 heures qui viennent...

En fait, à partir du moment où vous établissez ces contacts et où cette personne qui se sent malade vous demande l'extrême-onction, je pense qu'il n'y a plus de problème de gravité.

P.-M. GY. — Si.

A. BERNADOU. — C'est cela qui me gêne. Qui va alors déterminer cette gravité ? A mon avis, le prêtre ne le peut pas, il n'a pas accès au dossier. Le malade, lui, vit sa maladie comme un état de gravité, à tort ou à raison, mais il est le premier intéressé tout de même. Le prêtre va se baser essentiellement sur ce que le malade dit. Et le médecin, à tous les coups, va être en porte-à-faux. Il est bloqué parce que, de toute façon, un malade qui vit sa maladie comme un état de gravité, pour moi ce n'est pas d'un bon pronostic, à aucun point de vue.

A. VINEL. — A ce que j'ai entendu dire, les aumôniers ont difficulté à proposer l'onction des malades, car ils risquent d'être ceux qui vont annoncer la maladie comme grave, donc risquer de ruiner les efforts de l'équipe soignante.

A. BERNADOU. — Non ! pas les efforts de l'équipe soignante mais ceux du malade ! Parce que l'équipe soignante est toujours détachée. Il faut bien se persuader qu'elle n'est pas dans le coup, en définitive. Elle le vit, bien ou mal, tant bien que mal, mais c'est bien le malade qui est d'abord concerné.

Le problème qui se pose, c'est quoi répondre au malade qui dit : je suis catholique, est-ce que je dois recevoir le sacrement des malades ? Ma réponse va le renforcer dans l'idée qu'il a de sa maladie ou pas. Ce problème se pose assez souvent à nous. Certains malades ont besoin de savoir, pour des raisons personnelles. Ils disent, et ce sont toujours des situations très pénibles : je sais que ce que j'ai est grave, j'ai des affaires à régler, il me

faut un an. Est-ce que j'ai devant moi ce laps de temps ? J'ai déjà dû dire à pas mal de personnes : un an, c'est trop.

P.-M. Gy. — Donc, vous répondiez.

Le malade a le droit d'être informé.

A. BERNADOU. — Bien sûr que je réponds. Vous êtes alors obligé de répondre à un malade, parce que c'est lui que ça regarde, ce n'est pas du tout vous. Vous n'avez pas le droit de lui tapoter la joue en disant : « Non, vous avez tout votre temps », en sachant pertinemment le contraire. Et dans la mesure où le sacrement des malades est ressenti par le malade comme un sacrement destiné à une situation grave, comme quelque chose qui le fortifie, et où il le demande, je crois qu'il peut poser la question et que l'on y répondra. Mais dans quelle mesure sa demande ne sera-t-elle pas une forme déguisée d'avoir un pronostic vital...

FR. TURQUET. — Je suis un peu mal à l'aise dans la manière dont le Père Gy pose la question du malade qui demande à son médecin : Quand je serai dans un état suffisamment grave, voulez-vous me faire signe pour que je reçoive le sacrement des malades.

Moi, je pense que les malades peuvent réagir de cette manière-là, mais je préférerais beaucoup que dans un cas comme celui-là, la chose soit vue, tout de même, déconnectée du risque. Parce que, là encore, il y a l'idée de la mort proche.

P.-M. Gy. — Mais, Père, je prends un exemple personnel. Je ne connais rien à la médecine ni à la chirurgie. Il y a trois ans, j'ai dû subir une opération. Le médecin est venu me voir la veille pour vérifier si j'étais en état. Je lui ai dit : je suis prêtre, je ne connais rien à la chirurgie, j'aimerais savoir s'il y a un risque quelconque parce que, comme chrétien et comme prêtre, j'aimerais prendre mes dispositions avant, le cas échéant. Il m'a répondu : le risque est minime. Très bien. Mais cela me paraissait absolument normal que je pose une telle question, et j'espère quand même que s'il y avait eu un risque non négligeable, il m'aurait, d'une manière informelle, laissé comprendre quelque chose. Moi, je trouve que j'y avais droit.

Mais comment cette information sera-t-elle reçue ?

A. BERNADOU. — Oui, mais moi, vous m'auriez posé cette question, je vous aurais renvoyé devant vous-même. Parce que ce n'est pas si simple. Vous venez me voir ; vous vous sentez fatigué, à peine fatigué, on vous fait une numération et, par hasard, on vous trouve une leucémie chronique. Vous n'êtes pas malade :

dans un mois vous ne serez plus fatigué. Vous ne serez toujours pas malade, et moi je sais que vous mourrez de cette maladie. Vous allez me poser votre question : je ne sais pas quoi répondre. Je ne sais pas comment vous pouvez recevoir ma réponse. Vous comprenez : vous allez mourir dans dix ans peut-être de cette maladie ; il y a toutes chances pour que vous mourriez de cette maladie-là, donc c'est grave. Mais comment allez-vous intégrer ma réponse ? Vous allez forcément vous dire : j'ai compris, c'est immédiatement grave, et je prends mes dispositions. Et quel va être votre état d'esprit dans trois ans, quand vous serez toujours en vie et toujours pas malade ? Je vous aurai, quant à votre pronostic vital à vous, humainement désespéré, d'une manière dont je me sentirai très fautif et très responsable. Alors, la question telle que vous la posez est, à mon avis, dangereuse, parce qu'on n'a pas le droit de se tromper de pronostic et qu'à votre avis je me serai trompé. Vous allez le vivre forcément assez mal, même si, dans l'immédiat, votre foi, le fait que vous vouliez régler vos affaires sur le plan spirituel, le fait que vous ayez reçu l'onction des malades vous apportent une aide.

Ph. GARNIER. — J'ai connu le cas d'un homme de quarante-cinq ans, marié et père de quatre enfants, qui a été opéré d'un cancer du colon. Et en même temps, on a découvert qu'il avait une leucémie, c'est-à-dire qu'on lui avait donné un an de survie. Le chirurgien avait prévenu cet homme et sa femme : très bien accepté, formidable, un couple chrétien, etc. Au bout de six mois, cet homme commence à faire une métastase hépatique. Personne n'osait s'approcher du malade, parce qu'on disait que c'était un saint : Il sait qu'il n'en a plus pour longtemps, et nous on sait qu'il le sait et tout le monde sait que les gens savent qu'il le sait, bref, il était mis sur un piédestal, personne n'osait lui parler, c'était vraiment un malade « sacrifié » au sens primitif de sacré, d'exclu. C'est à ce moment-là que j'ai eu à l'approcher : ce malade crevait d'angoisse à l'idée de mourir. Tout ce qu'il voulait qu'on lui dise, c'est que peut-être il en avait pour beaucoup plus longtemps. La façon dont il avait pu intégrer la réalité des choses à un certain moment lui avait permis de regarder sa mort, de demander l'onction des malades, et puis, six mois après, ce n'était plus du tout possible. Mais comme la relation avait été figée dans son aspect formel, on continuait à le considérer comme il était six mois avant. Et je pense que le chirurgien, s'il n'est pas trop formaliste, ne peut répondre que s'il a vraiment réussi à se sentir profondément impliqué dans sa relation avec son malade. Autrement, je crois qu'un chirurgien ne peut dire que : « Voyez cela avec votre médecin traitant, avec votre médecin de famille, voyez cela avec votre prêtre de famille », encore que certaines situations puissent être vécues « en vérité » au hasard d'une rencontre.

(Le risque d'une opération chirurgicale)

A. VINEL. — Je pense que l'esprit du rituel est que la grande majorité des opérations a pour motif un *morbus periculosus*. On n'opère pas s'il n'y a pas un risque grave. Et, de plus, il y a toujours le risque de l'anesthésie.

A. BERNADOU. — Si cette notion de gravité est très extensive, il n'y a plus de problème pour rien.

P.-M. Gy. — Je la crois extensive, jusqu'à un certain point.

A. BERNADOU. — Je vous demande pardon, mais depuis le début vous cherchez à la restreindre, et c'est là où nous sentons le problème. Vous n'acceptez pas le risque opératoire, le risque qui était, dans votre cas, certainement de l'ordre de 2 %.

P.-M. Gy. — Excusez-moi, je ne me suis pas bien expliqué. Ce que je n'accepte pas, c'est le risque qui viendrait non pas de ce dont je souffrais, mais de l'anesthésie. Mais si vous me dites qu'il y a un risque venant de ce dont je souffrais — et c'est précisément la question que je posais à mon chirurgien — il n'y a aucun problème.

A. BERNADOU. — Je ne vois pas la différence entre le risque de l'anesthésie et le risque de l'intervention. Je dirais même que pour le chirurgien, il verra plus le risque de l'anesthésie que le risque de son geste, parce que, lui, il sait bien opérer, ou du moins il le croit.

P.-M. Gy. — Oui, mais j'imagine que vous me direz qu'il y a certaines opérations qu'il faut faire, parce que l'on court un risque plus grand si on ne la fait pas.

A. BERNADOU. — Prenons l'exemple d'une intervention sur la vésicule. On va vous opérer avec un risque de 2%, pour vous éviter une complication que vous avez 5 % de chances de faire mais dont vous risquez, si on vous opère alors, de mourir à 20 %. Vous voyez, c'est très compliqué. D'autant plus que certains chirurgiens vous diront : un risque de 20 %, je m'en charge.

La gravité de la maladie : la gravité telle que le malade la vit.

Ph. GARNIER. — On est en train, tous, de parler au nom du malade, en pesant la gravité pour lui, alors que finalement, le seul qui puisse avoir la parole et demander l'onction, c'est quand même le malade, peut-être éclairé par un certain nombre de facteurs, mais je crois que la gravité, c'est un peu comme la douleur. Estimer la douleur de quelqu'un d'autre, ce n'est pas possible, sauf dans une écoute, une relation avec quelqu'un.

La gravité en soi, isolée, ça n'existe pas. C'est quelque chose qui doit être incarné par quelqu'un et, à partir du moment où c'est incarné par quelqu'un, ça ne peut s'apprécier que dans une relation avec quelqu'un d'autre.

L'essentiel, c'est d'essayer d'entendre ce que demande le malade, s'il demande l'onction des malades. On n'a pas à la proposer, puisque la proposer, c'est déjà poser un pronostic de gravité. On a simplement à permettre au malade de la demander et à entendre sa demande au-delà de ce qu'il dit. Il peut très bien dire qu'il ne la veut pas, alors qu'en réalité il la demande plus profondément, et réciproquement.

A. BERNADOU. — Vous m'auriez demandé : « Je suis prêtre, on va m'opérer, est-ce que je dois me préparer à quelque chose de grave ? », me connaissant, je ne suis pas du tout sûr que je vous aurais fait la même réponse que votre chirurgien. Je crois que je vous aurais dit en quelques mots que c'était votre problème et que je ne pouvais que vous engager à faire ce qu'il fallait. Je ne vous aurais pas dit : non, ce n'est pas grave. Je ne me serais pas substitué à vous, je vous aurais laissé responsable. Inversement, j'ai l'impression qu'au fond vous auriez été traumatisé. Là, votre chirurgien vous a rendu service. Avec moi, vous auriez été sûrement très déprimé. Or je ne vois pas pourquoi vous n'auriez pas reçu l'onction, puisque vous en aviez fait la demande et que vous aviez un risque, à mon avis, incontestable.

P.-M. Gy. — D'après ce que vous venez de dire, de votre point de vue, il faudrait écarter complètement la notion de danger.

A. BERNADOU. — Non, je ne le pense pas. Mais pour moi la notion de danger vécu est plus importante que la notion de danger désincarné. La notion de danger médical, scientifique, je ne sais pas ce que c'est pour un malade particulier. Je sais ce que c'est par rapport à une série de 500 leucémies que je suis en train d'étudier. Mais pour ce malade, ce dossier parmi les 500, aucune de mes conclusions ne sera valable. Je veux dire que l'objet d'une médecine scientifique, c'est de décrire constamment des maladies qui n'existent pas. Aucun malade ne correspond à la définition de la maladie dont il est porteur. Or vous nous demandez, non pas un pronostic collectif, mais un pronostic individuel, au coup par coup, un pronostic vécu.

Ph. GARNIER. — Je voudrais simplement ajouter quelque chose qui va peut-être mettre les choses en forme. Balint² a dit qu'on avait affaire à deux maladies, la maladie dite « autogène », qui est la maladie telle que la vit le malade, et la maladie qu'il appelle « iatrogène », qui est la maladie telle que le médecin

2. Psychanalyste anglais, auteur de *Le médecin, son malade et la maladie*, trad. de l'anglais par J.-P. Valabrega, nouv. éd. rev. et augm., Paris : Payot (coll. « Petite bibliothèque »), 1966, 422 p.

la décrit. Et il ajoute qu'elles ne se superposent pas exactement. Il peut y avoir des points de contact, mais parfois il n'y en a aucun. Et le médecin doit sans cesse se préoccuper de l'existence des deux maladies, se rendre compte du décalage et tenter, au sein de la relation créée, de lui permettre de se réduire. Je crois que, pour ce problème de l'onction, il y a aussi deux choses : il y a la gravité sociale, socio-familiale, la gravité qui m'apparaît à moi en fonction du diagnostic, de ce que vit la famille, etc., et puis il y a la gravité vécue par le malade. Il faut vraiment entendre les deux et ne jamais donner la prépondérance à l'une, ou si l'on donne la prépondérance à l'une, c'est toujours à celle du malade. Et la gravité se situe là, c'est la gravité telle que le malade la vit. Alors que si l'on perd cette notion qu'il y a deux gravités, on va toujours raisonner en fonction de la gravité formelle, parce que c'est plus facile.

P.-M. Gy. — Ce que vous venez de dire là bouscule mes idées : Cela représente-t-il votre pensée ici, ou une pensée très commune entre les médecins ?

Ph. GARNIER. — C'est la pensée des médecins qui ont eu affaire avec la psychanalyse.

Fr. TURQUET. — Dans le corps médical — même si c'est une minorité — c'est une minorité qui est très agissante et qui se développe. C'est le signe de la médecine de demain.

A. BERNADOU. — Certainement. Je ne suis pas psychanalyste, je ne suis pas psychiatre et je ne lis rien concernant la psychologie du malade, mais je crois que mon attitude et celle des médecins qui m'entourent est très imprégnée de ce que vient de dire Garnier, à savoir que le malade n'est plus l'objet d'étude des maladies. Je passe mon temps, ma vie, à faire des dossiers, à ne pas m'occuper du tout du malade : pour moi, le malade, c'est très souvent une fiche perforée. Mais lorsque je reporte cela sur la personne qui est assise en face de moi, je suis totalement différent. Ma fiche perforée est un instrument de travail qui me permet d'être un bon technicien de la santé, mais elle n'est pas du tout transposable à la personne qui est là devant moi, ce qui veut dire que, si la personne qui est devant moi nie ma fiche, ne veut pas en entendre parler, dit que ce n'est pas son problème, je dois entièrement respecter ce qu'elle dit. Son problème reste à elle, entier, sur le plan humain. C'est elle qui a raison ; dans tous les cas, elle a raison.

Naguère, il fallait un diagnostic. Or maintenant nous comprenons que le diagnostic n'est pas le principal, n'est qu'une étape du raisonnement. Car à partir du moment où l'on parle thérapeutique, peu importe le nom de la maladie. Ce qui importe, c'est de comprendre pour arranger les choses que ce soit au plan physiologique, que ce soit au plan psychosomatique. Vous aurez de plus en plus de mal à trouver devant vous des médecins formalistes et rigoureux quant aux définitions des maladies, quant aux définitions des pronostics. Vous trouverez de plus en

plus des gens qui vous sembleront fluctuants, parce que l'homme malade a un vécu fluctuant mais aussi parce que la pensée scientifique médicale est fluctuante.

P.-M. GY. — Alors, de ce point de vue, la règle concernant le sacrement vous paraît, au fond, se rapprocher d'une sorte de simplicité objectivée qui était plus celle de l'état antérieur de la médecine que l'état actuel ?

A. BERNADOU. — Certainement. Ce sacrement est-il le sacrement des malades ou celui de la maladie ? Je ne suis pas théologien, mais je pense qu'un sacrement des malades s'adresse d'abord à la personne qui est devant vous. C'est pour cela que la notion de « gravité » m'a d'emblée laissé réticent, dans la mesure où, à ce moment-là, je m'interpose et prends la place du malade, en jugeant pour lui. Le prêtre va se faire une opinion en interrogeant à droite, à gauche ; il ne pourra pas faire autrement. Et on en revient toujours, effectivement, à ce que, si le malade le demande, quelle que soit la gravité pour moi médecin, c'est sa gravité à lui qui prime.

Ph. GARNIER. — On en vient maintenant à dire que le savoir sur la maladie, qui jusqu'à présent était l'apanage du médecin, on ne sait plus actuellement où il est. On ne sait pas si ce n'est pas le malade qui peut y accéder préférentiellement au médecin. Or la gravité, elle fait partie du savoir sur la maladie. A la limite, on peut dire que seul le malade peut dire quelle est la gravité pour lui de sa maladie.

Fr. TURQUET. — Cela paraît tout de même un peu paradoxal, ce que vous dites-là.

Ph. GARNIER. — C'est dire dans un autre langage ce que Bernadou a dit à propos de sa fiche perforée. C'est dire que notre savoir médical strict sur la maladie, c'est la maladie iatrogène, qui n'a de sens que dans notre discours médical, mais qui n'a aucun sens dans le discours du malade. Autrement dit, le savoir vraiment important sur sa propre maladie, il n'y a que le malade qui peut y accéder.

A. VINEL. — En réfléchissant à notre rencontre de ce soir, nous avons évoqué l'hypothèse de la définition d'un certain nombre de « cas » où l'onction des malades s'imposerait, une sorte de liste.

A. BERNADOU. — Je dirais que même pour cela, il ne faut vous faire aucune illusion. Vous ne trouverez aucun médecin sérieux qui vous dressera cette liste.

P.-M. GY. — Ce mot de « liste » n'est pas bon, mais il reste que nous représentons un extrême privilégié de la situation à laquelle le rituel doit faire face. A l'autre extrême, il y a des huttes au Basutoland, avec des gens qui sont baptisés. Il y a un prêtre, un médecin par-ci, par-là, et il faut que ces braves gens aient des points de repère.

QUELQUES POINTS PARTICULIERS

« On pourra prendre conseil du médecin traitant. »

A. VINEL. — Que penser de la dernière phrase du numéro 8 : « Eventuellement, on pourra prendre conseil du médecin traitant » ?

P.-M. GY. — Les rédacteurs du rituel ont tâché de formuler cela en des termes tels que cela ne gêne pas les médecins par rapport aux règles, qui varient d'un pays à l'autre, du secret professionnel. Il est évident qu'on ne va pas aller trouver le médecin et lui dire : voilà, est-ce que c'est grave ou pas ? Mais on peut prendre contact, si cela se trouve.

Ph. GARNIER. — Et qui est cet « on » qui prend contact ?

P.-M. GY. — « On », ce peut être le prêtre, ce peut être la famille. C'est exprès qu'on n'a pas mentionné le prêtre.

L'onction donnée aux petits enfants

Ph. GARNIER. — Le numéro 12 parle des enfants « qui ont un usage de la raison tel qu'ils puissent être réconfortés par le sacrement ».

P.-M. GY. — Dans le texte précédent, il y avait : « après l'âge de raison ».

Ph. GARNIER. — Je citerais ce texte dans le groupe auquel j'appartiens, les gens diraient : mais qu'est-ce que c'est que cette histoire de « raison » ? Pourquoi est-ce qu'on ne ferait pas l'onction à un enfant de six mois, du moment que les parents le demandent ? Est-ce que, pour cet enfant en bas âge, si je sais qu'il a une maladie que j'estime grave, je ne puis pas prendre l'engagement pour l'onction des malades de la même façon que pour le baptême, parce que cet enfant, il est porté par une certaine famille. Ces petits ne peuvent pas encore parler dans cette famille, mais...

P.-M. GY. — Ce texte est dans une tradition vivante. Ce que l'on propose pour l'onction, c'est la même chose que pour la toute première communion. Dans une famille vraiment croyante, un enfant pourra communier plus tôt parce qu'il y aura une sorte d'ouverture dans un milieu de foi. Pour le reste, la règle du Rituel est assez souple pour ne pas exclure une évolution sur des points où, peut-être, la Providence en voudra.

CONCLUSION

Le rôle du prêtre quand les médecins ne peuvent plus rien.

A. BERNADOU. — J'avoue avoir été un peu choqué par le fait qu'au fond, le sacrement des malades, donc l'extrême-onction, ne répondait absolument pas à ce qu'on voit en réalité dans le monde hospitalier. Il y manque un sacrement qui aide les croyants malades qui dans mon expérience sont les mêmes malades que les non-croyants. Il manque quelque chose que l'Eglise catholique est capable d'apporter à ce moment-là, quelque chose de très important qu'en tant qu'homme isolé on se sent bien incapable d'apporter. Face à soi-même, face à sa propre mort, face à un vide, quelle réponse peut avoir le seul médecin ?

Donc, si on fait évoluer le sacrement des malades qui est une manière d'apporter une réponse, cela n'a peut-être pas une importance énorme que l'on définisse bien cette notion de gravité. Au contraire, je crois qu'il faut bien se garder de trop la définir, de manière à ce que ce sacrement puisse vivre et que vous puissiez, dans la pratique, en faire quelque chose qui soit l'approche d'une réponse.

A. VINEL. — Mais comment arriver à situer l'action du prêtre ? Vous suggérez qu'il est celui qui peut intervenir quand le médecin ne peut plus rien faire. Alors on retrouve l'image que l'on présente du prêtre, dont l'arrivée veut dire que tout est perdu.

A. BERNADOU. — C'est si vrai que le médecin non croyant a trouvé : il remplace le prêtre par le psychologue. Quand ça ne va pas, quand le malade va mourir, le médecin, lui, n'est pas là. Il a trouvé le prêtre correspondant qui est le psychologue.

Si le médecin est croyant, il n'a pas besoin d'avoir un psychologue attaché au service, il envoie l'aumônier. L'attitude de ces deux types de médecins est sans doute ambiguë, mais je pense que le prêtre a quelque chose à donner, même si son instrument de travail n'est pas actuellement parfait, tandis que le psychologue, à mon avis, n'a rien à donner.

Ph. GARNIER. — Oui, mais là où je ne rejoins pas cette perspective, c'est dans la notion d'avoir quelque chose à donner ou non. L'un comme l'autre peuvent très bien « entendre ». Or l'expérience montre que ce qui compte, c'est d'être entendu, ce n'est pas tellement d'avoir quelque chose à se mettre sous la dent. A partir du moment où quelqu'un a pu parler de sa souffrance à quelqu'un, et où sa souffrance a été entendue, il n'y a pas besoin de réponse. D'ailleurs, regardez les infirmières

qui savent cela beaucoup mieux que nous — parce que nous, effectivement, quand il y a la mort quelque part, nous nous sauvons : le système hospitalier est fait pour préserver les médecins de la mort — elles ne répondent pas, mais elles entendent et elles savent prendre une main, faire le geste qu'il faut.

Le danger, ce serait vraiment d'avoir quelque chose à donner, parce que, quand on a quelque chose à donner, on se dépêche de donner sa marchandise et ça permet d'être tranquille. Alors peut-être vaut-il mieux permettre à une demande de cheminer, faire un bout de chemin ensemble en disant qu'il se passera ce qui se passera, mais qu'au moins on sera là. Et puis, si la rencontre avec le Christ peut se faire dans ce bout de chemin, alors tant mieux.

(Propos recueillis par André VINEL.)