

**Les soins palliatifs :**  
**Une ethnomédecine occidentale**  
**à la croisée des chemins**



François Rosselet

Saint-Saphorin, août 2012

## Introduction : la construction d'un sujet

*« De nouveaux buts demandent des yeux  
nouveaux pour les voir et un cœur  
nouveau pour les désirer »*

*Carl Gustav Jung*

« Quand tu me verras dans mon cercueil, dit Jean-Pierre, regarde-moi comme si tu me voyais dans mon berceau ». « Depuis que je suis malade, ma vie est devenue plus profonde qu'avant », dit Charles quelques semaines avant sa mort. Quand l'humain est confronté réellement à une fin qu'il peut entrevoir comme inéluctable à brève échéance, il est comme convoqué dans un questionnement, dans une remise en question dont je peux dire, avec la certitude que me donne l'expérience, qu'elle est radicale. Tous les schémas de pensée, toutes les croyances et toutes les certitudes se mettent à vaciller dans ce nouveau contexte. Et c'est alors un travail immense qui commence, un nouvel apprentissage, une confrontation radicale qui se vit et se traverse non seulement par la pensée, mais surtout par le corps et par les émotions. Il s'agit ni plus ni moins que de redonner sens à une existence où tout l'équilibre existentiel est mis à mal.

C'est l'accompagnement de cette confrontation essentielle qui constitue mon travail dans les soins palliatifs. Et c'est pour mieux situer l'approche palliative des soins que j'ai entrepris cette étude. En quoi consiste la spécificité, le génie propre de cette approche ? Dans le monde de l'hôpital, on travaille pour soigner et pour guérir, et la mort apparaît alors (et encore trop souvent) comme une empêcheuse de mener sa mission correctement. Et cela est d'autant plus difficile à assumer que la technicité des soins permet aujourd'hui de plus en plus de « miracles » en la matière. Les soins palliatifs nous amènent ailleurs en posant une autre question : que faire quand il n'y a plus rien à faire ? Et du point de vue du patient, la question se pose ainsi : qui suis-je quand je ne suis plus rien ?

C'est dans le contexte de la médecine triomphante de la fin du 20<sup>e</sup> siècle que sont apparus, à la fin des années 60, les soins palliatifs. Ils sont également nés comme une protestation contre ce qui était en train de devenir de l'acharnement thérapeutique. A cette époque, en somme, on était condamné à mourir soit au milieu de la technicité médicale, soit abandonné dans un couloir, au motif qu' « il n'y a plus rien à faire ». Entre l'excès du faire et le vide de l'abandon, entre le tout et le rien. Dans ce schéma occidental

dominant, le dilemme se situe entre l'acharnement thérapeutique et l'abandon de traitement, autant dire : entre Charybde et Scylla ! Les soins palliatifs ont donc résonné comme une protestation, pour remettre l'humain au cœur du processus ,et pour permettre au terme le plus naturel possible de la vie d'advenir.

On pressent ici déjà qu'ils se situent comme au carrefour de deux logiques extrêmes : technique et rationnelle, ou humaine et naturelle. Nous ferons, au cours de ce travail, la connaissance de soignants qui tentent concrètement de naviguer entre une logique d'extériorité, de rationalité et de séparation, dominante en Occident, et une logique d'intériorité, de sensation et d'unité, qui est véhiculée par les peuples traditionnels, et peut constituer une ressource utile dans notre monde rationnel et scientifique en général, et dans celui de la médecine et du soin en particulier.

Pour illustrer cette opposition, j'aimerais mentionner ce film qui a battu tous les records d'entrées : « *Avatar* » de James Cameron, sorti en 2009, et dont l'action se passe en l'an 2154 sur la planète Pandora<sup>1</sup>. Ce n'est d'ailleurs sans doute pas un hasard si ce film a remporté, dans la période qui est la nôtre, un tel succès. Son thème central réside, à mon sens, dans la question religieuse. Il s'agit d'une confrontation, très violente au demeurant, entre les deux logiques dont nous venons de parler: la logique de la technique triomphante au service de l'expansion de la « civilisation », confrontée à la logique très « chamanique » du peuple des Na'vis, attaché à sa terre et à ses racines spirituelles. Les Na'vis ont privilégié les liens spirituels avec la nature, et n'ont de ce fait pas eu besoin de développer la technologie. Le film est ouvertement manichéen<sup>2</sup>, mais il pointe une confrontation dont l'avenir de notre planète dépend aussi ! Ce sont deux visions du monde qui s'affrontent, deux logiques irréconciliables qui se font face, et la logique occidentale (pour faire court) se montre la plus prédatrice des deux, que ce soit au 16<sup>e</sup> ou au 22<sup>e</sup> siècle !

Mais revenons au 21<sup>e</sup> siècle. Les soins palliatifs sont nés dans un contexte occidental, et ils constituent, entre autres éléments, une protestation contre une dérive biomédicale et

---

<sup>1</sup> Un nom qui en grec signifie « tous les dons » ; c'est donc le rapport à la mère-nature dans sa générosité et son abondance qui est questionné ici.

<sup>2</sup> Dans le film, l'absolutisme occidental est certes tempéré par des scientifiques conscients du danger et qui cherchent par tous les moyens à empêcher le massacre. Ce sont peut-être, et toutes proportions gardées, les Bartolomé de la Casas du 22<sup>e</sup> siècle !

technique qui a souvent laissé de côté l'humain, dans sa dimension plus globale. Ils constituent donc dans leur essence un appel à « autre chose », à une intégration de tous les aspects de l'humain. Ils sonnent également comme un retour à une prise en charge qui était celle de la médecine d'avant la Renaissance - je pense ici aux fameux « hospices » du Moyen-Age, dont Beaune est l'illustration parfaite. Et cet appel à autre chose des soins palliatifs pourrait, à mon sens, constituer aussi un rappel d'une vision du monde partagée par ceux qu'on appelle les peuples traditionnels. Toutefois, les soins palliatifs ne peuvent pas renier leur appartenance à la culture médicale occidentale, même s'ils en constituent une forme quelque peu marginale.

Les soins palliatifs se trouvent donc au carrefour de deux logiques que tout semble opposer, l'occidentale et la traditionnelle<sup>3</sup>. Nous le verrons, je préfère quant à moi parler plutôt d'un continuum entre deux extrêmes, et non pas de deux irréductibles opposés. On parlera plutôt d'un curseur qui se promène le long d'une échelle où les gradations sont fines. Le long de cette échelle, les soins palliatifs se meuvent à la recherche d'une stabilité dynamique, et d'un équilibre toujours en quête de lui-même.

## **I. Développer une autre logique pour les soins ?**

### **1) A l'école des peuples traditionnels**

*Ma force vient du poisson, mon sang vient du poisson, des racines et des baies.*

*Chef Weninock (Yakimas)*

Il est difficile d'appréhender une logique qui est (et qui restera toujours) étrangère pour un Occidental, tant il est vrai que notre vision du monde, notre langage et notre cerveau sont construits par notre logique. Cela constitue à mon sens une limite, qui ne doit pourtant pas nous empêcher de travailler à entendre, à voir et à sentir les harmoniques du monde des peuples traditionnels...

---

<sup>3</sup> Même s'il va s'agir souvent de peuples traditionnels situés dans un ailleurs, il ne faut pas oublier que le « traditionnel » vit aussi au cœur de l'Occident. N'opposons pas l'ici et l'ailleurs en cette affaire, puisque l'on constate que ce que l'on croyait être ailleurs se déploie souvent ici. Voir p.ex. dans nos contrées l'engouement pour les guérisseurs et les détenteurs de « secret ».

## Tout est Un<sup>4</sup>

Partons donc à la découverte de ce monde traditionnel et de ses notions-clés, au sein desquelles la notion de l'Un joue un rôle primordial. Penser l'Un, agir et parler l'Un est chose difficile pour un Occidental. C'est à la fois un sentiment et une sensation de l'unité du monde visible et invisible. Cette unité envisage, en effet, dans un même regard le monde créé qui nous entoure et le monde spirituel invisible dans lequel nous nous insérons tout autant. Il me paraît important de poser au départ cette notion de l'unité du tout, même si, dans un second temps, la pensée traditionnelle envisage elle aussi les choses sous leurs différentes « apparences » : cela n'empêche nullement le travail de différenciation et de classification qui permet et favorise le contact entre l'homme et son milieu. Néanmoins, je le crois, c'est la pensée de l'Un qui précède, ou plutôt qui englobe la vision classificatrice et séparatrice. Car, dans l'opération de la séparation – classification, l'unité n'est pas perdue pour autant. Et en ce sens, je trouve important de faire une différence entre l'unité d'avant la séparation et l'unité d'après la séparation. La seconde est la plus riche, car elle « transcende et inclut » la séparation. En Occident, c'est sans doute cette unité d'après la séparation qui nous manque : la fascination exercée par la séparation (la raison qui décortique) nous a fait oublier le retour à l'Un. L'Occident est demeuré bloqué par la fascination d'un multiple toujours plus multiple et dispersé !

Dans la logique dite traditionnelle, rien n'est ontologiquement séparé, rien n'est ni isolé ni isolable en fin de compte<sup>5</sup>. Les différents éléments qui composent l'univers (y compris l'homme lui-même) y ont, au contraire, une forme de parenté d'essence. C'est ce qu'affirme la fameuse expression des Sioux Oglala : « Mitaku Oyasin », qui se traduit par : « Nous sommes tous apparentés » (Epes Brown, 1996 : 157). La vision du multiple s'ordonne donc autour d'un tout unifié : « Le monde des Lakotas, cependant, n'est ni astructuré ni chaotique, car en deçà de la fluidité des apparences réside le trait d'union du concept de *wakan*. L'agencement ultime de la multiplicité à l'intérieur du principe

---

<sup>4</sup> Je choisis l'orthographe « Un » plutôt que « un » pour faciliter la clarté du propos.

<sup>5</sup> On notera qu'en Occident également, on trouve des mystiques de l'Un, p.ex. dans le « Cantiques des Créatures » de St-François d'Assise, où il s'adresse entre autres à « Frère Soleil » ou « Sœur Lune ».

unifiant de *Wakan Tanka*<sup>6</sup> ne met pas en péril l'unité essentielle » (Epes Brown, 1996 : 160).

On peut également, comme le fait Philippe Bobola (2007), employer le mot de « reliance » pour décrire cette unité. La reliance est cette sensation de l'unité de tout et des liens « ontologiques » qui réunissent tous les êtres. Pour illustrer cette reliance d'une manière simple et claire, on peut reprendre cette déclaration d'un Kogi citée par Bobola (2007) : « je ne veux pas pleurer parce que si je me laisse aller à pleurer, ça va faire déborder les rivières ». La reliance, c'est cette conscience intime que tout est en lien, même à distance, parce que tout procède de l'Un et y retourne. C'est une vision que l'on peut caractériser d'holistique<sup>7</sup>. La physique quantique, occidentale, corrobore sur ce point la vision traditionnelle, notamment par le concept d'« intrication » : deux particules qui ont été en contact le seront toujours, quelle que soit la distance ou le temps qui les séparent.

### **Les mythes des origines**

Les mythes des origines fondent par la narration cette vision holistique du monde, et posent au commencement de tout<sup>8</sup> la dimension sacrée de toutes choses. On retrouve un mythe des origines dans toutes les cultures traditionnelles, ainsi que dans la nôtre. Tout ce qui existe émane d'une source, une intention première, qui est d'origine divine : tous les êtres qui composent le monde sont à jamais unis par ce seul fait. Chez les Ojibwés, par exemple, c'est Kitche Manitu qui est à l'origine du monde, un monde qu'il a d'abord rêvé avant de lui donner l'existence. Du fait de cette origine divine, ce qui confère l'unité au monde selon les civilisations premières, c'est cette dimension proprement religieuse, comme le souligne Eric Navet : « La plupart des anthropologues qui se sont intéressés aux religions « primitives » ont conclu à la prééminence du phénomène religieux dans les sociétés traditionnelles » (Navet, 2007 : 320).

---

<sup>6</sup> Wakan Tanka veut dire littéralement : « Grand Mystère ».

<sup>7</sup> En ce qui concerne l'Occident, les visions holistiques ne manquent pas, évidemment: que l'on pense seulement à toute la lignée de la mystique chrétienne en général, et de la mystique rhénane en particulier (Maître Eckhart, Jean Tauler, Henri Suso, etc).

<sup>8</sup> Notons ici que la notion même de commencement fait discussion dans un monde « cyclique ». Les mythes des origines décrivent-ils un commencement linéaire ou plutôt une origine à comprendre comme intention première, sorte de « moteur » du mouvement cyclique ?

Mais il faut ajouter tout de suite que le religieux ici ne doit pas être compris comme restreint au seul domaine spirituel ou divin. Car le mythe d'origine concerne également l'origine de la société, des pratiques concrètes, comme la chasse ou l'artisanat, jusqu'à l'organisation de la vie sociale.

Ainsi, les particularités ou les divisions entre des domaines différents, ainsi que les répartitions sociales pourtant si importantes, viennent en second par rapport à l'Un, le divin ou le sacré<sup>9</sup>. L'important ici est de maintenir le lien vivant : « C'est parce qu'il importe à la fois de « donner vie » à la Vision primordiale, c'est-à-dire d'assurer la pérennité du monde vivant, et de préserver le lien avec cette « vision » qui donne sens et signification audit monde, que celui-ci est par définition sacré, religieux » (Navet, 2007 : 326-327). L'enjeu de cette vision de l'Un est donc de taille : il s'agit ni plus ni moins que de la préservation de la vie, ce qui signifie « entretenir des relations de familiarité et d'intimité avec un environnement globalement sacralisé » (Navet, 2007 : 126). Et cela prend en compte ce « besoin « vital » d'accéder au numineux, de réintégrer l'unité de la Création » (Navet, 2007 : 329).

Mais s'il faut la réintégrer, c'est bien que cette notion de l'Un n'est pas figée dans une intangibilité éternelle. Elle doit sans cesse être redite, revécue, retravaillée. Elle fait l'objet de toutes les attentions ; la rejoindre constitue même le but de la vie. Et c'est ici qu'apparaît la notion d'équilibre. Pour maintenir une relation avec le grand courant de la vie, il s'agit de maintenir l'équilibre du cosmos ; l'équilibre doit toujours être retrouvé. Et les Ojibwés nous donnent à penser en distinguant trois variantes différentes : « l'équilibre du rapport qu'entretient la société humaine avec le reste de la Création visible et invisible ; l'équilibre des relations interpersonnelles au sein du groupe local et entre les communautés ; l'équilibre de l'individu » (Navet, 2007 : 329).

### **Ce qui tient les choses ensemble**

Il s'agit de préciser maintenant en quoi tout est Un, et de se demander quel est le phénomène qui, traversant tout être, le relie à l'unité du tout - se demander, en somme, comment cette unité « se tient ensemble ». On dira d'abord que c'est leur origine commune qui confère à tout ce qui est une substance commune - et là, les mots

---

<sup>9</sup> Les mots sont ici trop étroits pour contenir une réalité si englobante, d'où la juxtaposition de trois manières différentes de le dire ; on pourrait assurément en donner encore d'autres.

deviennent rapidement difficiles à manier, car ils semblent bien étroits pour contenir une réalité qui dépasse toutes les autres. On peut parler d'« esprit », comme celui qui habite chaque élément de la création : chaque réalité créée, en effet, dans la pensée des peuples premiers, a et est habitée par un esprit. Et quand un « homme traditionnel » regarde une montagne, une plante ou un animal, il peut discerner l'esprit qui anime la réalité en question. On pourrait aussi parler d'« âme », si ce mot n'était pas si particulièrement connoté en Occident<sup>10</sup>. Chez les Ojibwés p.ex., « l'âme [...] est le cordon ombilical qui relie [l'homme] à l'acte créateur et lui permet, par la vision de cet acte, de devenir à son tour créateur » (Navet, 2007 : 164). L'âme relie et donne sens à l'existence. Ainsi, du point de vue traditionnel, on dira que la spiritualité (littéralement : qui a trait au « spiritus », l'esprit, le souffle) est la clé qui unifie l'entier du monde visible et invisible. On pourrait aussi, selon moi, exprimer cela par les notions modernes de vibration ou d'énergie. Nous verrons que cet élément joue un rôle prédominant dans les soins.

Un dernier mot pour dire que cette vision holistique implique également une éthique : le rapport à l'environnement matériel et immatériel, ainsi que le rapport à soi-même, ces deux rapports ne peuvent plus être envisagés en termes de prédation ou de consommation<sup>11</sup>. Chaque plante, chaque animal, chaque minéral est un être vivant. Si donc chaque être est traversé par le même « esprit », si chaque règne (humain, animal, végétal, minéral) ne constitue qu'un vêtement particulier dans lequel apparaît la même « essence », alors on ne peut pas se comporter vis-à-vis de l'autre, quel qu'il soit, comme un prédateur<sup>12</sup> ; en dernière analyse, en effet, l'autre c'est moi, et je suis l'autre<sup>13</sup>. Le même rapport existe entre l'humain et la nature, le cosmos, et le monde spirituel ou divin. Concrètement, si l'on tient compte de cette notion de reliance, on va p.ex. cueillir

---

<sup>10</sup> Dans son dernier ouvrage, Frédéric Lenoir (2012) parle de la notion de « L'âme du monde » pour définir le divin d'une manière plus neutre.

<sup>11</sup> Selon l'expression de Jean-Yves Leloup, il s'agirait de passer d'un rapport de consommation à un rapport de communion avec les choses et les êtres (J. Y. Leloup, conversation privée).

<sup>12</sup> On notera (*cum grano salis*) qu'un certain rapport de l'Occident avec la spiritualité a toutes les caractéristiques de la prédation consummatrice !

<sup>13</sup> Cette vision que l'on pourrait qualifier d'idyllique ne doit pourtant pas occulter le rapport souvent empreint de violence que l'on rencontre chez les peuples traditionnels (guerre, chamanisme noir, sorcellerie, et autres violences sociales). L'équilibre recherché n'est de loin pas toujours réalisé ! « La vie reste un phénomène essentiellement conflictuel [...] et rien n'est jamais acquis définitivement. Un monde beau, ordonné et équilibré n'est jamais plus qu'un projet, une fin vers laquelle il faut tendre en assumant pleinement les contingences du vivant » (Navet, 2007 : 328).

une plante autrement, ou procéder à la chasse autrement. Dans le même sens, il y a des interdits dont la transgression comporte des conséquences beaucoup plus vastes : « celui qui cueille une plante qui ne doit pas être cueillie peut déranger une étoile ». La reliance a donc des effets on ne peut plus concrets sur le comportement et sur la façon d'être au monde. Et le maître mot qui caractérise cette relation pourrait être le respect, de même aussi que son corollaire, la responsabilité !

Il faut donc retenir ici, en lien avec l'unité fondamentale de toutes choses, les concepts de reliance et d'équilibre, qui doivent se décliner aussi dans l'approche de la maladie, des soins, de la guérison et de la mort. Mais ils ont tout d'abord une application très concrète dans la notion de communauté dont nous allons parler maintenant.

## **La communauté**

Du point de vue de la logique traditionnelle, il faut affirmer sans ambages que l'individualisme est une fiction. En 2007, le Musée du Quai Branly a organisé une exposition intitulée : « Qu'est-ce qu'un corps ? ». Car le corps représente, en effet, le médiateur avec ce qui est extérieur à lui. J'aimerais citer ici Stéphane Breton, commissaire de l'exposition, dans sa présentation de celle-ci :

« Pour le sujet moderne, le corps est le lieu où il croit trouver son irréductible singularité et exercer sa pleine souveraineté. C'est sur cette évidence que repose en grande partie l'idée typiquement occidentale d'un « individu » au sens moral, c'est-à-dire d'un sujet normatif indépendant qui se déterminerait seul et représenterait la valeur absolue de la société dans laquelle il vit.

L'exposition veut ébranler les bases d'une telle évidence et montrer, en adoptant le point de vue de l'anthropologie comparative, qu'il n'est pas de société humaine - y compris la nôtre, malgré ce qu'elle croit - où le corps soit jamais considéré comme un objet de pensée et d'action strictement individuel, comme une chose privée.

C'est au contraire partout une chose commune sur laquelle s'exerce un certain partage de souveraineté. C'est que le corps n'est jamais conçu comme une chose fermée, comme un fait brut ou un organisme achevé sur lequel la société ne pourrait agir et qu'elle recevrait tel quel.

Il est l'objet d'une fabrication sociale réalisée en établissant une relation avec autre chose, avec « quelqu'un » d'autre. Avoir un corps propre, ce n'est pas tant posséder un attribut personnel et entretenir un rapport de soi à soi, que nouer une relation avec quelque chose qui n'est pas soi. Je ne suis pas seul dans mon corps : il y a en lui un morceau d'autre chose et il est à son tour un morceau d'autre chose ». (Breton, 2007)

On ne peut mieux dire. Et la relation à la communauté constitue l'un des trois équilibres que nous venons d'évoquer. L'humain, dont la liberté individuelle n'est pas contestée, au

contraire, cet humain n'est véritablement lui-même que s'il est inséré dans une communauté. Et l'on ajoutera immédiatement que la relation à la communauté, à la tribu, est fondamentalement aussi une question religieuse en ce qu'elle contribue à l'harmonie et à l'équilibre de la totalité.

Il est donc impensable d'envisager l'humain comme une singularité coupée de son environnement. L'appartenance à la communauté reste primordiale, elle est impliquée à chaque instant de la vie sociale, et particulièrement dans la survenue de la maladie et dans le processus qui conduit à sa guérison. Guérir le malade, c'est guérir la communauté, et guérir la communauté permet de guérir le malade<sup>14</sup>. Dans le même sens, on peut dire encore que la maladie d'un de ses membres peut aussi être le signe que c'est le clan ou la société dans son entier qui est malade. L'Occident, d'ailleurs, parle lui aussi de « maladies de société ». Que dire de la santé d'une société quand le taux de cancers des enfants est en augmentation, sans parler des maladies dites de civilisation comme le diabète ou l'hypercholestérolémie, ou des maladies psychiques comme la dépression dont la prévalence est en constante augmentation ? L'Occident pourrait s'inspirer de cette vision « communautaire » des peuples traditionnels, en repensant la notion d'une maladie de la société qui est révélée par les symptômes récurrents de ses membres. Mais l'idée de soigner la société demeure encore trop souvent étrangère à la logique de l'Occident.

## **La maladie et ses causes**

Du point de vue de la logique traditionnelle, le simple fait d'étudier la maladie en tant que telle constitue déjà une forme de contresens ; en effet, la maladie ici n'existe pas en elle-même comme cette entité isolable et maîtrisable qu'y voit l'Occident. Au contraire, elle ne peut s'envisager que dans un contexte plus large qui fait, selon les mots de Jean Benoist, « apparaître la médecine, la religion et la société comme consubstantielles au point de ne pouvoir être envisagées indépendamment les unes des autres »<sup>15</sup>. Ce que confirme Ake Hultkrantz à propos des Indiens d'Amérique, chez qui « la médecine et la religion constituent les deux faces d'une même pièce de monnaie » (1995 : 15). Tout est

---

<sup>14</sup> Cela dit, on notera que l'approche systémique en thérapie, où le soin porté à la dimension transgénérationnelle est primordial, ne trouverait sans doute pas cela incongru, au contraire !

<sup>15</sup> « Les médecines traditionnelles », interview de Jean Benoist, in : Arom, 1993: 94

en lien, rien n'est isolé ni isolable dans cette vision du monde. Tout est interconnecté, pour prendre un terme à la mode. « La maladie est perçue comme le résultat d'un dysfonctionnement entre un individu et le reste du monde pris au sens large (homme, animaux, forêt, esprits) » (Costa, 2001 : 53).

Si tout est interconnecté et donc interdépendant, tout est en équilibre. Ainsi, comme le dit Fools Crow, homme-médecine Sioux, « l'équilibre, également, est important pour la santé. Si nous gardons l'équilibre en tout, nous sommes en harmonie et en paix avec nous-mêmes. Peut-être l'équilibre est-il ce qu'il y a de mieux au monde pour combattre la maladie » (Mails, 1994 : 169). Or cet équilibre doit être sans cesse être maintenu, reconquis, regagné. Il est en effet toujours menacé, et doit toujours être retrouvé, en particulier à l'aide de rituels. C'est ainsi que, dans ce contexte traditionnel, la maladie représente d'abord une rupture d'équilibre : quelque chose doit être compensé ou réparé<sup>16</sup>. Quelque chose de l'harmonie se brise, que ce soit au niveau de la relation avec le monde créé, visible et/ou invisible, ou au niveau de la relation sociale et/ou interpersonnelle, ou enfin au niveau de l'harmonie que l'on peut vivre avec soi-même. C'est la théorie des trois équilibres de Navet (2007 : 329).

Si les causes des maladies résident dans de telles ruptures d'équilibre ou de lien, la maladie elle-même peut alors être vue comme un chemin vers un nouvel équilibre. En aucun cas elle ne constitue, comme on le verra plus loin, un temps vide et qui n'a aucun sens au milieu de deux temps marqués par la santé : celui d'avant la maladie et celui d'après ! Ici, au contraire, le temps de la maladie doit être habité, traversé : il peut être porteur de sens et il doit permettre à celui qui est atteint, comme à sa communauté, d'approfondir ses liens avec la vie naturelle et surnaturelle<sup>17</sup>.

Dans une logique traditionnelle, l'origine de la maladie, toujours d'essence spirituelle, est comprise de la manière suivante : « Deux grandes causes sont à l'origine des affections de type chamanique : la perte d'une des âmes du patient ou l'introduction dans le corps d'un élément étranger » (Costa, 2001 : 55). Autrement dit, elle est causée

---

<sup>16</sup> A titre de comparaison, on notera que la notion hébraïque de « Shalom » correspond bien à ce sens, puisqu'il s'agit au départ de la notion très concrète de contreprestation (p.ex. un contre-don), qui a pour but de retrouver la paix, de rétablir l'équilibre en vue de l'harmonie. Il ne s'agit donc là non plus pas d'un concept abstrait et figé, mais bien d'une action, et donc d'une dynamique en quête d'équilibre.

<sup>17</sup> Les mots, à nouveau, sont piégés. Je parle de surnaturel ou d'invisible et non pas de transcendance, pour rappeler que « le surnaturel est souvent immanent » (Hultkrantz, 1995 : 15, n.2).

« soit parce qu'il y a quelque chose en excès, [...] soit parce qu'il y a quelque chose qui fait défaut » (Michel, 2011 : 100). C'est la compréhension chamanique des causes de la maladie qui peut être due à l'intrusion d'un élément étranger : « La doctrine la plus commune concernant la maladie sur l'ensemble du territoire nord-américain, et dans le monde traditionnel en général, est sans aucun doute celle voulant que la maladie soit due à l'intrusion d'un objet ou d'un esprit » (Hultkrantz, 1995 : 253). Cette intrusion vient briser l'équilibre entre la personne, la société, et le monde visible et invisible.

Dans un second cas de figure, nous voyons qu'elle serait plutôt causée par un manque ou une défection : « Dans le cas d'étiologie « par défaut », le grand modèle explicatif du chamanisme réside dans ce que l'on a appelé la perte ou le vol de l'âme » (Michel, 2011 : 101). C'est suite à la perte, par vol ou par négligence, d'une partie essentielle de soi, d'une « partie d'âme », que l'humain se retrouve en état de carence : il a perdu un peu de cette énergie vitale qui le maintient debout dans le monde. Dans le premier cas, il s'agira donc de chasser le corps étranger par une extraction, et dans le second, de recouvrer la partie perdue, une forme de recouvrement d'âme<sup>18</sup>.

Ainsi c'est toute la signification de la maladie qui se modifie et qui s'ouvre sur d'autres espaces. Il s'agit de « replacer la morbidité dans un espace sémantique qui dépasse non seulement le corps souffrant, mais la personne du malade » (Laplantine, 1986 : 73) - et l'on ajoutera qu'elle dépasse aussi la dimension de la société pour inclure des dimensions que l'on qualifiera de religieuses, spirituelles ou cosmiques<sup>19</sup>.

Ainsi la maladie ne peut pas être envisagée comme un corps étranger chosifié, objectivé ; elle est bien plutôt quelque chose comme un message, elle mène sa vie propre en quelque sorte, et elle est de nature spirituelle. D'autre part, elle implique un processus au terme duquel la personne malade aura intégré à sa vie des éléments nouveaux, et aura retrouvé de nouveaux équilibres. « Guérir, c'est se donner de nouvelles normes de vie, parfois supérieures aux anciennes » (Laplantine, 1986 : 243). La maladie est donc vue selon cette logique non seulement dans sa dimension de causalité, mais également

---

<sup>18</sup> Dans le « core shamanism » de Michael Harner, les pratiques de l'extraction et du recouvrement d'âme sont enseignées comme étant les deux méthodes principales de guérison chamanique.

<sup>19</sup> Selon Laplantine, la « théorie des signatures » de Paracelse participe, par exemple, de cette rééquilibration au niveau cosmique (1986 : 72).

dans sa dimension de finalité. La maladie est un chemin qui conduit quelque part. Nous y reviendrons en parlant des soins palliatifs.

## **La mort**

« La vie implique son complément : la mort ; Kitche Manitu crée les hommes immortels, mais ceux-ci useront mal de leur liberté, et ils seront soumis, comme toutes choses, au cycle de la « naissance, de la croissance et du déclin » qui est la loi commune de toute chose créée et vivante » (Navet, 2007 : 64). C'est ce que raconte le mythe ojibwé de l'origine. La mort fait donc partie de la vie dès le début ! De plus, la mort « n'était pas considérée comme la fin de tout, mais comme le passage vers un autre état ». Elle est « la réintégration de l'ordre universel des choses. [...] L'être humain naît, vit et meurt pour renaître à nouveau, comme les plantes, comme le soleil » (Navet, 2007 : 313 et 314). On pourrait résumer les choses en disant que la vie et la mort sont deux états complémentaires, qui sont intégrés dans cet Un plus vaste où « les frontières sont si minces, voire abolies, [où] tout est équilibre et cycles éternels. [...] La vie est un processus qui transforme l'invisible en visible, la mort produit la transformation inverse » (Costa, 2001 : 23).

A sa mort, à l'issue des rituels entourant son décès, l'Indien ojibwé peut « entreprendre le long et périlleux périple vers l'Ouest, le « Pays des Morts » » (Navet, 2007 : 315). Il semble presque banal de dire que la présence d'un monde autre dans lequel les morts se rendent constitue un invariant des cultures traditionnelles, cependant la configuration, le voyage pour s'y rendre ou les critères qui en permettent l'accès, peuvent être très différenciés. Ce « voyage au pays des âmes est un retour à la Terre-Mère (retour symbolisé par le passage d'une rivière), avant la renaissance » (Navet, 2007 : 324). Ainsi, la mort est cet élément fondamental qui participe au destin de l'humain sur la terre ; elle est à la fois retour à l'Un et rupture, elle est cassure et réintégration, elle est fin de quelque chose et début de quelque chose de nouveau. En somme, la mort a une dimension inclusive en ce qu'elle touche à la fois le niveau humain et le niveau cosmique, spirituel.

## La médecine

La médecine est exercée par le guérisseur, par le chaman ; ces deux fonctions sont parfois exercées par la même personne, et parfois par deux personnes distinctes (l'une faisant le diagnostic et l'autre procédant à partir des renseignements apportés par la première). C'est ainsi le regard médical qui change. La pratique de la médecine traditionnelle est conditionnée par ce regard qui voit toujours une « intention » à l'œuvre dans le monde, et en particulier dans la maladie - contrairement à « la biologie moderne [qui] est fondée sur l'idée que la nature ne possède ni intelligence ni but, et n'est animée par de quelconques esprits » (Narby, 1995 : 132).

Tobie Nathan souligne lui aussi le fait que « toutes les « pensées sauvages » que je connais recourent à un même grand principe : l'attribution d'une intentionnalité à l'invisible » (2004 : 63-64). Cette notion d'intention doit être soulignée, car elle est le propre des logiques traditionnelles (en Occident également), et parce que, niée par l'approche biologique occidentale, elle réapparaît dans les soins palliatifs. Ce que je veux souligner ici, c'est le fait que la médecine traditionnelle traite le patient d'une manière plus vaste, et intègre dans sa pratique les notions de l'invisible ou du spirituel.

La médecine est aussi et en tout premier lieu un art de voir (de repérer l'intention à l'œuvre) : c'est tout l'art du diagnostic, dont les techniques variées ont pour but de « voir » au-delà du visible. On pourrait dire qu'il s'agit d'une sorte de « radiographie » spirituelle, dont le but est de « voir le corps en transparence », afin, par exemple, de « localiser un endroit plus opaque dans lequel s'est déposé le corps étranger » (Costa, 2001 : 55). Cette étape diagnostique, semblable en cela à la médecine occidentale, en est pourtant différente en ce qu'elle intègre cette dimension spirituelle. C'est ce qu'exprime aussi Fools Crow :

« Wakan Tanka et les Auxiliaires m'ont aidé à percevoir des choses que ne peut discerner l'œil physique. Je peux voir et sentir des choses qui échappent à la plupart des autres personnes. Des images me viennent à l'esprit et, bientôt, je trouve de nouvelles perspectives pour aborder les situations et des moyens de tout changer autour de moi. C'est très utile quand j'effectue des guérisons physiques ou spirituelles. [...] Grâce à cette vision, Wakan Tanka et les Auxiliaires me rendent capables de surmonter les obstacles suscités par la maladie ou les pouvoirs maléfiques » (Mails, 1994 : 97).

Le regard du diagnostic est le même que le regard posé sur le monde visible et invisible. « J'utilise mes yeux pour toucher avec amour et douceur » (Mails, 1994 : 98). Ces yeux qui servent aussi « à toucher la nature et à apprendre à son contact en observant les saisons, les cieux, les vents, l'herbe, les lacs et les rivières » (Mails, 1994 : 99). C'est donc un rapport au monde différent, de l'ordre de la contemplation active et de la réceptivité, qui préside à l'acte médical traditionnel.

Une dernière indication à propos de la médecine : c'est toujours la réussite effective, le résultat obtenu, qui fait la réputation du médecin. Et la « foi » du patient (non pas au sens de crédulité, mais à celui d'engagement personnel) est essentielle ; le médecin ne peut agir en dehors de cette confiance de base. C'est comme si le médecin – chaman travaillait à « potentialiser l'effet placebo en jouant au maximum sur les aspects immatériels de la maladie » (Costa, 2001 : 59). Une célèbre citation de Claude Lévi Strauss (cité par Costa : 59) résume les choses : « Quesalid n'est pas devenu un grand sorcier (chaman) parce qu'il guérissait les malades, il guérissait les malades parce qu'il était devenu un grand sorcier ».

En ce qui concerne les remèdes, enfin, mentionnons brièvement le fait que la pharmacopée est évidemment en lien avec tout ce qui précède<sup>20</sup>. Ainsi le guérisseur (chaman, sorcier) va-t-il entrer en contact avec l'esprit de la plante, avec son « intention », afin de savoir comment et à quel trouble l'appliquer. C'est ce savoir traditionnel qui est aujourd'hui l'objet de multiples recherches en vue de « validation scientifique » de la pharmacopée traditionnelle<sup>21</sup>.

## **La temporalité**

L'enracinement dans l'Un, à travers notamment les mythes des origines, offre une appréhension du temps qui, loin d'être linéaire comme en Occident, est d'une autre nature, comme l'explique Eric Navet :

---

<sup>20</sup> Se rappeler ici que seul environ 30% de la population mondiale bénéficie de la pharmacopée occidentale. Le recours à une pharmacopée « traditionnelle » est aussi le fait de l'impossibilité d'accéder à autre chose !

<sup>21</sup> Je ne résiste pas au plaisir de rapporter ici un constat de Tobie Nathan : « Quel est d'après vous le médicament le plus utilisé de par le monde ? – Je ne sais pas... peut-être l'aspirine ? – Non! C'est la prière ! Et lequel classeriez-vous en second ? [...] Eh bien, c'est le poulet ! C'est extraordinaire le nombre de poulets qui sont tués chaque jour dans le seul but de venir en aide à des humains en souffrance » (Nathan, Stengers, 2004 : 61,63).

« La référence mythique est intemporelle ; le mythe, comme la vie, s'inscrit dans un « Espace-Temps » cyclique. D'ailleurs, contrairement à l'occidental qui ne vit que dans le passé ou dans l'avenir - dans un temps qui s'accélère -, l'Ojibwé ne considère guère que le présent, c'est même, semble-t-il, l'un des traits les plus vivaces de sa culture » (2007 : 173).

C'est la première caractéristique de cette temporalité, à savoir qu'elle est cyclique : inséré dans un cycle vie – mort – vie toujours renouvelé, le temps est un perpétuel retour. On pourrait à mon avis y ajouter le fait que, dans la mesure où des choses se modifient malgré tout, ne serait-ce qu'au niveau de la prise de conscience, le temps se meut plus précisément davantage en spirale que de manière strictement circulaire. Car même si l'on repasse par la même dimension, quelque chose a malgré tout changé : c'est le principe même de la progression spiralée.

Il est donc logique que dans cette vision, le passé et le futur perdent beaucoup de leur sens, ou à tout le moins soient désabsolutisés. Seul compte véritablement le moment présent, celui de la vie qui est là, celui où tout se joue<sup>22</sup>. Toutes les mystiques du monde s'accordent pour dire que le présent est l'unique point d'accès à l'éternité, et que l'éternité se joue toujours dans l'instant présent. Par la prise en compte de la dimension profondément religieuse et spirituelle qui l'habite, on pressent que l'homme est ici en quête du temps sacré. Comme le dit Mircea Eliade, cité par Eric Navet :

« Nous nous heurtons donc, chez l'homme, à tous les niveaux, au même désir d'abolir le temps profane et de vivre dans le temps sacré. Mieux encore, nous nous trouvons en face d'un désir et d'une espérance de régénérer le temps dans sa tonalité, c'est-à-dire de pouvoir vivre [...] dans l'éternité, par la transformation de la durée en un instant éternel » (2007 : 326).

On pourrait dire que, de même que l'espace traditionnel est un espace sacré, le temps traditionnel est lui aussi dans son essence même, sacré. Cette conception du temps circulaire, où parfois même c'est le futur qui détermine le passé, cette conception n'a pas besoin d'urgence ni de rapidité. C'est au contraire la lenteur qui est privilégiée, alors que d'un point de vue occidental, la lenteur est vue comme une sorte d'infirmité, de tare, voire même de maladie. Ici, elle doit être plutôt vue comme une qualité éminemment

---

<sup>22</sup> L'importance du moment présent est simple à démontrer : peut-on être heureux demain ? Peut-on être triste hier ? Cela n'a pas de sens. Je ne peux être heureux ou triste que maintenant !

positive. C'est alors, et alors seulement, que la lenteur devient une vraie valeur, une manière de communier avec la vie.

## **Le chamanisme, clé de voûte**

*L'analyse académique du chamanisme sera toujours l'étude rationnelle de l'irrationnel, c'est-à-dire un contre-sens, un cul-de-sac.*

*Jeremy Narby*

Sous le terme de chamanisme, on a mis tant de choses, tant de concepts et de notions, qu'il est difficile d'en faire une présentation succincte. Pour le dire en un mot, le chaman est, selon moi, un médiateur de l'information en vue du bien-être commun. Pour ce faire, il est capable de voyager entre différents niveaux de réalités afin d'aller rechercher cette information, et de se diriger dans le monde invisible pour y rencontrer les êtres, et les auxiliaires qui vont le guider, l'aider et l'informer. Porteurs d'une « manière féconde et intrinsèquement cohérente d'appréhender le monde », les chamans sont non seulement des guérisseurs, mais aussi des « producteurs sophistiqués de sens », ou encore des « explorateurs de la conscience humaine » ou des « médecins de l'esprit » (Narby, 2002 : 15-16). « Pour Lévi Strauss, [le chaman] était surtout un créateur d'ordre, qui guérissait les gens en transformant leurs douleurs « incohérentes et arbitraires » en « une forme ordonnée et intelligible » » (Narby, 2001 : 22).

Un élément essentiel à mentionner est la capacité notable du chaman à entrer dans un état de conscience modifié pour accéder à cette réalité invisible dont nous avons parlé<sup>23</sup>. Les états modifiés de conscience sont au cœur de la logique traditionnelle, en ce qu'ils sont la clé qui permet de « voyager » entre les mondes (visible et invisible), et entre les réalités (ordinaire et non ordinaire)<sup>24</sup>, pour en manifester, en quelque sorte, l'unité. Les chamans sont des professionnels de la transe, comme le relève aussi Nachez : « L'état de conscience chamanique comprend divers degrés de transe, de la plus légère (chez la plupart des chamans indiens d'Amérique du Nord) à la plus profonde (chez les Lapons,

---

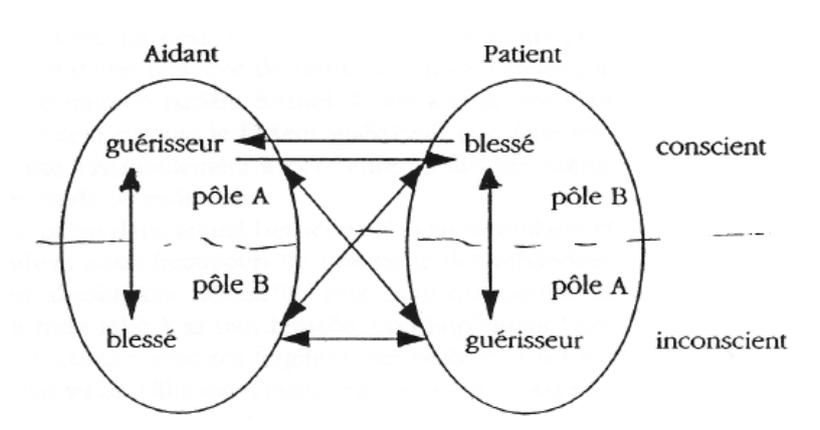
<sup>23</sup> Ici encore les mots sont multiples ; on parlera de transe, d'état de conscience chamanique (Harner), d'extase (Eliade), d'ivresse, etc... Quoique passionnante, cette question dépasse les limites de ce travail.

<sup>24</sup> Et même entre un « état de conscience ordinaire » et un « état de conscience chamanique », selon la terminologie de Michael Harner (2011 : 24).

où un chaman peut temporairement entrer dans le coma) » (2000 : 16). Le passage à un état modifié de conscience permet de « voir autrement », ou de voir d'autres choses ; il fait accéder à un niveau différent de la réalité. Toutefois, cet état est transitoire : l'important est évidemment de revenir à l'état de conscience ordinaire après le voyage, pour pouvoir en partager les informations à sa communauté.

En lien avec le monde des soins, je voudrais expliciter un élément important de la vocation du chaman et de son initiation : celui de la « maladie initiatique ». Au milieu des multiples signes et manifestations d'une élection (à travers des rêves, des visions ou des manifestations « surnaturelles » p.ex.), on rencontre les « maladies attribuées à la volonté vindicative du monde-autre », et le fait d'« être souvent la victime de telles maladies est donc la preuve d'une relation « privilégiée » [...] avec l'invisible. C'est l'indice d'une éventuelle élection chamanique. Voilà pourquoi, dans leurs histoires de vie, les chamanes évoquent souvent les maladies répétées de leur jeunesse » (Perrin, 2002 : 32-33). Ces maladies peuvent même orienter l'activité future du chamane en terme de guérison : « Le fait que telle maladie a été une de ses maladies électives, peut justifier a posteriori son aptitude à la guérir... » (Perrin, 2002: 34). Il est en toujours de même, actuellement, dans nos contrées pour le phénomène occidental du « guérissage » par les magnétiseurs et guérisseurs traditionnels de nos campagnes...

Cette notion est intéressante en ce qu'elle met en évidence ce qu'on peut appeler « l'archétype du guérisseur blessé », dont nous reparlerons au long de ce travail. Un schéma simple (Chalverat, 1999 : 60) permet de mieux comprendre la problématique :



Un archétype comprend deux pôles (l'aidant et le patient) et deux domaines (le conscient et l'inconscient) dont la relation se présente de la manière suivante :

« L'aidant, qu'il soit faiseur de secret, médecin, travailleur social ou psychothérapeute [j'ajoute : ou ecclésiastique !] se présente socialement comme celui qui offre une aide, montrant par là le pôle guérisseur de l'archétype. Le pôle blessé est dans l'ombre. Celui qui a besoin d'une aide se présente socialement comme blessé. Au-dessous du seuil du conscient se trouve sa part guérisseur. En principe, le travail de l'aidant consiste à éveiller le guérisseur intérieur du patient, alors que ce dernier, blessé, va éveiller par résonance la blessure intérieure de l'aidant » (Chalverat, 2000 : 23).

La maladie initiatique du chaman guérisseur est l'illustration de l'unité de cet archétype, puisque celui qui soigne est également celui qui a été blessé. En quelque sorte, « l'aidant » a intégré en lui la dimension « patient ».

En conclusion donc, ce que j'affirme ici c'est que le chamanisme constitue bien la clé de voûte de la logique traditionnelle, puisque le chaman est celui qui se tient au carrefour de toutes les manifestations de la vie pour en faire voir, par sa pratique, l'unité foncière. L'unité foncière du « monde traditionnel » est illustrée par une dernière notion qu'il faut aborder maintenant : celle de l'abondance.

## **La notion d'abondance**

Tout ce que nous venons d'évoquer conduit à ce qu'on pourrait appeler une logique d'abondance. L'idée d'abondance dans la logique des peuples traditionnels s'oppose à la notion de performance de la logique dominante en Occident. Je crois que les peuples traditionnels vivent dans ce monde de l'abondance. Puisque tout est Un, tout est là, et donc tout est donné. L'important, dès lors, n'est pas de performer, d'acquérir, de prendre ; il n'y a pas de place ici pour la prédation. Au contraire, l'important est plutôt de reconnaître ce qui est, de l'accueillir, de s'y insérer, avec tout ce que cela suppose d'abandon, mais aussi de vigilance. Le fait que tout soit « déjà donné » implique aussi un discernement ; en somme si tout est là, tout n'est pas utile, tout n'est pas nécessaire, tout n'est pas approprié<sup>25</sup>. Même si tout est abondant, même si tout est Un, le monde conserve malgré tout son aspect d'étrangeté !

---

<sup>25</sup> On pourrait dire que ce qui est mauvais ou dangereux, dans le monde visible ou invisible, représente quelque chose qui n'est en définitive ni utile, ni approprié. C'est une manière moins moralisante de dire les choses.

Cette logique de l'abondance a aussi des conséquences éthiques. Face à l'abondance, le comportement se caractérise, encore une fois, par les notions de respect et de responsabilité. C'est une logique de communion (empreinte de discernement) et non de consommation, comme dans la logique dominante de l'Occident.

### **Conclusion : un paradigme de la totalité**

Nous l'avons vu : la pensée de l'unité préside à tout le corpus de la pensée et à tout le corpus des comportements des sociétés traditionnelles. Tout découle de cette vision englobante : leur logique est une logique de l'intériorité. Le simple fait de vivre dans un monde où l'unité, la totalité, prime, va influencer sur la manière de se comporter à l'intérieur de cette totalité. Et le premier élément, c'est que rien ne nous est foncièrement étranger, rien ne vit dans le dehors, et que le mot extériorité n'a plus vraiment de sens. On ne peut se mouvoir que dans l'Un, dans l'intériorité. C'est ainsi que, très concrètement, le comportement va s'en trouver radicalement changé : il ne peut que se caractériser par une attitude de respect fondamental. Ce sentiment de reliance a donc pour conséquence première un sens aigu de la responsabilité. Pas de reliance sans une éthique ! Ou autrement dit : la reliance est une éthique en elle-même. Autre conséquence : la pensée de la reliance est automatiquement une pensée écologique, parce qu'elle sait discerner les interactions entre les différents ordres de création ; elle sait que chaque élément participe à sa manière de l'équilibre, et permet de le maintenir.

Ici, chaque être, quel qu'il soit, est traité de la même manière, c'est-à-dire comme quelqu'un qui a une âme. De l'un découle l'abondance de la vie, qui même si elle se manifeste sous des formes différentes, est toujours traversée de ce même principe de vie, appelé esprit ou âme. Et ce principe vital, cette vibration de la vie, est reconnu dans toute l'étendue de ses manifestations. Ainsi pour les Shipibos,

« les êtres vivants sont conçus dans une discontinuité les uns vis-à-vis des autres : les hommes, les animaux, les plantes, les minéraux présentent une physicalité, un corps différent ; tandis que dans leur essence, ils sont appréhendés dans une continuité, ce qui leur permet d'être reliés par un principe de consubstantiation »<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> Leclerc, Rama. Curanderos shipibo (Amazonie péruvienne) et Ayahuasceros occidentaux, in : Baud, 2010 : 375.

On dira donc que la logique traditionnelle est fondamentalement écologique au sens le plus profond du terme, c'est-à-dire incluant le domaine spirituel.

Dernière dimension à mentionner ici : la vibration. Les sociétés traditionnelles ont pour point commun cette notion que tout est vibration. Les plantes sont des êtres vibratoires, de même que les animaux, les humains, les minéraux, le cosmos et le monde invisible : tout est vibration. En ce sens, pour être en lien avec cet univers vibratoire, la seule solution pour l'humain, c'est de vibrer à l'unisson ! C'est ici qu'intervient la notion de résonance. Si tout est vibration, la seule interaction possible est la résonance. Par comparaison, on pourrait dire que la logique dominante en Occident produit plutôt de la dissonance entre des éléments préalablement disjoints.

La logique traditionnelle constitue donc la logique du vivant. Elle est respectueuse de la vie sous toutes ses formes ; c'est en ce sens qu'elle est porteuse d'avenir dans notre monde, et qu'elle est à même d'interpeller, de questionner nos pratiques soignantes dans le monde occidental.

## **Transition : désabsolutiser l'opposition des deux logiques**

Ce qui précède pourrait à juste titre paraître à la fois sommaire et idyllique ! Tout serait parfait dans un tel monde. La réalité est plus nuancée. Ne serait-ce qu'au niveau le plus concret, et suite à plusieurs siècles de colonisation et donc d'assimilation, la culture et la vision du monde de ces peuples traditionnels sont en grand danger d'extinction. Ils sont eux-mêmes soumis à l'influence occidentale, ne serait-ce qu'au niveau de la technologie et de la pensée, au point que l'on peut se demander à quoi nous avons réellement accès quand, aujourd'hui, nous les rencontrons. D'autre part, leur réalité culturelle est beaucoup plus mélangée qu'on ne l'imagine, et nous n'avons jamais accès à une logique traditionnelle « pure ». Néanmoins, les éléments décrits dans précédemment peuvent, à mon sens, donner une vraie impulsion à la réflexion. Non, la logique traditionnelle n'est pas entièrement perdue, et même si elle est mêlée de nombreux apports occidentaux, elle n'en constitue pas moins une réelle force d'interpellation.

D'un autre point de vue, il faut souligner que les peuples traditionnels n'ont pas le monopole de la pensée de la reliance, c'est le moins que l'on puisse dire ! Il y a eu et il y a

en Occident toute une lignée de logique d'intériorité et d'inclusion. L'Occident est riche d'une quantité de « contre-cultures », même s'il demeure actuellement obnubilé par sa logique rationnelle, que nous allons examiner maintenant, au point que ces contre-cultures sont souvent inaudibles dans le discours dominant. Sans doute, la crise du modèle occidental à laquelle nous assistons actuellement va-t-elle permettre de faire entendre plus clairement ces autres modèles de pensée et d'être. L'intérêt même pour le monde des peuples traditionnels constitue d'ailleurs un indice clair allant dans ce sens. Si le néochamanisme se développe tant dans nos contrées actuellement, c'est qu'il répond à ce que de plus en plus d'Occidentaux recherchent. Et c'est au moins le signe qu'ils cherchent « autre chose »...

## **La logique occidentale : un monde de la « terre plate »**

*Nos prouesses technologiques sont prodigieuses, mais elles aboutissent à un système absurde, aux antipodes de l'intelligence du vivant.*

*Pierre Rabhi*

Notre monde occidental a manifestement privilégié une vision du monde dont on peut dire avec certitude qu'elle est de type réductionniste. Ainsi que le résume Laplantine : il « a massivement opté pour l'efficacité immédiate contre l'accompagnement lent et graduel des processus (de quelque ordre qu'ils soient), pour la distinction radicale des rôles et des statuts de soignant et de soigné contre leur permutation possible<sup>27</sup>, pour la clarté et l'univocité des signes contre l'opacité et l'équivocité des symboles » (1986 : 238). Pour devenir plus rationnelle et scientifique, il s'est donc privé et amputé d'autres dimensions plus inclusives - ou plutôt, il les a délibérément mises de côté, sacrifiées sur l'autel de la rationalité et l'efficacité.

Pour illustrer cette réduction, Ken Wilber emploie une image parlante : celle de la « terre plate ». La terre plate, c'est là où « le monde sensoriel, empirique et matériel est le seul monde qui soit » (Wilber, 1997 : 38). Elle est le fait, en Occident, de la perte de la dimension spirituelle. Et plus subtilement, c'est une conséquence de ce paradigme des Lumières qui « réduit tous les je et tous les nous à des cela » (1997 : 277). En somme, la

---

<sup>27</sup> Cf la scission de l'archétype du guérisseur blessé dont nous avons parlé précédemment.

terre plate est ce monde où l'on a évacué la pluralité des visions pour en absolutiser une seule, la soi-disant objective.

Les conséquences en sont terribles concernant le monde des soins. Comme le résume Laplantine :

« Nous sommes la seule société dans laquelle on considère que la maladie est radicalement mauvaise et la santé le plus précieux de tous les biens. Nous sommes la seule société dans laquelle les troubles pathologiques, jugés accidentels, n'engagent pas véritablement le sujet dans son intégralité et encore moins son rapport au social (la médecine dans son orthodoxie n'en a vraiment que faire), mais seulement une partie de son corps. Nous sommes, enfin et surtout, [...] la seule société dans laquelle la culture médicale – qui dispose de moyens sans aucun précédent dans l'histoire de l'humanité et obtient des succès considérables [...] – est en voie de devenir la culture tout court » (Laplantine, 1986 : 244).

Il n'y a qu'à voir les séries télévisées ou les films récents : on y retrouve presque toujours la fameuse scène où l'un des personnages est hospitalisé dans un état grave ! Des séries sont même entièrement consacrées au monde de l'hôpital et de la médecine : « Urgences », « Grey's Anatomy », « Scrubs », « Dr House », etc... Un monde, disions-nous, où la médecine tend à devenir littéralement religieuse, où la santé vaut comme le salut.

Cependant, il serait caricatural de réduire l'Occident à n'être que cette logique. Car l'Occident lui aussi est multiple, polymorphe, et d'autres logiques y sont également à l'œuvre qui contrebalancent cette logique malgré tout dominante - en particulier celle qui prévaut dans les soins palliatifs ! On assiste actuellement, en Occident, à l'émergence de contre-modèles<sup>28</sup> qui remettent en question l'orthodoxie biomédicale, rationnelle et scientifique. Je pense en particulier à l'ethnopsychiatrie, avec les interpellations de Tobie Nathan et Isabelle Stengers (Nathan et Stengers, 2004), qui remettent en question notre médecine triomphante. Car la logique rationnelle ne l'est sans doute pas autant qu'elle ne le croit, et Marcel Mauss résume à mon sens excellemment les choses quand il affirme :

---

<sup>28</sup> Tels qu'il y en a toujours eu. On pourrait ainsi citer l'émergence du mouvement franciscain, ou de la Réforme protestante face aux excès de l'Eglise catholique ; ou encore l'arrivée du mouvement romantique après les excès rationnels du Siècle des Lumières. De même, on a assisté dans les années soixante, en plein boom économique de l'après-guerre, à l'émergence du mouvement hippie, ou, en ce moment, au mouvement des indignés face aux indécences du monde financier et économique.

« Non seulement l'acte médical est resté, presque jusqu'à nos jours, entouré de prescriptions religieuses et magiques, prières, incantations, précautions astrologiques, mais encore les drogues, les diètes du médecin, les passes du chirurgien, sont un vrai tissu de symbolisme, de sympathies, d'homéopathies, d'antipathies, et, en réalité, elles sont conçues comme magiques » (1950 : 12).

Cependant, il ne faudrait pas non plus dénigrer les acquis fondamentaux de cette manière de penser et de faire, porteuse de progrès extraordinaires en termes de santé et de survie. Il ne s'agit pas de rejeter la biomédecine ou ce qu'on appelle aujourd'hui l'« evidence based medicine » (médecine basée sur l'évidence des études scientifiques), mais bel et bien de les désabsolutiser en les mettant en balance avec d'autres manières de voir. En ce sens, et pour le dire de manière positive, la logique rationnelle dominante nous a apporté cette capacité d'analyse et de séparation dont nous pouvons dire qu'elle est bonne, pour autant qu'elle ne soit pas prise comme une fin en soi. En favorisant la prise de conscience et le discernement, elle constitue pour la pensée une étape nécessaire et fondamentale. Nous verrons que les soins palliatifs offrent une vision où ce qui était séparé est réuni dans une vision globale qualifiée d'interdisciplinaire. Cette unité retrouvée ne doit toutefois pas être confondue avec l'unité d'avant la séparation rationnelle, laquelle constituerait une forme de régression ou de retour en arrière « passéiste ». Ce que l'Occident doit découvrir (et découvre de fait, mais de façon minoritaire), c'est la vision de « l'Un d'après la séparation », c'est-à-dire de celui qui transcende ET inclut la phase de la séparation.

Il y a donc déjà actuellement des pistes qui relativisent ces visions extrémistes, et ce qui précède ne rend compte que de ce qu'on appellera le « monde dominant ». Or, nous savons bien, avec Laplantine que le monde dominant est accompagné d'un monde « dominé », et même aussi d'un monde « inexistant » ou « refoulé » :

« quels sont dans notre propre société aujourd'hui les systèmes médicaux dominants ainsi que leurs sous-systèmes ; les systèmes médicaux et les sous-systèmes dominés ou tendant à être annexés par les précédents [...] ; mais aussi les systèmes apparemment inexistantes, c'est-à-dire rejetés à la périphérie du social, voire refoulés, mais qui n'en sont pas moins présents » (1986 : 15).

Les soins palliatifs constitueraient-ils un tel système « dominé », mais en voie d'épanouissement et de reconnaissance ?

## 2) Convergences

### a. Non pas une opposition entre deux pôles, mais un continuum

On l'a bien compris, nous n'avons pas voulu caricaturer la position antagoniste de deux continents ou de deux civilisations. Nous avons tenté de dégager la substance de deux logiques extrêmes qui n'existent nulle part sous une forme parfaitement pure. En ce sens, elles figurent plutôt comme des possibilités, voire comme des risques d'extrémisme. Je vois donc ces deux positions comme représentant les deux extrêmes d'un continuum. Et l'immense majorité, voire la totalité des prises de positions et des logiques adoptées ici ou ailleurs, se situent sur un point ou un autre de ce continuum, dont voici la représentation :

#### Soins palliatifs

Logique occidentale ←-----→ Logique traditionnelle

La question qui se pose à ce stade est donc la suivante : comment se situer dans une position qui soit la plus équilibrée possible, au centre de la ligne ? Et comment prendre conscience du moment où, dans une pratique de soins, on aurait tendance à « pencher » d'un côté plus que de l'autre ? Comment peut-on corriger certaines tendances déséquilibrées ? Le regard posé conjointement sur ces deux logiques nous permet déjà de conserver un certain équilibre. Et chaque extrême fait résonner comme une alarme au moment où l'on serait tenté par les sirènes absolutisantes de la logique inverse ! Pour l'Occident, la logique traditionnelle constitue donc un rappel à l'ordre nécessaire voire vital face aux logiques de rationalisation et de séparation dans lesquelles nous pourrions rapidement nous perdre... et perdre notre âme !

C'est dans ce sens que les soins palliatifs, que nous allons maintenant examiner dans leur vision du monde, doivent chercher à maintenir l'équilibre le plus juste possible, à l'intersection de ces deux logiques. Or je le crois, les logiques financière et asséculo-logique risquent à tout moment de faire pencher les soins palliatifs du côté d'une scientificité et d'une recherche de performance propres à permettre toutes les

économies en termes de coûts de la santé<sup>29</sup> ! Et le risque existe aussi, d'un autre côté, quand de grands élans mystiques président à l'ouverture de petits lieux d'accueil et d'accompagnement de patients en fin de vie, de manquer de professionnalisme. On a ainsi entendu parler, dans l'opinion générale, des lieux de soins palliatifs qualifiés (il est vrai plutôt au début du mouvement) en termes de « sectes », aux principes de type « mystico-gélatineux » ! Mais il est de plus subtiles dérives sur lesquelles nous reviendrons.

### **b. Penser non pas en « vrai / faux » mais en « complet / incomplet »**

Un autre point épistémologique peut aussi nous aider à réfléchir mieux. Nous ne nous mouvons que trop souvent dans le registre du juste ou faux : « tu as tort et j'ai raison », une manière de voir en terme de « OU/OU » qui ne cesse de séparer et d'exclure. C'est la façon occidentale rationnelle de penser, depuis Aristote, en terme de « tiers exclu ».

Face à cela, la manière de voir des peuples traditionnels représenterait plutôt une manière de voir en terme de « ET/ET », et qui serait de l'ordre du « tiers inclus ». C'est là toute une autre forme de logique<sup>30</sup>, qui procède par inclusion et invite à ajouter un nouvel élément à une vision réduite des choses. Plutôt qu'en vrai/faux, nous pourrions privilégier une pensée en terme de « complet/incomplet », selon ce qu'explique Ken Wilber : « Rien n'est perdu, tout est gardé dans cet extraordinaire déploiement et étreinte, ce développement et cet enveloppement » (2008 : 125). Selon Wilber, en effet, chaque concept ou chaque réalité peut être vu selon quatre angles différents. Chaque réalité - une personne par exemple, mais aussi l'économie, un hôpital ou des soins, la médecine ou l'écologie - chacune de ces réalités peut être envisagée sous quatre aspects qui se complètent et permettent une vision globale du phénomène. Les voici :

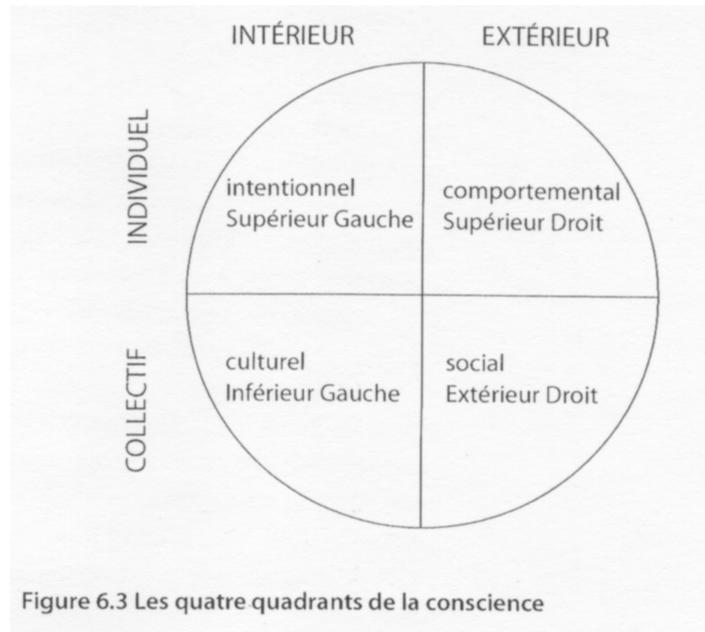
1. L'aspect individuel intérieur (la perception intime que j'en ai)
2. L'aspect individuel extérieur (les éléments concrets qui le composent)
3. L'aspect collectif intérieur (les éléments construits de la culture où il se trouve)
4. L'aspect collectif extérieur (les réseaux et systèmes où il se trouve).

---

<sup>29</sup> Et les économies des uns sont le profit des autres.

<sup>30</sup> Il va de soi qu'une logique de type vraiment « ET/ET » doit également inclure la logique « OU/OU » comme une partie d'un ensemble plus vaste. Sans quoi l'on ne serait pas cohérent ! Une logique du « ET/ET » qui exclurait le « OU/OU » deviendrait du coup une logique du « OU/OU » !

Le schéma proposé est le suivant :



Ainsi une pure vision scientifique (l'aspect moléculaire et anatomique d'une personne) sera certes éminemment importante (quadrant individuel extérieur), mais lorsqu'on observe un humain de cette manière, on ne perçoit en réalité que le quart de la personne globale que l'on a en face de soi. Une vision médicale de type EBM aura donc tendance, selon cette perspective, à vouloir absolutiser l'un des quatre cadrans : juste mais incomplet, tel sera le verdict de Wilber (et le mien !) à cette approche réductrice. Le danger est toujours le même : on commence par être conscient d'une vision partielle des choses, pour finir par nier l'existence même de ce qu'on ne regarde plus !<sup>31</sup>

Et Byron Good de conclure avec simplicité : « étant donné les riches cadres culturels pour concevoir la souffrance humaine dans nombre de sociétés que nous étudions, utiliser notre propre langage biologique de la maladie et du soin comme norme semble profondément inadéquat. » (1994 : 23).

---

<sup>31</sup> Regarder un débat politique à la télévision avec une telle grille est un vrai délice (ou une consternation, c'est selon l'humeur) : on s'y écharpe le plus souvent au nom de deux visions partielles absolutisées !

## II. Les soins palliatifs, un modèle alternatif de soins

*Ceux qui ne s'attendent pas à l'inconnu ne le trouveront pas, car il est inexploré et dénué de pistes.*

*Héraclite*

Les soins palliatifs sont nés en réaction à la logique occidentale dominante. Plus exactement, ils constituent une démarche typiquement occidentale qui se nourrit d'un passé médical oublié ou perdu par la médecine technicienne et scientifique occidentale. Ils constituent à cet égard une « entrée dans la résistance » pour rappeler à toute une société ce modèle perdu d'une médecine au service de l'humain global et intégrant la mort. Sans doute les pionniers de la discipline ont-ils été des « indignés » avant l'heure ! Ainsi à la base de la création de la Fondation Rive-Neuve, on trouve l'indignation de Paul Beck, infirmier en radiothérapie au CHUV (à Lausanne), choqué par l'abandon dont étaient victimes les patients « pour lesquels il n'y a plus rien à faire ». C'est ainsi qu'avec Danielle Beck et le Dr Laurent Barrelet, ils ont créé cette fondation, la première en Suisse, en 1988. Le constat de départ était simple : il y a tant à faire quand il n'y a plus rien à faire !

D'autre part, les soins palliatifs constituent une manière de redécouvrir ce qui avait été perdu dans l'enthousiasme technologique et biomédical : les aspects humains liés à la perception de la maladie, à son contexte familial et social, ainsi que les remises en question de type psychologique et spirituelle. Ils visent donc, en un mot, à réintroduire de l'inclusif au cœur de l'exclusif.

### **Définition**

Les définitions sont à la fois simples et très concordantes, que ce soit celle de l'OMS (« Les soins palliatifs impliquent une attitude et un traitement qui visent à améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches lorsque survient une maladie incurable. Dans ce but, ils doivent identifier précocement et activement les douleurs et les autres symptômes physiques, psychiques et spirituels et apporter un traitement adapté », OMS, rapport 804), ou celle de la société suisse, ou française : « Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs

physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle » (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, [www.sfap.org](http://www.sfap.org)). Pour faire court, il s'agit d'un modèle bio-psycho-socio-spirituel, car on y retrouve toujours les quatre dimensions de l'humain : physique, psychologique, sociale et spirituelle. On y retrouve de même la nécessité de la prise en charge globale. Ce qui nous conduit plus loin encore, vers une vraie philosophie globale des soins.

## **Une philosophie de soins**

*Il faudrait commencer par décoloniser  
l'imaginaire.*

*Bertrand Meheust*

Les soins palliatifs ne constituent pas une invention de la seconde moitié du 20<sup>e</sup> siècle. On pourrait même les faire remonter à la médecine hippocratique, au sens où c'est Hippocrate qui a le premier initié une médecine qui « se résuma en un accompagnement individuel et individualisé de chaque malade et de chaque maladie »<sup>32</sup>. C'est cette dimension humaine que la biomédecine scientifique et technologique risquent toujours de perdre, et que les soins palliatifs veulent lui restituer.

C'est en 1967 que Dame Cicely Saunders, travailleuse sociale et bénévole dans des hôpitaux londoniens, et devenue par la suite elle-même médecin, a introduit, à l'hôpital St Christopher de Londres, le concept de soins palliatifs. Elle est notamment à l'origine du concept de « total pain » ou « souffrance totale », qui, dépassant le seul domaine physique, touche aux questions sociales, psychologiques et spirituelles. Cette approche globale était si novatrice à cette époque,

« qu'entendre cette parole demandait une proximité du malade qui mettait le médecin doublement mal à l'aise, d'une part parce que ce malade exprimait alors une plainte devant laquelle le médecin se savait démuné, d'autre part parce que ces douleurs étaient souvent des signes annonciateurs d'une mort relativement proche et, en tout cas, d'une inadéquation progressive de la médecine à visée curative »<sup>33</sup>.

---

<sup>32</sup> Dupont Bernard-Marie. Etre humain ou l'essence d'une vie, in : Hirsch, 2012 : 54.

<sup>33</sup> Verspieren Patrick. L'invention des soins palliatifs, in : Hirsch, 2012 : 277.

Ainsi la notion même de soin s'élargissait soudain, incluant des domaines alors étrangers à la médecine scientifique, tout comme des paroles issues de la subjectivité et des profondeurs du patient. La notion du « faire » devait être intégrée dans une dimension de « l'être », plus précisément de « l'être avec ». En effet, « n'est pas respectueux d'autrui le faire utilisé comme protection contre lui. Est bénéfique le faire adapté à la situation, surtout si, en plus, il facilite la relation »<sup>34</sup>. La relation se vivra donc toujours entre les trois partenaires des soins palliatifs que sont : « le patient, les proches et l'équipe des soins » (Rivier, 2008 : 86). Ce qui signifie que « l'illusion individualiste qui caractérise trop souvent nos sociétés apparaît comme un non-sens absolu ; on dira même que c'est une vision [dans laquelle] le flux de la vie en relation s'arrêterait de circuler » (Rosselet, 2009 : 27). Ce flux de la vie constitue à mon sens le cœur et la finalité de la philosophie des soins palliatifs.

Pour conclure sur ce point, j'aimerais revenir brièvement au chamanisme pour parler des soins palliatifs. « Les actes chamaniques [sont] à la frontière du symbolique, du mysticisme, de la théologie, de la psychologie, de la sociologie et de la médecine, [ils] échappent à nos mots occidentaux » (Costa, 2001 : 8). Je crois qu'on pourrait lire cette même citation en remplaçant « actes chamaniques » par « soins palliatifs » : nous aurions là une excellente définition !

## **La vie, la maladie, la mort et la temporalité**

*Tout est pont, tout est passage, tout est chemin.*

*Marc Halévy*

En soins palliatifs, nous nous trouvons habités par des valeurs autres, ainsi que le résume le professeur Charles-Henri Rapin (2001 : 1) :

« Le concept anthropologique et culturel de soins palliatifs se distingue d'une approche biologique de la maladie et de « l'Evidence based medicine » pour aller vers la « Values-based medicine ». Pour une médecine des soins respectueux des valeurs des malades, de leurs proches et des professionnels, intégrant des valeurs tant cliniques, thérapeutiques

---

<sup>34</sup> Verspieren, ibid. 2012 : 280.

que des valeurs sociales, religieuses [je dirai aussi : spirituelles], morales de toutes et tous. [...] L'approche biologique versus l'approche holistique ».

Les soins palliatifs ont donc refocalisé l'attention sur des questions oubliées ; et pour ce faire, ils se sont distancés du modèle dominant pour retrouver le sens - comme le dit Laplantine à propos de la biomédecine (Laplantine, 1986 : 327) : « On refuse le fait que l'homme soit en perpétuelle rupture d'équilibre, compensé puis décompensé, et que la pathologie puisse précisément se situer dans la recherche d'un nouvel équilibre qui se fraie nécessairement la voie au prix des symptômes, c'est-à-dire notamment de souffrances. [...] [Il est donc] nécessaire de réintégrer toute cette problématique du sens », qui peut se construire petit à petit dans le temps qui est là<sup>35</sup>.

On sort ainsi de la focalisation sur la seule rapidité de l'intervention destinée à réduire le temps de la maladie. Car chaque moment peut devenir un moment plein, où quelque chose du sens peut être appréhendé : le temps de la maladie n'est pas un temps vide, mais il devient ce temps plus dense, qui peut être accueilli, investi, et qui se charge de sens. C'est pourquoi nous parlons toujours de personnes en fin de vie et non pas de mourants : certes, la fin approche, mais c'est toujours de la vie. Et c'est ainsi que les soins palliatifs ne peuvent pas définir la santé comme l'absence de souffrances ou de maladies, mais bien comme un état où, quel que soit l'état physique de notre corps, quelque chose de nous reste en santé ! Cela doit nous pousser à voir la maladie dans une dimension plus ouverte.

Le modèle biomédical, avons-nous dit, est fixé sur la notion de causalité, et c'est excellent pour autant qu'on n'en reste pas là ! C'est pourquoi les soins palliatifs y ajoutent la notion de finalité, au sens où la personne malade peut se demander non pas seulement pourquoi elle est atteinte de cette maladie et quelle en est la cause, mais aussi pour quoi. Elle peut aussi se demander comment il est possible de vivre, ou de rester vivant AVEC cette maladie. Et la vision des peuples traditionnels, congruente sur ce point, pose encore une autre question (que l'on retrouve aussi dans les approches alternatives des soins en Occident) : comment la maladie peut-elle se faire l'expression

---

<sup>35</sup> La notion même de « patient » convient en ce sens mieux aux soins palliatifs ; l'approche biomédicale préférerait s'adresser à des « pressés » plutôt qu'à des « patients » !

d'un mouvement nécessaire à opérer dans la vie ? La maladie serait alors une invitation à la quête de sens.

Cette valorisation du temps de la maladie rejoint ce que nous avons dit à propos de la logique traditionnelle. Cela dit, il serait fallacieux de valoriser à outrance uniquement ce qui est de l'ordre du désir de vivre et de la positivité. Si la maladie est bien un passage, un chemin vers une autre étape de vie, et où s'exprime la capacité d'auto-guérison du patient à travers son parcours, il ne faudrait pas toutefois oublier le côté ombreux de tout ce processus<sup>36</sup>. « Mais à côté d'une telle auto-guérison à travers la maladie, il faut aussi être attentif à l'auto-destruction. Nous sommes déterminés conjointement par la vie et par la mort. Il me semble crucial que nous ne voyions pas seulement les tendances auto-guérisantes des êtres humains mais aussi leurs tendances auto-destructives. Sans quoi on pourrait avoir l'impression que nous n'avons qu'à penser correctement pour faire de la mort une citadelle que l'on peut tout à fait conquérir » (Kast, 1990 : 65, traduction personnelle). A vouloir trop exacerber cette part de pouvoir personnel face à sa maladie, on risque de recevoir en retour la survenue d'une forte culpabilité : « je n'ai pas réussi à me guérir ». Du coup, la mort n'est plus cet événement qui survient, mais un véritable échec personnel !

Toutefois, dans la logique de l'archétype du guérisseur blessé esquissée comme l'un des fils rouges de ce travail, on rencontre dans les soins palliatifs les prémices d'une réunification de l'archétype - du moins en partie. Le malade est encouragé et accompagné dans ses capacités d'autoguérison et de créativité, au sens des soins palliatifs, c'est-à-dire qu'il devient capable de se reconnecter avec une intention profonde en lui qui est celle de la vie. Une vie certes limitée, mais une vie tout de même, et qui peut être regardée comme telle par lui. Mais pour cela, « il est absolument nécessaire que celui qui occupe la place de l'aidant reste relié à sa part blessée, ceci impliquant l'exigence de rester en contact avec ses fragilités, ses ombres et ses faiblesses, et de se garder de l'illusion d'avoir une fois pour toutes tout résolu » (Chalverat, 2000 : 24). Ainsi tout l'art de l'accompagnement consiste aussi à être attentif aux « résonances qui peuvent s'établir entre les problématiques du patient et les siennes et y travailler » (Chalverat, 2000 : 24) ; cela se vit concrètement dans les partages entre

---

<sup>36</sup> Selon moi d'ailleurs, un critère pour définir le New Age, c'est son occultation de l'ombre. Tout y est toujours merveilleusement positif, ce qui peut induire de puissants « retours du refoulé » !

les membres de l'équipe après des décès difficiles, ou à travers de vrais « rituels d'équipe ». Ainsi donc, on pourrait dire que la maladie tient d'un équilibre dynamique, ou plutôt de la conjonction des contraires que sont l'équilibre et le déséquilibre. Un équilibre constamment perdu et retrouvé, et perdu et retrouvé, dans l'oscillation de ce temps spiralé dont nous avons parlé.

Plus loin dans le chemin de la maladie, le patient bien souvent, quand sa vie se rétrécit encore, tombe dans le coma. Mais le coma n'est pas un état qui serait caractérisé comme une « absence de... » : absence de conscience, absence de réactions, etc. Au contraire, comme le dit Arnold Mindell (1989), le coma est bien plutôt un état modifié de conscience, et même « le plus profond qui soit » (Mindell, 1989 : 54). Le coma est lui aussi un révélateur puissant de notre manière de penser et d'accompagner, et le moins que l'on puisse dire, c'est qu'il constitue une expérience particulièrement décapant pour celui qui accompagne : il nous oblige en effet à entrer dans un autre espace et dans un autre temps, peut-être l'espace sacré et le temps sacré de la rencontre. Que se passe-t-il quand toutes les verbalisations et les idées se dissolvent devant cet être, présent d'une manière si différente... Selon mon expérience, je qualifierais cela de rencontre d'âme à âme, ou peut-être d'inconscient à inconscient. Il s'agit sans doute d'un état modifié de conscience. Ainsi les derniers moments précédant la mort proprement dite sont-ils constitués d'états modifiés de conscience, ce qui nous conduit à parler de la mort elle-même.

Car la mort n'est pas selon moi un « moment M », mais bien un processus. Je n'ai pas à ce sujet de preuve scientifique (!), tout au plus un ressenti personnel, partagé par beaucoup de collègues. La mort commencerait en réalité avant le moment M de la mort, quand la personne nous donne l'impression (corroborée par des observations cliniques comme le mouvement des yeux, la présence-absence, etc.) qu'elle fait « des allers et retours », qu'elle est successivement présente et absente à ce monde. De même après le moment de la mort, il semble que la personne soit encore présente à elle-même, et puis au bout d'un certain temps, qu'elle se soit comme absente d'elle-même. Ce fait est corroboré par des observations nombreuses des proches qui peuvent dire après la mort : « C'est tout à fait lui », et dire un jour plus tard « Ce n'est plus tout à fait lui ». J'ai moi-même fait cette expérience à maintes reprises.

Pour aller plus loin encore, la mort est à tel point un processus qu'en réalité, nous la mûrissons du dedans, un peu comme un fruit, et ce dès notre naissance : « Le mourir commence dès la naissance, s'accélère avec le vieillissement et se prolonge au-delà de la mort clinique et biologique » (Thomas, 2000 : 85). Comme le dit Charles Péguy : « Quand un homme se meurt, il ne meurt pas seulement de la maladie qu'il a, il meurt de toute sa vie ». C'est ainsi que la mort est intégrée au cours d'une existence. On dira même que c'est la mort qui donne du sens à la vie, en tant qu'elle la limite ; le temps étant limité, il devient en effet précieux, et de ce fait chargé de sens. La mort constitue donc un appel réitéré à investir le temps de la vie qui est là. C'est exactement le sens du fameux « Memento mori », la mémoire de la mort que devaient se répéter chaque jour les moines du Moyen-Age. Précisons que tout cela n'est aucunement morbide ; c'est, au contraire, une invitation à habiter le temps de la vie qui est là et à le célébrer. Dans les soins palliatifs, c'est cette vision de la vie qui inspire l'accompagnement de nos patients, et nous retrouvons là ce que nous avons dit à propos de la mort dans la logique traditionnelle.

La maladie en ce sens n'est pas ici cette parenthèse insupportable entre deux états de santé, seule norme acceptable ; elle l'est d'autant moins, d'ailleurs, que cette maladie est évolutive, incurable et donc mortelle ! C'est déjà sur ce point que les soins palliatifs viennent questionner la notion de maladie et de guérison du modèle occidental dominant. La maladie est bien plutôt une part du chemin de vie. Elle doit être traversée et habitée le mieux possible, avec cette question : comment rester profondément vivant dans le temps de la maladie ?

Mais attention : il n'est ici nullement question de valoriser la maladie ou de lui conférer une quelconque fonction rédemptrice. J'ai été témoin de trop de souffrances pour penser cela une seule seconde. La maladie est aussi et souvent « une saleté », « une saloperie », « une m... », selon les termes de certains patients. Comme je le dis souvent dans mes cours, la question n'est donc pas tant de donner du sens à la maladie en tant que telle, mais de donner du sens à une vie dans laquelle il y a, à côté de beaucoup d'autres choses, la maladie. Ce changement de perspective et d'échelle, peut apporter un soulagement concret. Cela dit, certains patients ont partagé avec moi le sens de leur maladie, en disant par exemple : « Depuis que je suis malade, ma vie est devenue plus profonde

qu'avant », ou « Dire qu'il faut que je sois malade à ce point pour réaliser l'amour que mes enfants me portent »<sup>37</sup>.

On peut penser ici aux NDE (Near Death Experiences, en français EMI, expériences de mort imminente) en ce qu'elles donnent à la mort une nouvelle dimension. On sait que ces expériences ont toujours existé (van Lommel, 2012 : 86), mais ce sont les travaux de Raymond Moody qui ont permis donné une visibilité à ce thème. A Genève, il existe un institut dont le but est de collecter les données à ce sujet pour de les étudier, c'est l'institut Noësis<sup>38</sup>, qui est à l'origine de plusieurs publications. En 2012 est sorti un ouvrage du Dr Pim van Lommel intitulé : « Mort ou pas ? Les dernières découvertes médicales sur les EMI », une synthèse magistrale et complète, et qui inclut nombres d'approches (scientifique, psychologique, religieuse, historique, sociologique, etc) pour en esquisser le vaste contour. Je ne peux pas ici entrer dans le détail.

Mentionnons encore un dernier élément qui situe la mort dans une logique inclusive, en reliant très concrètement la mort d'une personne avec le cosmos tout entier : en soins palliatifs, la mort est vue comme une manière de prendre congé des quatre éléments. C'est ainsi que l'on peut lire d'une manière plus cosmique le parcours clinique d'un patient en fin de vie : il commence par prendre congé de la terre quand il devient grabataire ; puis il prend congé du feu lorsqu'il arrête de se nourrir ; ensuite il prend congé de l'eau quand il n'arrive plus à boire ; enfin il prend congé de l'air au moment où il rend son dernier souffle. Une telle lecture « clinico-spirituelle » donne au processus de la mort une dimension plus large. Sans doute est-ce ainsi que l'on meurt, en état d'équilibre avec le monde visible et invisible. Mais on peut encore aller plus loin...

---

<sup>37</sup> En cette matière, un seul critère : c'est toujours la personne elle-même à propos d'elle-même qui peut exprimer ce type d'opinion. En aucun cas une personne extérieure ne doit risquer d'interprétation de ce genre.

<sup>38</sup> Son site internet est : [www.noesis.ch](http://www.noesis.ch)

## Mourir guéri

*Il est toujours bon de mourir de son vivant.*

*Sagesse populaire*

Il peut sembler paradoxal de formuler les choses ainsi. Dans notre monde, si l'on meurt, c'est par définition que l'on n'est pas guéri ; et si l'on est guéri, c'est que la mort a été repoussée. Telle est la logique de la séparation, telle est la logique rationnelle. Pourtant, si l'on veut dépasser ce clivage simpliste, il faut se demander : qu'est-ce que la guérison ? On peut bien sûr l'envisager, à tort comme je l'ai dit, comme le retour à l'état antérieur, et la grande remise des compteurs à zéro ! La guérison ne consiste cependant pas à retrouver cette « improbable innocence biologique antérieure »<sup>39</sup>. Je crois que même dans le cas d'une jambe cassée, ou d'une bonne grippe, on ne revient jamais tout à fait à l'état antérieur : on trimballe avec soi ne serait-ce qu'un sentiment d'une plus grande fragilité ; ou bien on en vient à considérer sa vie d'avant comme ayant entraîné cette forme de fragilisation, ce qui est une invitation à la questionner.

En somme, toute atteinte par la maladie pourrait (ou devrait !) nous inviter à nous interroger sur notre vie, son sens, et sur notre manière de l'habiter. Et dans le cas d'un handicap suite à un accident, ou d'un diagnostic de maladie chronique (comme le diabète p.ex.) ou de cancer, la question est posée : comment se débrouiller (coping) avec ça ? Comment rester vivant au sens le plus profond du terme avec cette maladie plus ou moins invalidante ? Et c'est la manière de traiter de ces questions, dans un dialogue intérieur et extérieur, qui va constituer ce que j'appelle la guérison. Ainsi peut-on être atteint d'un cancer à un stade avancé et être en voie de guérison ; ainsi peut-on être en toute fin de vie, puis mourir, en étant guéri<sup>40</sup>.

Et nous retrouvons ici les notions déjà évoquées de santé et salut (le mot latin « *salus* » pouvant signifier l'un et l'autre). Si la santé est vue selon la logique occidentale, où la médecine tend à devenir une religion, cet assimilation doit être relativisée. Mais dans la

---

<sup>39</sup> Dupont Bernard-Marie. *Etre humain ou l'essence de la vie*, in : Hirsch, 2012 : 56.

<sup>40</sup> J'ai toujours été frappé de constater que certains des patients que je visite, si malades soient-ils, me paraissent en meilleure santé globale que certaines personnes que je peux croiser dans la rue et qui pourtant paraissent tout à fait « fonctionnelles » !

logique des soins palliatifs où la notion même de santé déborde infiniment son aspect biomédical, alors oui, le salut peut s'expliciter par la notion de santé (globale).

En résumé, je pourrais dire qu'avant de quitter cette vie, il faut avoir pu accoucher de soi-même. La voilà, la santé véritable ! En ce sens, notre mort, ultime étape du parcours, constitue une authentique initiation : celle de notre capacité à aller vers la mort et à l'accueillir. Pour reprendre les notions-clés rencontrées chez les peuples traditionnels, il s'agit de mourir en état d'équilibre, de reliance, et sans doute aussi en état de résonance avec les mondes. L'approche des soins palliatifs intègre, ou devrait intégrer ces notions, et permettre de les vivre concrètement dans l'accompagnement jusqu'à la fin... pour mourir en état d'équilibre.

### **Au cœur de l'humain, la Vie... jusqu'à la fin**

*La vie réelle est toujours une éternelle improvisation.*

*Marc Halévy*

En soins palliatifs, comme je l'ai déjà dit, on ne parle pas de « mourant », mais de « personne en fin de vie » ; la nuance est de taille, et les mots disent bien les réalités qui les sous-tendent : un mourant est quelqu'un de presque mort, alors qu'une personne en fin de vie est encore... en vie ! Les soins palliatifs vont toujours valoriser, entourer, accompagner la vie qui est encore là. Même si elle se rétrécit plus ou moins rapidement, c'est encore de la vie ! On retrouve un constat fait par l'anthropologue Johnston, cité par Navet (207 : 319), qui lie la mort à la notion de vie accomplie :

« Dans l'ordre moral ou humain, les hommes accomplissent leur vie, deviennent faibles de décrépitude, et ensuite expirent. Quand l'homme meurt, on dit qu'il a entrepris un voyage vers l'Ouest pour disparaître, comme le soleil, de l'autre côté du monde. [...] L'homme est un être composite, fait d'une substance corporelle qui est finie, et d'une substance incorporelle qui est immortelle et capable de croître. Et c'est la substance incorporelle qui doit croître dans tous les aspects pendant l'existence mortelle ; et ce développement permet de parvenir au but qui est la paix intérieure et l'accord entre le cœur et l'esprit. On doit parvenir à une unité de toutes les parties de l'être profond ».

C'est ce qu'exprime aussi un verset de la deuxième épître de Paul aux Corinthiens (4,16) : « Même si notre être matériel se détruit peu à peu, notre être spirituel se

renouvelle de jour en jour ». Au moment même où une partie de nous décrépît (et c'est une donnée d'expérience pour le quinquagénaire que je suis !), une partie de nous est en pleine croissance, si l'on peut dire (c'est aussi mon expérience de « deuxième moitié de vie » !). C'est pour décrire ce double processus que j'ai publié avec mon épouse un article intitulé : « L'agonie, un retour aux sources », où nous disons que : « Le temps de l'agonie serait donc le fait d'un double chemin : chemin « vers le bas », de l'alourdissement, de la perte du mouvement et de l'animation jusqu'à l'état cadavérique ; et chemin « vers le haut », d'allègement et d'ouverture, qui culmine dans le regard lumineux et cette paix qui émane de ce dernier moment. [...] Ainsi donc ces deux chemins coexistent, [...] ils sont les deux faces inséparables d'une seule réalité » (Rosselet et Rosselet-Capt, 2003 : 152).

En somme, dans la logique palliative, alors même que l'on chemine vers la mort, si la vie, même rétrécie, est toujours la vie, alors c'est en tant que telle qu'elle peut être véritablement célébrée. Le pari, c'est que des réalités toutes simples du quotidien peuvent devenir porteuses de la vie, voire même de la Vie. Ainsi, selon le récit d'un patient, la barre chocolatée qu'il suçotait chaque jour (il ne pouvait plus avaler), donnait à la fois de la joie, du plaisir et du sens à sa journée. Ou cette autre patiente qui, ne pouvant plus avaler non plus, profitait de chaque bouchée de son repas (elle participait à tout : entrée, plat principal, dessert et café, comme tout le monde) et décrivait le plaisir de faire « tourner dans sa bouche » la nourriture et d'en goûter les différentes consistances et saveurs... même si l'instant d'après elle recrachait discrètement cette même bouchée dans un verre, qu'elle allait vider aux toilettes quand il était plein ! Ces exemples, certes extrêmes, illustrent comment ce que j'appelle la Vie peut s'insinuer dans le quotidien d'une fin de vie. Il s'agit donc pour le patient (mais aussi pour nous !) de répondre le plus ouvertement, le plus concrètement possible à cette question à prendre très globalement : qu'est-ce qui fait vie pour moi ?

Avec cette célébration de la vie qui est là, nous retrouvons cette notion de l'Un, de même que la notion d'abondance de la logique traditionnelle : la vie est une et elle est abondante. Peut-être que nous touchons là l'essence même de la philosophie des soins palliatifs. C'est aussi, me semble-t-il, que l'on retrouve une vraie logique de l'Un telle qu'esquissée ci-dessus à propos de la logique traditionnelle : ce qui manifeste l'Un, c'est la Vie !

### III. Les soins palliatifs à la croisée des chemins

Je voudrais souligner d'entrée le fait que tout ce qui précède montre combien la clinique palliative est intégrative, même si l'on constate quelques risques de déviation qui seront évoqués plus loin. Au cœur du paradigme dominant en Occident, des ouvertures existent qui permettent l'intégration d'aspects plus « traditionnels ». Pour vérifier la chose, j'ai procédé à quelques interviews de collègues, dans le but de faire apparaître comment l'intégration de la logique traditionnelle (chez des soignants occidentaux) pouvait avoir une influence au niveau du soin concret effectué « au lit du patient ». Le premier constat, c'est que les approches spirituelles « complémentaires » sont bien présentes dans l'équipe de soins ; elles touchent notamment les domaines de la méditation, du développement personnel, ou plus spécifiquement des pratiques de type chamanique<sup>41</sup>. Ces pratiques personnelles sont à la fois très intégrées (« ça s'est installé dans ma vie », « ça fait partie d'un tout »), et en même temps ont parfois un peu de peine à s'insérer ouvertement dans le soin. Parfois, il s'agira de gestes ou de paroles « entre quatre yeux ». Cela fait partie de la relation qui se construit entre deux êtres, entre un Je et un Tu<sup>42</sup>. Comme le dit une collègue : « quand je parle avec certaines personnes, c'est la reconnaissance d'une famille d'âme avec ces personnes ; [...] on est sur le même chemin ». Nous retrouvons concept de résonance comme moyen d'entrer en relation avec le monde visible et invisible. Pour une collègue, elle s'étend aussi à la relation avec le patient : « je reste en moi et je regarde ce qui se passe à l'intérieur de moi au contact avec cette personne. [...] Sentir aussi, être à l'écoute de ce qui résonne à l'intérieur de moi par rapport à cette personne, oui, la résonance ».

Je voudrais donc articuler ici quelques concepts liés au soin qui s'ajoutent à ce qui a déjà été dit des soins palliatifs et les décliner selon la perspective de ce travail. J'ai choisi quelques thèmes, à mon sens importants, de la clinique (ce choix est évidemment subjectif).

---

<sup>41</sup> Les personnes interviewées n'ont pas désiré que leurs noms apparaissent en lien avec tel ou tel enracinement spirituel. Chaque citation ou idée reproduite ici est donc volontairement anonymisée.

<sup>42</sup> Peut-être serait-ce le désir secret de toute institution, dans son officialité et au nom de la « cohérence » ou de la « clarté », que de contrôler tous ces processus. Elle peut le faire, mais elle s'engagerait à coup sûr dans une course sans fin, car plus on contrôle, plus on stimule la création de nouvelles zones non-contrôlées !

## **a. Causalité et finalité.**

Causalité et finalité sont toutes deux nécessaires, mais mon expérience me montre à quel point le fait de se focaliser uniquement sur les causes de sa maladie peut être enfermante. En effet, une fois que l'on a désigné le ou les coupables (environnement, travail, stress, alimentation, relations, génétique), on se trouve paralysé pour la simple et bonne raison qu'on ne peut rien changer à ce qui se passe aujourd'hui. Cette orientation fait partie de la logique analytique dominante en Occident. Or s'il peut être bon et utile de se pencher sur les causes de sa maladie, il n'est par contre pas bon d'en rester là. Il faut ensuite passer de la causalité à la finalité ou, plus simplement dit, du « pourquoi » au « comment ». Ce qui se décline ainsi : comment faire maintenant ? Comment faire pour vivre avec cette maladie ? Voilà qui donne des ouvertures, même restreintes, et qui donne à voir le désir profond de vivre et d'investir la vie qui est là pour en faire quelque chose. Même si, parfois, plus rien ne peut être envisagé, et que le temps de la maladie, ou celui de la fin, devient un temps suspendu, vide, fait de l'attente que ça finisse... Mais bien souvent, le questionnement en « comment ? » devient un moteur pour s'inventer une vie avec la maladie. Ce « comment » est la marque de l'intentionnalité qui habite toutes les réalités, selon la logique traditionnelle que l'on retrouve ici, cette logique du vivant, et c'est elle qui doit informer l'accompagnement que nous pratiquons. Cela se manifeste si concrètement que la vie à Rive-Neuve constitue en elle-même une réponse : oui, il est possible de vivre aussi l'équilibre au cœur même de sa maladie. Et chaque geste soignant a pour but de manifester cela dans le quotidien du soin.

## **b. Pathogenèse et salutogenèse.**

La pratique soignante dans sa dimension médicale, et c'est bien compréhensible, focalise son attention sur « ce qui ne va pas » chez la personne malade. On trouve ainsi dans les dossiers la liste des problématiques (des « cibles » selon le jargon, un mot qui dit beaucoup de choses...) liées au patient. La lecture en continu de ces cibles a quelque chose d'assez effrayant : nausées, vomissements, angoisses, diarrhées, conflit familial, escarres, insomnie, inappétence, etc... Le portrait qui ressort du patient est celui d'une « pauvre chose », d'un être « bien mal en point » et « qui n'en a plus pour longtemps ». Le risque consiste ici à se focaliser sur ce qui ne va pas, au risque de perdre de vue ce qui va

bien ! C'est le regard pathogénétique, tout à fait dans la logique dominante de l'Occident en général et de la biomédecine en particulier : voir ce qui ne va pas pour s'en débarrasser ! Ce regard est nécessaire, mais il doit être complété par le regard salutogénétique, qui se focalise au contraire sur ce qui va bien chez le patient, ou sur ce qu'on appelle « les ressources ». Ce deuxième regard me paraît plus « traditionnel » en ce qu'il a à voir avec la notion d'abondance, qui trouve ici sa légitimation en régime palliatif. Nous avons récemment introduit dans les dossiers des patients des rubriques qui permettent de documenter les ressources de chaque patient.

Ainsi, j'ai coutume de dire dans mes cours, par exemple, que « la faculté d'aimer de quelqu'un qui est atteint du cancer n'a pas le cancer ». En d'autres termes, une personne n'EST pas son cancer, elle A un cancer. La personne, dans sa vie physique autant que dans ses aspirations profondes, est beaucoup plus que son cancer, même si évidemment, le cancer va affecter cette personne dans son ensemble. Dit encore autrement, je rencontre souvent des personnes qui ne voient plus que leur cancer dans leur paysage de vie : c'est parce que leur regard est focalisé comme avec un zoom sur cette réalité. L'enjeu est alors de pouvoir élargir le point de vue, d'utiliser plutôt un grand angle, ce qui permet du même coup de voir aussi d'autres choses. La maladie est, certes, toujours dans le champ de vision, mais elle a pris une autre place au sein d'un paysage devenu plus vaste. D'un point de vue spirituel, il s'agit de « discerner toujours ce qui est sain dans la personne ». Cette capacité de discerner ce qui est sain est au cœur même de l'approche spirituelle. Cette capacité permet, avec la maladie, de retrouver d'autres équilibres, et de manifester que le temps de la maladie est un temps pour s'approfondir et pour devenir plus vaste, ainsi que l'affirme la logique traditionnelle. Elle n'est pas cette parenthèse vide de sens entre deux états de santé biologique dont l'un semble être devenu définitivement hors d'atteinte. Nous voilà une fois encore au cœur de la pratique clinique, du savoir faire.

### **c. La spiritualité**

Notre monde occidental est paradoxal, preuve en est la place de la spiritualité en son sein. D'un côté, en effet, sous l'action persistante de la logique rationnelle, la spiritualité est en recul et les religions en perte de vitesse rapide. Et d'un autre côté, l'intérêt pour la spiritualité est en plein essor. Perte et essor de la notion du spirituel : on observe une

contradiction dans le fait qu'on en parle beaucoup et qu'en même temps un nombre croissant de personnes n'intègrent plus ces notions dans leurs critères de vie. On retrouve ici la différence entre religion (rejetée) et spiritualité (séduisante).

Dans le domaine des soins, la logique dominante de l'Occident se manifeste de deux manières : d'une part en mettant, classiquement si l'on peut dire, le spirituel de côté ; et d'autre part d'une manière plus subtile, lorsqu'on veut le faire entrer dans la logique d'objectivation occidentale. Il y a en effet un risque que « la dimension spirituelle de l'homme [soit] approchée comme une fonction à analyser. Il est question d'instrumentalisation, d'anamnèse, de diagnostic, de prévention, de grille et de guide de repérage » (Honoré, 2011 : 27). On objective la spiritualité au motif de la rendre plus visible pour les autres partenaires de soins. Oui, mais on l'objective quand même ! Je milite pour ma part pour une « désabsolutisation des grilles », au nom de l'équilibre entre les deux logiques. Les grilles (logique occidentale) sont certes utiles, mais elles doivent être transcendées et incluses (par une logique traditionnelle).

Or c'est bien l'intégration de la dimension spirituelle la plus inclusive qui donne de l'espace au soin. Comme le dit une collègue : « quand tu as le côté spirituel qui est nourri, tu es mieux dans ta peau, donc tu peux pratiquer ta profession en étant mieux ». Une autre va même plus loin : « J'ai juste ce travail de soignante, et voilà. [Mais] ça peut être visible et invisible. Officiellement, je suis soignante, mais c'est au-delà du poste que j'emploie. C'est un peu comme une couverture, pour ceux qui ont un peu peur finalement de ce qui est spirituel, de la pratique. Voilà, c'est ma couverture. Le vrai truc, c'est un truc spirituel ». Et une autre : « la pratique spirituelle, à quelque part, elle est là : c'est habiter de spiritualité les gestes quotidiens ». Une troisième :

« Ici je vois mon rôle de soignante comme ramener les gens à leur être profond, si possible. Et ça c'est même en phase terminale, à l'agonie, si quelqu'un est dans un coma. Je trouve que par exemple si quelqu'un est dans le coma, quand je suis avec lui, j'essaie d'être très confiante, par rapport à la vie, la mort, ce qui est devant eux ; j'ai une confiance totale face à ça ».

Tout cela est à la fois simple et essentiel : c'est exactement ce qui caractérise, à mon sens, la spiritualité dans les soins palliatifs.

## **d. La temporalité polymorphe**

A mon sens, la notion de temporalité (telle que vécue par les patients, les soignants et les proches) ne se trouve pas au centre de notre continuum. En effet, les soins palliatifs sont sur ce point vraiment occidentaux, et c'est le temps linéaire qui domine : la maladie progresse inexorablement. Le chemin est bien visible, il va « tout droit vers la mort ». Et la notion de temps circulaire, difficilement compréhensible à un entendement occidental, ne trouve pas sa place dans les soins palliatifs. Par contre, si l'on se borne à affirmer que le temps est linéaire, on n'a peut-être pas encore dit grand'chose. Du fait même de l'intensification existentielle provoquée par le diagnostic de maladie mortelle, le temps, ou plutôt sa perception, se modifie beaucoup, et nous entrons dans ce que j'appellerai un temps polymorphe<sup>43</sup>. Il est caractérisé par la variété des perceptions et des ressentis au cœur du temps linéaire, qui tour à tour agrandissent ou rétrécissent, densifient ou vident le temps qui passe.

Les différentes formes de temporalités qui composent le temps de la maladie sont celles-ci : le temps linéaire exorable ; le temps suspendu, vide ou réduit à l'indéterminé cotonneux ; le temps qui accélère ou qui ralentit ; le temps magique d'un moment lumineux ; le temps (si long) d'une douleur forte ; le temps des quatre heures qui sépare deux prises de morphine (court au début, et qui s'allonge à la fin de la période). Ce qui frappe donc, c'est l'amplitude des perceptions liées au temps, de même que l'alternance qui peut être très rapide entre deux temporalités différentes. Enfin, pour finir, il y a le temps du passage, dont j'ai déjà dit qu'il ne se limitait pas à un instant mais qu'il constituait un processus : c'est un temps dont nous savons rien ou presque, qui a peut-être à voir avec l'éternité ; seuls ceux qui expérimentent des NDE nous disent à quel point le temps peut alors à la fois se dilater et se concentrer en un seul instant. On parle parfois d'une « conscience élargie exceptionnellement lucide, souvent en l'absence de toute fonction cérébrale » (van Lommel, 2012 : 273), qui observe tout son passé en défilé très rapide, et donc traverse le temps avec célérité. Et voilà que le temps devient mystère... polymorphe !

---

<sup>43</sup> Le temps polymorphe est en réalité le temps de chacun de nous, malades ou en bonne santé. Mais la maladie grave en exacerbe les différentes perceptions, et rend l'amplitude des modifications sans doute plus forte.

## **IV. Des balises pour les soins palliatifs, garder le cap...**

Si ce texte s'intitule « les soins palliatifs, une ethnomédecine occidentale à la croisée des chemins », c'est bien que la notion de croisée, de carrefour, y est centrale. Il s'agit maintenant de poursuivre la recherche en fonction de l'hypothèse de départ, à ce stade globalement validée, selon laquelle les soins palliatifs sont assurément une médecine de type occidental, mais traversée d'élan et d'aspirations qui la distancient de son milieu d'origine. Et les concepts issus de la logique traditionnelle, dont certains sont tout à fait intégrés, nous permettent de soutenir cet effort vers davantage d'inclusivité. Au moment de faire le bilan de tout ce qui précède, il apparaît que la notion d'équilibre peut féconder l'approche palliative, pour autant qu'on lui conserve sa triple valence incluant les relations avec soi-même, et avec les proches, comme avec le cosmos entier ! La notion d'équilibration peut donc permettre aux soins palliatifs de se situer plus au centre du continuum.

Ainsi l'approche rationnelle et scientifique, dans sa manière d'envisager le patient et les soins, dans sa manière même d'en compartimenter les éléments à fin d'analyse, cette manière est fondamentale et fait partie, qu'on le veuille ou non, de l'approche palliative, parce que tout nous y pousse en Occident. En ce sens, les soins palliatifs sont bien une spécialité médicale de pointe, et non un abandon du sérieux médical au profit d'une « gentillothérapie », et il faut le redire. A ce titre, l'Université de Lausanne a créé en 2006 une chaire de soins palliatifs à la Faculté de médecine, ce qui constitue une innovation. Soyons bien clairs : cet enseignement médical des soins palliatifs consiste en premier lieu à ouvrir les futurs médecins aux approches différentes, afin de les intégrer, et non pas seulement à envisager le seul aspect médical. Cet enseignement est inclusif.

D'un autre côté, les soins palliatifs se doivent d'intégrer les logiques traditionnelles dans leur approche, ou tout au moins de se laisser interpellé et changer par elles. Nous avons vu, tout au long de ce travail, combien les notions « traditionnelles » pouvaient féconder l'approche palliative. Cela dit, selon le point de vue, on sera toujours soit trop médicalisé, structuré et rationnel, soit trop mystique, « animiste », ou irrationnel ! L'équilibration est une affaire de chaque instant. Ainsi, aux trois équilibres mentionnés plus haut, on

peut ajouter encore l'équilibre interculturel ou « inter-logiques » (toujours dans le sens déjà évoqué d'aller vers une plus grande inclusion).

Et comme, il faut le reconnaître, ce positionnement inclusif est toujours instable, et donc toujours potentiellement en danger, certaines balises doivent être posées. Pour maintenir l'équilibre, il faut se garder de « tomber » d'un côté ou de l'autre - pour caricaturer les deux positions : entre l'hypermédicalisation et le spiritualisme le plus flou. La palette est large et la réalité infiniment subtile, si bien que le risque de « pencher un peu trop » d'un côté ou de l'autre est bien réel. Il faut donc faire preuve de vigilance, et la première chose à envisager, c'est de prendre conscience de chaque déséquilibre au moment où il se produit dans une institution. Le but de ce travail est d'aider à cette prise de conscience.

Quelques aspects tirés de l'expérience peuvent être évoqués à titre de « points chauds » dont les enjeux sont ni plus ni moins que la perte d'équilibre ou la « perte d'âme » d'un établissement et de ses soignants.

Pour commencer, je voudrais citer ce qu'un aumônier viennois décrit comme « le syndrome d'omni-compétence pérिमortelle »<sup>44</sup>. Sous ce concept se cache le risque que l'une des « professions » intervenant en soins palliatifs prenne l'ascendant sur les autres, au motif que ses compétences seraient plus essentielles que celles des autres, et que, d'autre part, elles engloberaient les compétences spécifiques des autres professionnels. On peut citer d'abord les médecins. La notion même du pouvoir médical est une notion classique dans le domaine des soins. Je pense que dans les soins palliatifs, il y a toujours un risque (je parle bien en terme de risque et non de fait avéré) de surmédicalisation, et je pense, en même temps, que ce pouvoir médical tant décrié est aussi en train de perdre de sa superbe, notamment du fait de l'émergence de contre-modèles en Occident (infirmiers ou alternatifs p.ex.), et aussi de par la propre prise de conscience interne à la profession.

---

<sup>44</sup> Mentionné par le Professeur de soins palliatifs à la Faculté de médecine de l'université de Lausanne, Gian Domenico Borasio (conversation privée). Voir bibliographie, Heller, 2012.

On peut citer en second lieu les infirmières. Dans leur cas, le risque est différent et il est plus récent<sup>45</sup> : il consiste à considérer que leurs compétences, étant très englobantes, suffisent à assurer l'entier de la prise en charge interdisciplinaire (et à moindre coût !). Les modèles infirmiers enseignés actuellement, et notamment le modèle « originel » de Virginia Henderson (1966), intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale et spirituelle. Il n'y a plus qu'un pas à faire pour considérer que cette approche couvre, à elle seule, tout le champ interdisciplinaire.

Mais on peut aussi combiner ces deux risques pour dire qu'un accompagnement palliatif de qualité pourrait être assuré uniquement par les médecins et les infirmières, et qu'un service de soins palliatifs pourrait très bien fonctionner sans les autres professionnels du soin que sont p.ex. les psychologues, les assistants sociaux ou les aumôniers. Ceux-ci deviendraient alors, dans cette perspective, des « consultants extérieurs » auxquels on peut faire appel en cas de crise grave ! Cette vision me semble comporter un vrai risque pour l'avenir de l'interdisciplinarité dans nos services, voire même pour l'avenir des soins palliatifs tout court.

Nous pouvons mentionner un second risque, dont les causes sont assurément multiples (évolution de la société, cursus de formation des professions soignantes, ou « air du temps ») : je veux parler de la perte de la dimension spirituelle, ou, tout au moins, de l'ouverture à une réalité plus vaste (c'est, comme nous l'avons dit un fait de société en passe de se généraliser). J'ai déjà évoqué le fait que l'on assiste aujourd'hui à la fois à une déspiritualisation rapide, une « sécularisation » selon l'expression consacrée, en même temps qu'à un regain d'intérêt pour les mondes spirituels. Le risque est ici que par déculturation et par abandon des réalités spirituelles dans le parcours de vie, les nouveaux soignants, tout comme les nouvelles directions d'ailleurs (à l'image des patients eux-mêmes), perdent de vue ce domaine englobant. Formés au management des soins, à la fixation d'objectifs mesurables et autres processus organisationnels à la fois nécessaires et partiels, les notions spirituelles pourraient devenir la tache aveugle commune à tout le processus soignant.

---

<sup>45</sup> Il provient du fait (nécessaire et positif par ailleurs) de l'autonomisation croissante de la profession infirmière. L'infirmière ne travaille plus uniquement sur « délégation médicale » comme autrefois, mais elle construit un véritable « projet de soins » spécifique à son approche.

Pour reprendre une notion évoquée plus haut, les soins palliatifs sont toujours à risque de perdre leur âme, et pourraient bien alors avoir besoin d'un « recouvrement d'âme », au sens chamanique du terme : quelque chose qui a été perdu doit être retrouvé et replacé au bon endroit, pour leur restituer leur entièreté. A ce titre la logique traditionnelle est bien une composante nécessaire des soins palliatifs, de même qu'elle en constitue à la fois le garde-fou, qui les maintient bien au centre du continuum, comme aussi le stimulant ou le poil à gratter, qui les empêche de s'endormir sur leurs lauriers !

## **V. Discussion : des pistes ouvertes...**

Au terme de ce parcours, il peut être utile de se donner quelques balises pour guider le travail en soins palliatifs en terme de prospective. Car si cette étude ne conduit pas à repenser et à alimenter concrètement la pratique soignante au sens le plus large et le plus interdisciplinaire du terme, elle ne servira pas à grand chose. Dans les soins palliatifs, nous ne perdons jamais de vue le fait que c'est le patient qui est au centre de tout le processus. Ainsi c'est lui qui devrait être le premier bénéficiaire de toute la réflexion, au travers de l'action soignante.

### **1. Que veut dire « penser autrement » ?**

*Connaître ou comprendre, c'est entrer en résonance avec la logique interne de ce que l'on étudie.*

*Marc Halévy*

#### **Qu'est-ce que la réalité ?**

Alors que la logique dominante de l'Occident considère que la réalité se réduit à ce qui est observable et mesurable, et que la logique des peuples traditionnels nous interpelle pour nous dire que la réalité est une et englobante et que tout est en interrelation, nous ne pouvons plus penser comme avant. Le monde des soins palliatifs, avec d'autres, se doit de considérer que la réalité est multiple, qu'elle englobe la réalité matérielle, la réalité psychique et la réalité spirituelle. Qu'est-ce que la réalité ? Cette question devrait toujours rester en arrière-fond de nos manières de penser, d'être et d'agir, comme un garde-fou érigé contre toute forme de réductionnisme. Car nous existons, pensons et agissons toujours et simultanément dans toutes les couches de la réalité. Et les soins

concrets que nous accomplissons (une injection, une toilette ou un pansement p.ex.) déploient une résonance à chacun des niveaux du réel<sup>46</sup>. Les choses ne sont en réalité pas séparables. Une collègue interviewée confirme le propos : « Ce que j'aime aussi dans cette maison, c'est le mouvement. Je pense que c'est important d'être dans un mouvement universel de vie ; ça ne s'arrête pas, même quand ils meurent. Pour moi ça ne s'arrête jamais. C'est ce que j'aime dans ce « mouvoir », c'est que la vie ne s'arrête jamais ».

Or la biomédecine qualifie de réalité uniquement ce qui est observable, et la science se pose elle-même comme « gardien de la Porte » de la réalité : tout ce qui est vu par elle est appelé réel, et tout ce qu'elle ne confirme pas est voué à l'irréalité, au fantasme, à l'illusion, bref, au néant. Cela mérite une remise en question, car la science ne vit-elle pas aujourd'hui sur une illusion de totalité ? Or toute bonne science, comme toute bonne théologie d'ailleurs, devrait à mon sens, et si elle se positionne correctement dans le champ de la connaissance, nous conduire au-delà d'elle-même. Pour rejoindre des notions les plus englobantes telles que les nomment quelques courants qualifiés de mystiques : « L'au-delà de tout », selon la formule célèbre de St-Grégoire de Naziance ; ou encore « l'au-delà du par-delà » de la pensée du bouddhisme zen ; ou encore « le non-duel »... Où sommes-nous ici ? Dans un silence si abyssal que rien ne peut saisir. La réalité revêt ultimement cette immensité-là.

Pour moi, c'est cette vision-là, cet horizon-là, cette immanence-là, qui constituent la base même qui permet d'envisager le travail concret dans les soins palliatifs : c'est en effet dans cette perspective que doit se situer notre accompagnement de la fin de vie, notre manière d'envisager la vie humaine, la mort, et ce qui, au-delà de la vie sur cette terre, paraît englober les choses dans un « plus vaste que tout ». La réalité est multiple dans ses niveaux de manifestation, et à chaque niveau de réalité correspond une qualité de profondeur de regard, une capacité de la conscience de percevoir tel ou tel niveau. Les états modifiés de conscience permettent, en ce sens, d'accéder à ces différentes strates. En somme, si la Réalité est un vrai millefeuille, le grand risque est toujours de prendre une réalité pour la Réalité, et de nier l'existence d'une réalité au nom d'une autre.

---

<sup>46</sup> Pour paraphraser l'idée des indiens Kogis selon laquelle pleurer fait déborder les rivières, on pourrait dire que « faire un pansement à un patient, c'est soigner la forêt » !

## La biodiversité

La notion même de biodiversité est un concept issu de l'écologie moderne, et qui définit la richesse infinie des manifestations du vivant, richesse à conserver, à préserver pour éviter l'effondrement du monde actuel. Cette biodiversité est par essence globale, plus globale même que la notion d'environnement. Car le fait même de parler de notre « environnement », comme le font nos écologistes occidentaux, participe de cette logique de la séparation, comme le rappelle Michel Maxime Egger : « Nous partageons une communauté d'être et de destin avec la création. Nous faisons partie de la nature tout autant que la nature est partie intrinsèque de nous, contrairement à ce que le mot « environnement » laisse entendre, qui place la nature autour et donc au dehors de l'être humain » (2012 : 19). L'humain, dans la diversité de ses manifestations culturelles, sociétales et spirituelles est part intégrante de la biodiversité<sup>47</sup>.

Je pense que les soins palliatifs sont une excellente illustration au cœur du monde des soins, de cette notion de biodiversité, de par l'ouverture de leur approche. Ceux-ci visent en effet à préserver cette biodiversité, tant au niveau de leur approche pluridisciplinaire que dans leur vision de l'être humain malade et souffrant, jamais seul mais intégré dans une multitude de réseaux (du plus basique au plus spirituel). Ce à quoi il faut immédiatement ajouter que cette biodiversité est aussi potentiellement menacée au sein même des soins palliatifs, et ce par l'évolution de cette logique dominante en Occident, toujours la même, faite de performance et de mesurabilité. Le « syndrome d'omni-compétence pérिमortelle » dont nous avons parlé plus haut serait à considérer comme une perte dramatique de la biodiversité palliative.

Une autre menace contre cette biodiversité consiste bien entendu dans la standardisation des processus mesurables et des « démarches qualité » qui ressemblent furieusement à des « démarches quantité » ! Les questions asséurologiques et financières sont évidemment ici les fers de lance de cette menace, au nom d'une

---

<sup>47</sup> Chaque fois qu'une culture traditionnelle disparaît, c'est la biodiversité qui est atteinte, et c'est la monoculture occidentale dominante qui gagne du terrain. La polémique autour des OGM est l'illustration parfaite de cette problématique. On peut se référer au film intitulé : « Le monde selon Monsanto » (2008). La culture occidentale dominante ressemble furieusement à ces champs infinis de plantes OGM qui détruisent toute la diversité biologique alentour... y compris l'homme.

« rationalité », d'une « gestion », et d'un « management » toujours présentés comme objectifs et donc efficaces.

En conclusion, on pourrait s'appliquer à rendre davantage opérante la notion même de biodiversité appliquée aux soins palliatifs. Elle constituerait dans ce cas un utile garde-fou contre des démarches et des processus réducteurs toujours présents... Il faut toujours se souvenir de la notion de « logique du vivant » qui nous vient des visions traditionnelles. La biodiversité, c'est l'essence même du vivant. Et je crois que sur ce point, les soins palliatifs sont proches, même si c'est avec certaines limites, de la logique traditionnelle.

## **La vibration de l'univers**

Cette notion constitue un apport fondamental de la physique quantique, qui met en évidence l'aspect vibratoire à côté de l'aspect matériel (onde et masse) comme existant ensemble. La science ici s'ouvre peut-être à ce qui la dépasse...

Concrètement, dans l'approche des soins, le soignant devrait être à l'écoute de cette vibration. Il pourrait développer en lui-même la sensibilité à cette subtile vibration, et sentir la manière dont elle circule et informe le patient, ou au contraire celle dont elle est perturbée, freinée ou éteinte, dans ce même patient (ou en lui-même). La pratique de l'accompagnement des personnes en fin de vie pourrait intégrer cette manifestation, ce goût de l'Un, tel qu'il se manifeste dans la vibration de la vie. Et permettre de se rendre compte que certaines personnes en fin de vie sont comme irriguées, traversées et informées par cette vibration, alors que d'autres personnes tout à fait fonctionnelles sont en réalité en déficit de vibration, ou éteintes au plus profond d'elles-mêmes parce que coupées de cette information vitale. A ce propos, une collègue confirme la chose en parlant d'énergétique :

« Ça permet d'ouvrir les yeux sur une autre manière de pressentir ce que nos patients vivent. Quand on dit qu'ils sont entre deux mondes, ben t'as un petit peu la notion de cet autre monde qui est là. Et tu es beaucoup plus sensible à cela, et dans l'acceptation aussi : il n'est pas en train d'halluciner, il est juste en train de vivre quelque chose de différent. Et là c'est beaucoup plus facile au niveau relationnel avec le patient. T'es plus dans le faire, t'es juste dans l'écoute de ce qu'il vit, et dans la compréhension ».

J'ai bien conscience que ce qui je précède est inaudible (ou invisible) pour une approche purement scientifique, biologique et technique de la maladie, mais l'enjeu ici est bien de reconnaître puis d'intégrer à sa pratique ces notions essentielles.

## **La contemplation et le mystère**

Les notions de contemplation et de mystère doivent être intégrées dans notre vision du monde, comme dans notre accompagnement des personnes en fin de vie. La contemplation d'abord : la première question est de savoir ce que nous contemplons. Si nous voulons tenir compte de ce qui a été dit plus haut des peuples traditionnels, nous dirons que nous contemplons l'Un. L'Un, c'est cette interconnexion de tout, ce sont tous les niveaux de la réalité, ce sont toutes les harmoniques, les résonances d'une relation avec le patient, ainsi que les différentes harmoniques du patient lui-même ; c'est aussi contempler les dysharmonies en les intégrant dans cet ensemble plus vaste qui fait l'humain dans tous les aléas de son « humanité ». C'est enfin contempler cette circulation de la Vie qui est infiniment plus vaste que la vie, celle du patient ou la mienne. Inutile de préciser que la mise en pratique concrète de la contemplation est chose difficile ; peut-être cet état d'être constitue-t-il l'essence de la quête de tout soignant s'il veut entrer dans cette nouvelle logique des soins.

La deuxième question est de savoir comment nous pouvons entrer dans la contemplation. C'est en effet l'objet de la quête, dont l'objectif n'est pas tant l'aboutissement du chemin que le chemin lui-même. C'est cette lente transformation de soi, ce lent processus de maturation que l'on fait et qui se fait tout à la fois, sur lequel donc l'on a prise et qui en même temps est donné au-delà même de ce que l'on recherche<sup>48</sup>. Peut-être, dans ce cas, devrait-on parler d'une mystique du soin.

Ce que nous apprenons en tant que soignants, sur ce chemin, c'est que finalement, nous contemplons le mystère de toute chose, du monde, de la vie et de ses aléas ; le mystère de l'autre et, en fin de compte, notre propre mystère. Cette notion de mystère constitue non seulement une perspective de pensée tout à fait nécessaire, mais elle est aussi un excellent vaccin contre toute forme d'intolérance, de maîtrise absolue et d'intégrisme

---

<sup>48</sup> On peut noter au passage que c'est assez exactement ce que Jung a nommé le chemin de l'individuation !

quel qu'il soit<sup>49</sup>. Le mystère est à la source de toutes les quêtes, il est porteur de vie, d'intention et de finalité. Il est la signature, le parfum de l'Un.

## 2. Que veut dire « soigner autrement » ?

*Ce qui m'intéresse, ce n'est pas la façon de bouger des gens mais ce qu'ils font bouger.*

*Pina Bausch*

Tout commence sans doute avec notre manière d'être présent, d'être là, c'est-à-dire dans cet espace sacré qui est en même temps éternité. C'est-à-dire n'être ni bloqué dans le passé, ni projeté dans le futur<sup>50</sup>. Car c'est ici, dans ce présent éternel que se joue la relation thérapeutique. Et cette capacité d'être présent va contribuer à créer un cadre, ou plutôt un espace que je qualifierai (par expérience) de sacré. La chambre du patient peut alors devenir espace sacré, terre sainte<sup>51</sup>. Pour moi, c'est le cercle sacré des Indiens.

Le soin commence donc par une connexion, en quelque sorte ; c'est ce que dit une collègue :

« Pour moi, quand je soigne vraiment chamaniquement, je me connecte à la personne, idéalement, quand je suis près d'elle. Mais je peux le faire aussi en étant dans le bureau des infirmières, mais a priori c'est plutôt dans sa chambre. Alors encore une fois, je me connecte à son âme et je me connecte aussi dans la pièce à l'ambiance de la pièce ».

Le soin se poursuit avec la manière de regarder, ou, plus globalement, de percevoir la personne malade qui est devant nous. Ce regard qui permet de « toucher avec amour et douceur », comme disait Fools Crow (Mails, 1994 : 98). C'est une manière de percevoir, de regarder plus largement, plus inclusivement. Le drame de l'efficacité hospitalière et biomédicale, c'est que le regard se rétrécit, se focalise, au point de perdre l'ensemble<sup>52</sup>. Dans les cours que je donne, j'insiste toujours sur cet aspect, qui nécessite une

---

<sup>49</sup> Vous enlevez sa part de mystère à Dieu, et vous avez un intégriste religieux. Vous enlevez sa part de mystère au monde créé, et vous avez un intégriste scientifique (ou écologique !).

<sup>50</sup> La difficulté concrète du soignant est d'être vraiment là, dans la chambre et auprès du lit du patient dont il s'occupe, et non, par la pensée, dans la chambre précédente ou déjà dans la chambre suivante. C'est une vigilance de chaque instant !

<sup>51</sup> Car une terre sacrée ne l'est pas en tant que telle - Jérusalem, Lhassa, Rome ou telle montagne particulière. La terre sacrée c'est, selon moi, l'endroit, quel qu'il soit, où je pose le pied d'une manière sacrée !

<sup>52</sup> Soigner l'ensemble, c'est ce que fait l'homéopathie avec sa notion de « terrain ».

authentique transformation intérieure de la part du soignant, une forme d'initiation jamais achevée, mais dont l'enjeu est absolument essentiel : rendre à la personne malade son immensité, sa vraie dimension, ce qui signifie sans doute sa véritable identité. C'est donc, à mon sens, un préalable spirituel au sens le plus large, parce qu'on intègre ici l'immensité cosmique de chaque personne rencontrée. Ce qui implique évidemment aussi, et c'est le sens de l'initiation, de partir à la découverte de notre propre immensité ! Si l'aspect technique et relationnel des soins n'est pas inclus dans cette perspective la plus large, c'est tous les soins qui se réduisent. Le soin n'est plus intégré, parce qu'il devient un acte ponctuel, isolé, et qu'il perd de ce fait une partie de son sens. Une collègue exprime bien cela : « Parce que si on soigne le corps sans tenir compte de l'esprit et de l'âme, on fait pas du bon travail. Des fois, il vaut mieux ne pas refaire le pansement et panser plutôt l'âme par un moment de présence ».

Cette qualité de soin se vit jusqu'au moment de la mort, comme le dit une autre collègue :

« Soigner la personne pour qu'elle trouve en elle ses ressources pour le faire, ce passage, comme elle l'a choisi ; et il n'y a pas le passage idéal, joli, comme on le voit dans les films et comme on aimerait tellement que ça se passe. Non, encore une fois, c'est une création, qui a duré toute une vie pour arriver à ce stade-là ; le passage s'approche, c'est son choix, le choix de l'âme de comment ce passage va se passer. Je n'ai pas à intervenir là-dedans, j'ai pas à vouloir par ma pratique imposer ce passage comment ça va se passer. Mais par contre je peux être présente pour dire : Oui, c'est bon, fais-toi confiance, c'est bon, c'est juste. Pour moi c'est ça ».

Je propose, maintenant, de décliner cette manière de soigner à l'aide de quelques images plus spécifiques, porteurs d'une perspective plus large et plus inclusive du soin<sup>53</sup>.

## **Soigner la vibration**

Tout est vibration, avons-nous dit. La vibration est cette énergie de vie qui englobe et traverse tous les êtres et tous les mondes. Et cette vision des choses devrait avoir des conséquences tout à fait concrètes dans les soins. Comme le dit une collègue : « ce serait

---

<sup>53</sup> Il va de soi que, comme je l'ai toujours dit dans ce travail, les aspects techniques, biomédicaux, pharmacologiques et psychologiques des soins sont bien évidemment transcendés et inclus dans cette perspective plus large.

[bien] d'introduire un peu plus la notion d'énergétique, la notion chamanique, de voir qu'il y a des influences qui sont autres que juste le rationnel ». Cela peut nous ouvrir sur d'autres horizons de perception.

En fin de compte, le soin se passe, alors, dans des dimensions plus larges, on peut même dire, dans un espace-temps différent : entrer dans un lieu de soins palliatifs, c'est physiquement changer de temporalité, au point que ma manière de me mouvoir elle-même va se modifier et ralentir. Et c'est à cette condition seulement que je vais commencer à voir, à sentir, à être. Ce changement de temporalité est sans doute même de nature quantique, car il me permet de percevoir également la vibration de la maison, la vibration des personnes que je vais rencontrer, ou dit plus « chamaniquement », de sentir l'esprit (ou les esprits) qui habite(nt) toute chose, et percevoir cet « invisible qui nous porte ». Et en même temps, l'espace va se modifier lui aussi : la maison en général, la chambre ou l'interaction avec un collègue vont se vivre dans un espace difficilement saisissable : il est à la fois plus dense et plus large, plus léger et plus habité. Difficile parfois de communiquer cela sans passer pour un illuminé, même dans ce milieu !

La question qui se pose est dès lors celle-ci : comment donner à voir, à entendre, et à sentir cette dimension vibratoire de l'accompagnement en soins palliatifs ? Et comment se rendre disponible intérieurement et spirituellement pour accueillir cette dimension de l'invisible ? Je rejoins ici mes collègues dans leur questionnement.

## **Prendre soin du désir**

Dans le concret des soins, le désir, c'est quelque chose qui a à voir avec la créativité et l'autoguérison, même alors que l'on est près de mourir. Nous disions : mourir guéri. Une collègue exprime bien cela :

« Soigner, c'est stimuler les ressources de la personne afin qu'elle s'autoguérisse. Et ça le chamanisme, ça m'a mieux mis en évidence. [...] Parce qu'on est au cœur du chamanisme avec ça, le processus d'autoguérison. Et souvent ça fait que si on revient aux paroles d'avant, j'emploie souvent le mot « bienveillance » et je vois que ça change beaucoup de choses chez l'autre, et j'emploie souvent le mot « notre être tout entier a une capacité d'autoguérison incroyable ». Donc je mets vraiment l'accent sur les ressources, sur l'autoguérison ».

Soigner, c'est faire le pari que chaque désir particulier, aussi concret soit-il (boire un verre d'eau ou marcher dans les couloirs), est toujours profondément dans sa racine un désir de vivre. C'est dans ce sens qu'en tant que soignant, nous avons à prendre soin du désir. On pourrait même dire, comme le Père Philippe Dautais (conversation privée) que « accompagner, c'est prendre soin du désir ».

## **Soigner en état modifié de conscience**

Alors que dans la logique dominante en Occident, la conscience se limite à l'état de veille (tout le reste étant plus ou moins considéré comme une « perte de conscience »), la logique traditionnelle met en avant la notion d'état modifié de conscience, au point qu'on a pu définir le chaman comme celui qui est capable d'entrer dans cet état modifié pour « voyager » ou pour pratiquer une cérémonie ou un soin. Selon moi, il serait important que les soins palliatifs intègrent cette notion d'état modifié de conscience à leur accompagnement.

Sans doute, la confrontation du patient et du soignant avec le moment charnière qu'est la mort, le coma, ou les récits de visions NDE, sans doute que cette confrontation est d'abord questionnante. Elle est ensuite inévitable. En somme, il s'agit de sortir de la logique dominante occidentale, qui se contente de dire « ça n'existe pas », « c'est une illusion », ou « ce n'est qu'une activation neuronale sans signification ». « Et si le mot hallucination convient bien à la dénomination de la face pathologique du phénomène, il nous faut bien trouver un mot pour dire la richesse de tout ce qui est perçu dans la normalité, [...] parlons de « perceptions non ordinaires » ou de « perceptions subtiles » » (Rosset, 2004 : 163). Une manière de soigner autrement consisterait donc à expliciter et à expérimenter ces états modifiés, chez le patient comme chez le soignant. Soigner en transe un patient lui-même en transe, ne serait-ce pas une manière de le rejoindre là où il est ? Le pavé est lancé...

## **Hallucinogènes et cancer**

Les hallucinogènes sont très régulièrement utilisés dans les pratiques chamaniques de par le monde, ce qui semble tout à fait impensable dans nos pratiques médicales occidentales. Et pourtant... Au commencement des soins palliatifs, la morphine était vue « comme une drogue source de toxicomanie et cause de dépression respiratoire mettant

la vie en danger »<sup>54</sup>. Aujourd'hui, on a appris à l'utiliser et elle constitue une substance proprement incontournable dans le traitement de la douleur. Il est frappant de constater la présence très fréquente de substances dites hallucinogènes dans les rituels de guérison de nombreuses cultures chamaniques (ayahuasca, peyotl, iboga, etc). Notons que le seul mot « hallucinogène » est déjà en soi une interprétation dépréciative et occidentale de ces substances. On devrait tout aussi bien les appeler des « lucidogènes », selon l'expression de Juan C. Gonzales, ou parler même de substances « enthéogènes » (« qui engendrent Dieu de l'intérieur »), selon l'expression de Julien Bonhomme<sup>55</sup>. Voilà qui donne de ces substances une image un peu moins négative.

D'autre part, ces substances sont peut-être moins éloignées qu'on ne le croit de nos pratiques biomédicales occidentales. Un film récent, « The Substance », de Martin Witz (2012), retrace l'histoire de la découverte fortuite du LSD par Albert Hoffmann, puis les recherches entreprises en psychiatrie sur cette substance, avant d'en décrire le devenir échevelé dans la période hippie, sous la houlette de Timothy Leary et jusqu'à son interdiction totale en 1966. Toutefois, la fin du film raconte comment des recherches ont été reprises (depuis l'an 2000), sous strict contrôle, sur l'utilisation de la psilocybine dans l'accompagnement de patients cancéreux aux Etats-Unis. Un sujet de l'étude, Martin Clark, témoigne ainsi de son expérience :

« C'est comme si votre cerveau se déconnecte, chaque partie l'une après l'autre. [...]. J'ai eu une expérience de familiarité et de tranquillité. [...]. La dépression s'est soulagée, je pouvais tomber en dépression, mais j'arrivais à en sortir aisément. Ça change totalement la façon dont on approche le monde. On s'ouvre au lieu de se renfermer dans une spirale négative. C'est presque incroyable qu'après un jour et sans médicaments complémentaires, cela ait pu arriver » (Witz, 2012).

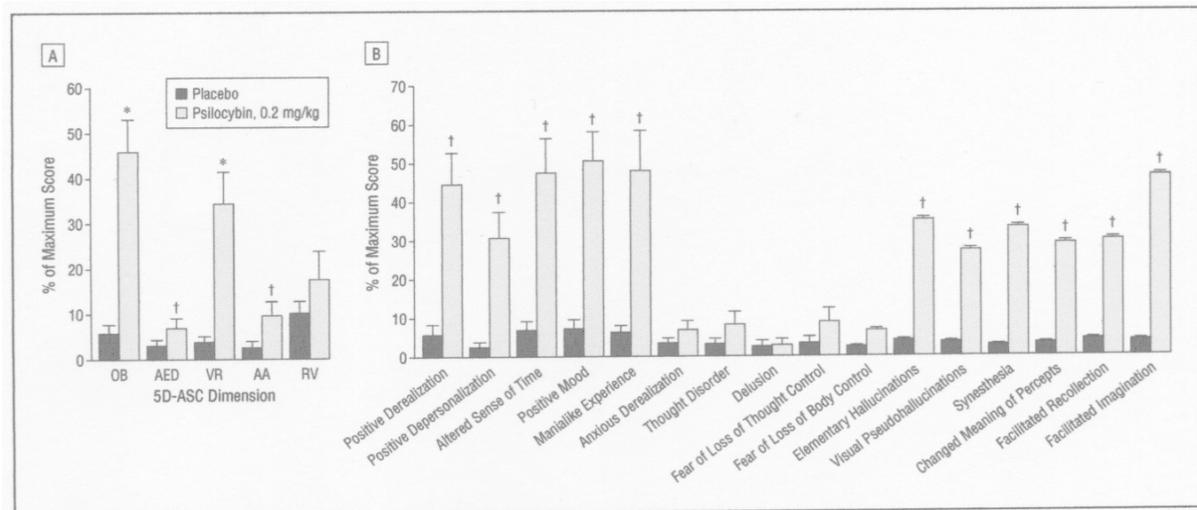
A titre de deuxième illustration, je voudrais également faire part d'une recherche mentionnée dans un article intitulé : « Pilot Study of Psilocybin Treatment for Anxiety in Patients With Advanced-Stage Cancer » (2010). Il relate une étude en double aveugle faite auprès de patients atteints d'un cancer avancé et souffrant d'anxiété, et dans laquelle le groupe expérimental a reçu une dose de 0,2 mg/kg de psilocybine. Les

---

<sup>54</sup> Verspieren Patrick. L'invention des soins palliatifs, in : Hirsch, 2012 : 279.

<sup>55</sup> Gonzalez Juan C. Du concept « hallucinogène » au concept « lucidogène », in : Baud : 2010 : 195, et Bonhomme Julien. Les ancêtres et le disque dur : visions d'iboga en Noir et Blanc, in : Baud : 2010 : 313.

participants ont fait des expériences qualifiées de « psychospirituelles », et on a constaté que la forte anxiété existentielle dont elles souffraient a été fortement diminuée ; les différences sont tout à fait significatives par rapport au groupe placebo. Voici le tableau qui fait voir l'importance des écarts constatés :



**Figure 2.** Subjective effects of psilocybin as measured by the 5-Dimension Altered States of Consciousness profile (5D-ASC). A, Five main 5D-ASC dimensions are shown: oceanic boundlessness (OB), anxious ego dissolution (AED), visionary restructuring (VR), auditory alterations (AA), and reduced vigilance (RV). B, Item clusters comprising the OB, AED, and VR dimensions are shown. Values are the mean (SEM) percentages of the total possible score. \* $P < .01$ , † $P < .05$  for psilocybin vs niacin placebo control (1-way analyses of variance were used to compare niacin and psilocybin effects on individual 5D-ASC dimensions and 5D-ASC item clusters).

Je mentionne ces études parce que nous avons là, dans le prolongement de pratiques traditionnelles (par ailleurs très à la mode chez de nombreux Occidentaux qui s’y essaient aussi), des usages contrôlés (rituellement ou médicalement) de substances qui ouvrent sur de nouveaux univers de soins. Il semble bien que ce qui se modifie de par la prise de ces substances, ce n’est pas la maladie elle-même (il n’y a, en effet, pas d’interaction des substances avec la maladie, ni d’effets secondaires aggravants), mais bien la manière de donner sens à la vie avec la maladie. Voilà qui est prometteur, et sans doute pas près d’arriver chez nous. Mais on ne sait jamais...

### « Elargis l'espace de ta tente... et tes piquets, fais-les tenir » (Esaïe 54,2)

Cette formule biblique résume le propos de ce travail. La première injonction est d’élargir un espace, et cela correspond à l’interpellation de la logique traditionnelle. Et la seconde injonction concernant l’enracinement des piquets pourrait correspondre à un ancrage dans la tradition dominante qui est la nôtre, une matérialité qui pourtant ne serait rien si elle ne servait pas au projet d’agrandissement de l’espace... Mais le mot le

plus important, c'est le « et » qui évoque la conjonction des contraires, nécessaire à la production d'une énergie dont les soins palliatifs peuvent être les garants, pour autant qu'ils se maintiennent dans cet équilibre entre les deux logiques. Les soins palliatifs sont porteurs de cette logique inclusive, et ils se situent bel et bien à la croisée des chemins.

## **Conclusion : une vision intégrative pour les soins**

*Il vaut mieux être complet que parfait.*

*Carl Gustav Jung*

Biodiversité, désabsolutisation, fluidité, ouverture, équilibre, bienveillance, tels sont les mots-clés qui sont apparus au cours de ce travail. Ce sont comme des pépites qui résument l'essentiel pour retrouver une position médiane au sein du continuum, position que j'ai pu assigner aux soins palliatifs. Le maintien et la recherche de cette position me semblent constituer le garant d'une identité, je le crois, profondément originale des soins palliatifs dans le grand paysage occidental des soins.

Nous avons montré en quoi cette identité prend place au sein du rapport de deux logiques, l'occidentale et la traditionnelle, inscrites dans un continuum. Les soins palliatifs ne sont séparés ni de l'une ni de l'autre, mais ils portent quelque chose du génie de chacune des deux. L'enjeu, pour les temps qui viennent, est qu'ils n'en perde aucune des deux dimensions, et qu'aucune ne triomphe au point de faire disparaître le génie de l'autre. Or, il faut bien reconnaître que la logique dominante en Occident est infiniment plus à risque d'écraser l'autre que l'inverse.

C'est ainsi que la notion qui résume le mieux l'ensemble, c'est celle d'inclusion, dans le sens d'une complétude qui sait embrasser l'ensemble de la Réalité, considérée sous tous ses aspects. Savoir transcender et inclure, pour mieux envelopper et contenir, jusque dans l'au-delà du par-delà, tel est l'horizon, à la fois lointain et déjà présent, devant lequel se vivent les soins palliatifs. Ainsi, et ainsi seulement, nos patients pourront bénéficier d'une présence qui les accompagne et qui les contient... jusque dans l'au-delà de tout.

## Bibliographie

- AROM Simha et alii. 1993. *La science sauvage. Des savoirs populaires aux ethnosciences*. Paris, Editions du Seuil (Points Sciences, S93).
- BAUD Sébastien et GHASARIAN Christian (dir.). 2010. *Des plantes psychotropes. Initiations, thérapies et quêtes de soi*. Paris, Imago.
- BOBOLA, Philippe. 2007. *De la physique moderne au chamanisme*. Rennes-les-Bains, Debowska Productions (DVD).
- BRETON Stéphane. 2007. *Qu'est-ce qu'un corps. Le projet*. Sur [www.quaibrantly.fr](http://www.quaibrantly.fr).
- CAMERON, James, 2009. *Avatar*. 20th Century Fox (DVD).
- CHALVERAT Charles. 1999. Le Mythe du guérisseur-blessé dans les médecines populaires, comme fondement archétypique de la relation d'aide. *La Vouivre, Cahiers de psychologie analytique* (9) : 55-63.
- CHALVERAT Charles. 2000. La dynamique de l'archétype « guérisseur blessé » à l'œuvre dans la pratique et la formation des praticiens de l'aide. *Education permanente, revue de la FSEA*, 2000/3 : 22-25.
- COSTA Jean-Patrick. 2001. *Les chamans hier et aujourd'hui*. Paris, Flammarion (Dominos, n° 230).
- DE LOISY Jean, ADAM-COURALET Sandra, JACOMIJN SNOEP Nanette, HELL, Bertrand. 2012. *Les Maîtres du désordre*. Paris, Musée du Quai Branly.
- EGGER Michel Maxime, 2012. *La terre comme soi-même. Repères pour une écospiritualité*. Genève, Labor et Fides.
- EPES BROWN Joseph, 1996. *Animaux de l'âme. Les animaux sacrés des Sioux oglala*. Monaco, Editions du Rocher / Le Mail.
- GOOD Byron, 1999. *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité, vécu*. Paris, Les empêcheurs de penser en rond.
- GROB Charles S.; DANFORTH Alicia L.; CHOPRA Gurpreet S.; HAGERTY Marycie; McKAY Charles R.; HALBERSTADT Adam L.; GREER George R. 2010. « Pilot Study of Psilocybin Treatment for Anxiety in Patients With Advanced-Stage Cancer ». *Arch Gen Psychiatry*. (Online sur [www.archgenpsychiatry.com](http://www.archgenpsychiatry.com))
- HARNER Michael. 2011. *La voie du chamane. Un manuel de pouvoir & de guérison*. Paris, Mama Editions.
- HELLER Andreas. 2012. Das perimortales Omnikompetenzsyndrom. Anspruch als Belastungsfaktor. In : MULLER Monika, PFISTER David. 2012. *Wie viel Tod verträgt das Team ?* Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- HENDERSON Virginia. 1966. *The Nature of Nursing : A Definition and Its Implications for Practice, Research and Education*. New York, Macmillan.

- HIRSCH Emmanuel (dir.). 2012. *Fins de vie, éthique et société*. Toulouse, Erès (Espace éthique).
- HONORE Bernard. 2011. *L'esprit du soin. La dimension spirituelle des pratiques soignantes*. Paris, Editions Seli Arslan.
- HULTKRANTZ Ake. 1995. *Guérison chamanique et médecine traditionnelle des Indiens d'Amérique*. Aix-en-Provence, Editions Le Mail.
- KAST Verena. 1990. *The creative Leap. Psychological Transformation Through Crisis*. Wilmette Illinois, Chiron Publications.
- LAPLANTINE François, 1986. *Anthropologie de la maladie*. Paris, Payot (Bibliothèque Scientifique Payot).
- LENOIR Frédéric. 2012. *L'Âme du monde*. Paris, NIL éditions.
- MAUSS Marcel. 1950. *Sociologie et anthropologie*. Paris, PUF.
- MAILS Thomas E. 1994. *Fools Crow. Sagesse et pouvoir*. Monaco, Editions du Rocher (Nuage Rouge).
- MICHEL Jean-Dominique, 2011. *Chamans, guérisseurs, médiums : Au-delà de la science, le pouvoir de guérison*. Lausanne, Favre.
- MINDELL Arnold. 1989. *Coma. Key to Awakening*. Boston & London, Shambala.
- NACHEZ Michel. 2000. *Les états non ordinaires de conscience – Essai d'anthropologie expérimentale*. Strasbourg, Editions Neo Cortex (version téléchargée).
- NARBY Jeremy. 1995. *Le serpent cosmique, l'ADN et les origines du savoir*. Genève, Georg.
- NARBY Jeremy, HUXLEY Francis. 2002. *Chamanes au fil du temps. Cinq cents ans sur la piste du savoir*. Paris, Albin Michel (Essais/Clés).
- NATHAN Tobie, STENGERS Isabelle, 2004. *Médecins et sorciers*. Paris, Les Empêcheurs de penser en rond / Le Seuil.
- NAVET Eric, 2007. *L'Occident barbare et la philosophie sauvage. Essai sur le mode d'être et de penser des Indiens Ojibwé*. Paris, Homnisphères.
- NOSCHIS Kaj. 2004. *Carl Gustav Jung. Vie et psychologie*. Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes (Le savoir suisse, n° 15).
- PERRIN Michel, 2002. *Le chamanisme* (Que Sais-je ? N° 2968). Paris, PUF
- RAPIN Charles-Henri. 2001. Les défis à l'aube du nouveau millénaire. *Infokara, Revue Internationale francophone de soins palliatifs*, n° 64 : 1-3
- RIVIER Etienne, PFISTER Jacques-Antoine, FRUEH Dorah, BOVARD Claire-Lise, BOURGEOIS Yvan, ROSSELET François, PECLARD Jean, 2008. *Vademecum de soins palliatifs*. Genève, Médecine & Hygiène.
- ROBIN Marie-Monique. 2008. *Le monde selon Monsanto*. Arte France (DVD).

ROSSELET François et ROSSELET-CAPT Mireille. 2003. L'agonie, un retour aux sources, *Infokara, Revue Internationale francophone de soins palliatifs*, n° 18/3 : 49-153

ROSSELET François. 2004. IV : Un pont vers le subtil (Dossier : A propos des visions, hallucinations et apparitions au cours de l'agonie). *Infokara, Revue Internationale francophone de soins palliatifs*, 19 (4) : 160-163.

ROSSELET François. 2009. La constipation spirituelle ou la santé par la fluidité. *Palliative-ch, Revue de la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs*, n° 3 : 27-28

THOMAS Louis-Vincent, 2000. *Les chairs de la mort. Corps, mort, Afrique*. Paris, Sanofi – Synthélabo (Les empêcheurs de penser en rond).

VAN LOMMEL Pim Dr. 2012. *Mort ou pas ? Les dernières découvertes médicales sur les EMI*. Paris, InterEditions (Nouvelles évidences).

WILBER Ken, 1997. *Une brève histoire de tout*, Boucherville (Qc), Les Editions de Mortagne.

WILBER Ken, 2008. *Le livre de la Vision Intégrale : Relier épanouissement personnel et développement durable*, Paris, InterEditions - Dunod (Bien-être Psy).

WITZ Martin. 2012. *The Substance. Albert Hoffmann's LSD*. Soleure, Nachtshatten Verlag (DVD).

Photo de couverture: © Dominique Metthez

# Table des matières

<b>Introduction : la construction d'un sujet</b>	<b>2</b>
<b>I. Développer une autre logique pour des soins ?</b>	<b>4</b>
<b>1) A l'école des peuples traditionnels</b>	<b>4</b>
• Tout est Un	5
○ Les mythes des origines	6
○ Ce qui tient les choses ensemble	7
• La communauté	9
• La maladie et ses causes	10
• La mort	13
• La médecine	14
• La temporalité	15
• Le chamanisme, clé de voûte	17
• La notion d'abondance	19
• Conclusion : un paradigme de la totalité	20
<b>Transition : Désabsolutiser l'opposition des deux logiques</b>	<b>21</b>
<b>La logique occidentale : un monde de la « terre plate »</b>	<b>22</b>
<b>2) Convergences</b>	<b>25</b>
a. Non pas une opposition entre deux pôles, mais un continuum	25
b. Penser non pas en « vrai / faux » mais en « complet / incomplet »	26
<b>II. Les soins palliatifs, un modèle alternatif de soins</b>	<b>28</b>
• Définition	28
• Une philosophie de soins	29
• La vie, la maladie et la mort et la temporalité	30
• Mourir guéri	36
• Au cœur de l'humain, la Vie... jusqu'à la fin	37
<b>III. Les soins palliatifs à la croisée des chemins</b>	<b>39</b>
a. Causalité et finalité	40
b. Pathogenèse et salutogenèse	40
c. La spiritualité	41
d. La temporalité polymorphe	43
<b>IV. Des balises pour les soins palliatifs, garder le cap...</b>	<b>44</b>
<b>V. Discussion : des pistes ouvertes...</b>	<b>47</b>

<b>1. Que veut dire « penser autrement » ?</b>	<b>47</b>
• Qu'est-ce que la réalité ?	47
• La biodiversité	49
• La vibration de l'univers	50
• La contemplation et le mystère	51
<b>2. Que veut dire « soigner autrement » ?</b>	<b>52</b>
• Soigner la vibration	53
• Prendre soin du désir	54
• Soigner en état modifié de conscience	55
• Hallucinogènes et cancer	55
• « Elargis l'espace de ta tente... et tes piquets, fais-les tenir » (Esaïe 54,2)	57
<b>Conclusion : une vision intégrative pour les soins</b>	<b>58</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>59</b>
<b>Table des matières</b>	<b>62</b>