

---

**Thierry COLLAUD (CH)**  
28/07/2012

## Technique et soins de la personne âgée : Quelles limites ?

### Introduction

Le programme me présente comme médecin généraliste et professeur de théologie morale. Comme il s'agit de deux états de vie difficilement compatibles l'un avec l'autre, il faut dire que, dans une séquence temporelle, *j'ai été* médecin généraliste et qu'actuellement, suite à ce que l'on peut qualifier d'heureux hasard ou de coup de pouce de la Providence, je suis, depuis le 1<sup>er</sup> février, professeur de théologie morale.

Très rapidement, happé par mon nouveau métier, et n'ayant plus que 10 ans devant moi, comme me le faisait aimablement remarquer le journaliste de la feuille de chou locale, j'ai pris une distance d'avec ma pratique médicale qui m'a surpris moi-même. J'ai en effet vu mon dernier malade le 1<sup>er</sup> février de cette année et je serais bien incapable de dire qui c'était. Une personne âgée certainement puisque depuis deux ans, j'avais limité mon activité à un petit pourcentage dans une maison de retraite.

En y réfléchissant, il me reste peu de souvenirs de patients en tant qu'objets de soins, c'est-à-dire en tant que lieux d'un agir technique. Je me souviens très peu de beaux gestes, de traitements qui ont bien marché, etc. Il me reste par contre une multitude de regards sur des vies qui se déploient, s'accomplissent avec plus ou moins de facilité dans leur automne et leur fin.

Or je me souviens aussi que parmi les plus belles, parmi ces beaux moments denses d'humanité, il y en aurait eu un certain nombre, pour ne pas dire beaucoup, qui n'auraient pas eu lieu si, quelque temps auparavant, des chirurgiens n'avaient pas opéré, si des radiothérapeutes n'avaient pas irradié, si des cardiologues n'avaient pas dilaté des coronaires rétrécies, etc.

Plusieurs fois dans le travail avec les grands vieillards, j'avais spontanément eu la tentation de privilégier la relation sur la technique. « Une dialyse, une coronaroplastie, une prothèse de genou, vous n'y pensez pas! À son âge! ». Rétrospectivement je pense que cette opposition binaire est fautive et dangereuse. J'en ai heureusement été préservé par le travail en équipe interdisciplinaire. Car il est des situations où la technique vient servir la relation, permettant à la personne de vivre sa vie mieux et de manière plus belle.

La prothèse de genou dans ce sens est extrêmement intéressante. Considérée il y a encore quelques années comme une intervention de haute technicité réservée à quelques cas particuliers, elle s'est démocratisée. Elle reste certes très technique, mais on n'hésite plus à la proposer à des patients de 80 ans et plus. Quand tout se passe bien, ce qui est le plus souvent le cas, le patient s'en trouve transformé: diminution des douleurs, persistance d'une capacité à la marche, persistance d'une indépendance, etc.

Mais il est aussi d'autre fois où l'intervention technique écrase ce qui restait d'humanité dans une existence et fait passer un patient du statut de sujet vivant à celui d'objet de soin maintenu en vie par l'intervention technique.

Attention donc, quand nous portons un jugement sur la technique en tant que telle, nous devons partir de cette ambiguïté d'une technique qui n'est qu'un outil que nous pouvons utiliser pour le bien ou pour le mal.

Même une arme à feu, qui semble marquée du sceau d'une forte négativité morale, peut être utilisée pour tirer sur un voisin parce qu'il fait du bruit au milieu de la nuit, mais aussi pour faire sauter une serrure et ouvrir un appartement en feu où des enfants sont pris au piège.

Ce qu'il nous faut constamment considérer, ce ne sont pas les outils que nous avons à disposition, fussent-ils les plus malfaisants, mais deux choses:

- D'une part l'usage que nous en faisons et surtout l'intention qui y préside.
- D'autre part notre capacité à prendre une certaine distance par rapport à eux. C'est-à-dire de les considérer toujours comme des moyens et jamais comme des fins.

## **1. La technique et l'usage que nous en faisons**

Pour illustrer cela, une petite anecdote que les Neuchâtelois qui l'ont peut-être déjà lue me pardonneront de raconter à nouveau.

Ce printemps, je venais de lire une enquête d'opinion révélant que de nombreuses personnes étaient devenues «nomophobes» c'est-à-dire qu'elles avaient une peur panique du « no-mobile», entendez la peur d'être séparées de leur téléphone portable. Selon cette enquête, 25 % de la population ne pourrait pas se passer plus de 24 heures de ces petites boîtes qui parlent et qui font tellement d'autres choses (sauf du café!). Quelques jours plus tard, à la gare de Fribourg, je rencontrai une charmante dame, plus toute jeune, de mes connaissances. Arrivés dans le train, elle me dit, avec beaucoup d'élégance: « Je pense que tu as du travail et comme c'est désagréable ces gens à qui on se croit obligé de faire la conversation, je me tais, j'ai de quoi m'occuper». Fouillant dans son sac, elle en ressortit, non pas une paire d'écouteurs, mais un illustré qu'elle se mit à feuilleter. Sur le siège d'à côté s'assirent un père et sa très jeune fille. Petit à petit, mon amie qui avait l'âge d'être la grand-mère de l'enfant noue avec elle une relation toute en douceur et en finesse, une belle qualité de présence. À la fin du voyage, prenant une feuille de papier d'un encart publicitaire dans son magazine, elle en fit un éventail qu'elle offrit à la petite. Superbe leçon de cette dame débranchée dont l'âge était ici source de sagesse, et de gentillesse.

La tentation serait forte, à partir de cette histoire et des statistiques évoquées de crier à l'urgence de tout débrancher et d'envoyer balader ces appareils de malheur qui nous gâchent la vie et nous empêchent de voir le sourire des petits enfants. On serait là dans cette opposition binaire dont j'ai parlé entre la vraie vie et une vie avec la technique. Or, les smartphones n'y sont pour rien, ce sont des objets neutres du monde. Ils ne sont en soi ni bons ni mauvais, mais ils peuvent être utilisés à plus ou moins bon escient. Le problème

est chez nous et non chez eux. Il s'agit de savoir s'ils sont des outils comme tant d'autres ou s'ils sont devenus une extension de nous-mêmes. Est-ce que nous en faisons usage comme on le ferait d'un couteau et d'une fourchette, dont peu de gens se passent plus de 24 heures, ou, et c'est là le point capital, est-ce que nous les avons tellement incorporés à notre être que nous ne sommes pas bien, angoissés, qu'il nous manque quelque chose s'ils ne sont pas là ?

Saint Augustin, un vieux sage qui n'avait pas de mobile disait que nous devons *utiliser* les choses et non pas en *jouir*. *Jouir* d'un smartphone ou de toute autre technique c'est en faire une fin en soi c'est-à-dire une composante de mon bonheur, ou de mon malheur lorsque j'en suis privé. *L'utiliser* c'est en faire un outil parmi d'autres. Un sage encore plus vieux, l'Ecclésiaste, disait qu'il y a un temps pour tout, un temps pour envoyer des SMS, mais un aussi un temps pour arrêter d'envoyer des SMS et jouer avec les petits enfants. Nous sommes devenus naturellement branchés, ça n'est pas forcément un mal si nous savons vivre des temps débranchés.

Le problème n'est pas de savoir si je peux me passer de mon téléphone portable durant 24 heures, il est de savoir quel temps je lui donne durant cette journée et si je suis avec lui dans un rapport d'usage ou de jouissance. La question qu'il aurait fallu poser dans l'enquête mentionnée, n'est pas: «Est-ce que vous êtes capables de vous priver de votre téléphone durant 24 heures ?», mais celle-ci: « Est-ce que vous êtes capables de laisser votre smartphone dans votre sac et de n'y plus penser quand vous rencontrez un regard d'enfant ?».

On voit donc le sens qui peut être donné à la question de l'usage que nous faisons des possibilités techniques. Dans quelle mesure sommes-nous capables ou non de maintenir cette technique dans son rôle propre qui est un rôle d'usage ? Est-ce que nous lui assignons sa place, c'est-à-dire celle d'outil nous aidant à accomplir notre tâche propre d'humains dans le monde ?

Pour reprendre des mots de St Augustin cette tâche est de tendre vers ce but ultime qui est la jouissance de Dieu et les uns des autres en Dieu. Cela signifie que notre bonheur, pris dans un sens aristotélicien, c'est-à-dire notre épanouissement en acte, se trouve dans l'ouverture à et dans la contemplation d'une transcendance infinie indissociable de relations du même type vis-à-vis d'autrui. Le bon usage de la technique ne peut être que de servir à cela.

## **Le danger du positivisme technique**

S'il y a un problème à résoudre dans une situation difficile d'existence, il doit ultimement toujours répondre à la question : comment nous aider à vivre une vie pleine ? Ce que j'appelle le danger du positivisme technique, c'est quand on croit avoir compris ce qui empêche la vie pleine et que l'on pense avoir les moyens d'y remédier.

## **Est-ce que le problème de la souffrance c'est la douleur ?**

Par exemple, dans le cas de la souffrance. Celle-ci est fréquemment associée à la douleur. Au point qu'on en arrive à confondre les deux. Mais cette confusion est réductrice. Elle réduit le fait d'*être mal* c'est-à-dire un état existentiel au fait d'*avoir mal*, c'est-à-dire à un état physiopathologique. Cette confusion prend tout son sens négatif quand on croit comprendre les mécanismes de la douleur. Celle-ci est localisée, il y a un endroit qui fait mal, il y a un ressenti émotionnel désagréable venant de quelque part dans le corps. On visualise alors cette douleur remontant de la périphérie vers le centre. On se représente ces voies ascendantes, ces relais, ces neurotransmetteurs qui la transportent. La douleur est matérialisée, comme un flux qui arrive au cerveau et qui l'envahit, comme un liquide qui remonterait une canalisation et déborderait dans une vasque.

Ces représentations, qui restent de l'ordre du modèle, nous donnent l'impression d'une matérialité sur laquelle on devrait pouvoir agir, qu'on devrait ou qu'on va finalement maîtriser. Et là le danger pointe parce qu'on tend à confondre le modèle et la réalité. Tout modèle tend constamment à glisser vers la réalité, c'est-à-dire qu'il tend à prétendre décrire les choses telles qu'elles sont vraiment. Dans la douleur, on passe d'un modèle qui nous permet de saisir certains aspects du fonctionnement douloureux et d'intervenir sur eux à l'idée d'une compréhension totale du phénomène douloureux. Mais déjà là, au niveau de la douleur, dans ce qui nous apparaît simple, quelque chose nous échappe. La réalité est beaucoup plus complexe que ne l'imaginait Descartes. On n'est pas uniquement dans l'ordre du ressenti objectif d'un stimulus périphérique, mais l'arrivée du signal douloureux met en mouvement des dimensions affectives et cognitives. L'association internationale pour l'étude de la douleur définit celle-ci comme: «Une *expérience sensorielle et émotionnelle* désagréable, associée à des lésions tissulaires réelles ou probables, ou décrite en fonction de tels dommages». Quand on prend conscience de cela, on imagine bien que lorsqu'on enlève le stimulus nociceptif, quand la douleur est partie, il va pouvoir rester quelque chose de cet ébranlement psychique qu'elle a provoqué ou auquel elle a participé. D'où le piège du positivisme technique qui pense que, quand on a ôté la douleur, on a résolu le problème.

Qu'est-ce qui se passe alors quand la douleur a disparu ? Je n'ai plus mal, mais je sais que j'ai eu mal, je me demande pourquoi, je me demande si ça va revenir, ce que signifiait cette douleur, je m'angoisse, je me révolte, etc. Le cognitif et l'émotionnel continuent d'être affectés par la douleur, même si celle-ci est censée avoir disparu. Donc, si on enlève la douleur... il reste quelque chose qui n'est pas la douleur, mais quand même de l'ordre de ce qui fait mal. Si on est uniquement dans une approche technique, on ne voit pas cela, ce reste.

### **Est-ce que le problème d'une toile déchirée c'est la déchirure ?**

Prenons un autre exemple: dans une toile déchirée, où est le problème?



On pourrait dire qu'il est dans la déchirure elle-même, mais n'est-il pas plutôt dans notre incapacité à considérer encore la toile dans son intégralité, obsédés que nous sommes par la déchirure ?

Le but d'un restaurateur est bien de faire disparaître ou de masquer la déchirure, mais il s'agit là d'un but secondaire, son but premier est de nous permettre de regarder à nouveau la toile dans son intégralité. Il permet à l'œuvre d'art de continuer sa vie.



Le soignant fait de même. Il atténue la déchirure, il rétablit une certaine continuité, il stabilise ce qui était trop ébranlé ou chahuté. Par son intervention toute simple ou hautement technique, il fait que la déchirure ne prenne plus toute la place. Elle est toujours là, mais elle s'atténue, devient moins visible. On peut à nouveau voir l'entier de la pièce et ne pas être attiré par la faille. On peut voir l'entier de la vie et de ses possibilités, sans être obnubilé par l'âge, le handicap, la maladie, la souffrance etc.

Un bon restaurateur doit avoir énormément d'humilité. Tout son art est de se faire finalement invisible pour permettre à l'œuvre de retrouver une pleine présence. Le soignant aussi va redonner à l'autre la capacité de s'exprimer comme un vivant. Si l'intervention technique n'est pas au service de ce but, elle devient problématique parce qu'elle devient un but en elle-même.

Pour résumer: l'usage de la technique dans tous les âges de la vie, mais peut-être plus particulièrement dans l'âge avancé, n'est pas de réparer une faille de fonctionnement, mais de permettre à la personne de déployer au mieux sa vie, d'accomplir ses jours comme dit le prophète Esaïe (Es 65,20). Comme dans la restauration d'œuvres d'art, elle ne consiste pas à nous faire voir un trou bouché de belle manière, mais à détourner notre regard du trou pour voir à nouveau le tableau dans son entier.

## 1. Comment décider ?

Inévitablement la technique pose la question: «Je peux le faire... dois-je le faire?» Comment décider alors de l'usage ou de l'abstention de nos possibilités techniques?

Prenons l'exemple de M. Jules, 83 ans, qui est en fin de vie suite à une maladie cancéreuse. Tout à coup apparaissent des douleurs fortes au niveau de la hanche droite vraisemblablement dues à une métastase. L'oncologue évoque la possibilité d'une irradiation brève très focalisée à but palliatif. L'équipe soignante est scandalisée par l'idée qu'on puisse même imaginer transporter ce patient à la ville voisine pour ce qui leur semble être de l'acharnement thérapeutique. J'ai dû prendre beaucoup de temps pour expliquer que l'oncologue ne faisait que nous expliquer ce qui était possible, mais que ce qui allait réellement être fait allait dépendre d'un processus décisionnel complexe où seraient impliqués le patient, ses proches et l'équipe soignante.

### a) Hippocrate, un vieux monsieur qui dit quand même des choses intéressantes

Enseignant l'éthique médicale aux étudiants de première année, je commence mon cours en leur présentant le Serment d'Hippocrate, non pas comme une pièce de musée, mais comme un discours de sagesse qui a encore passablement de choses à nous dire aujourd'hui.

Deux choses en ressortent. La première est la notion de l'avantage du patient comme critère de l'agir médical technique: « Je dirigerai le régime des malades à leur avantage» dit le serment. On peut considérer ici «l'avantage» dans le sens de ce que j'ai décrit plus haut comme la capacité de vivre une vie dans toute l'épaisseur et la richesse de son humanité. Le texte dit que l'utilisation du savoir (le régime) est subordonnée à «l'avantage» du patient. Hippocrate ne dit pas «j'utiliserai le meilleur régime», mais «j'utiliserai le régime pour...».

Le deuxième élément qui me semble important c'est l'insistance d'Hippocrate sur la capacité que doit avoir le médecin de s'autolimiter: par exemple, il laisse certaines interventions à d'autres (l'extraction de calculs vésicaux) et il se retient d'employer ses compétences quand elles vont à l'encontre de la vie.

On a donc là le cœur de ce texte vénérable: chercher l'avantage de celui que nous soignons en étant capables de nous autolimiter, c'est-à-dire d'employer nos instruments techniques avec discernement. Le serment dit d'ailleurs : «suivant mon pouvoir **et** mon jugement». Le pouvoir (constater ce qui est possible ou impossible) est important, mais il n'est pas sans le jugement c'est-à-dire sans la capacité de *décider* ce qui est bien ou mal approprié ou inapproprié, juste ou injuste, etc... Alors quand on me dit que le serment d'Hippocrate est démodé, je réponds que si un médecin a compris ces quelques éléments, il possède déjà quelques outils pas tout à fait inutiles pour être un bon soignant.

## b) Des critères de décision up to date

Ceux qui doutent de l'utilité du serment d'Hippocrate proposent en général des critères de décision qu'ils croient plus adaptés à notre situation moderne. En particulier ils utilisent régulièrement deux critères décisionnels qui à mon avis sont beaucoup plus problématiques que la notion d'avantage ou d'utilité pour le patient telle que je l'ai définie. Il s'agit de l'âge et de la qualité de vie.

### L'âge est-il un critère pertinent pour l'utilisation d'interventions techniques en médecine ?



Vous voyez ici une photo de vieillard, probablement très âgé, à en juger par ses traits. Si vous le regardez attentivement, vous voyez que ce monsieur a les mains toutes déformées par une méchante polyarthrite, d'autre part pour la même raison, il ne peut plus se déplacer seul.

Si on avait à disposition une chirurgie de réparation articulaire sophistiquée, faudrait-il l'utiliser chez cette personne ?

Ne serait-on pas tenté de dire qu'à son âge cela ne serait pas très raisonnable, que de toute façon sa vie est probablement derrière lui et qu'il lui faut profiter de prendre le soleil dans le jardin de la maison de retraite où il se trouve sans en demander beaucoup plus ?

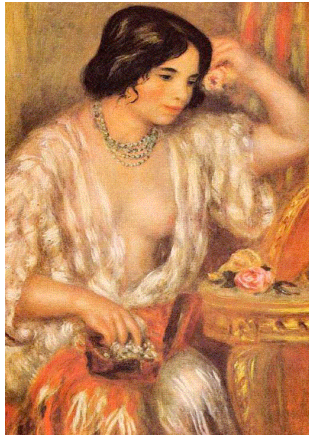


Or, ce vieillard en bout de course et déclaré bon à rien, si on l'avait mis, pour l'occuper, dans l'atelier de la maison de retraite, on aurait eu quelques surprises.

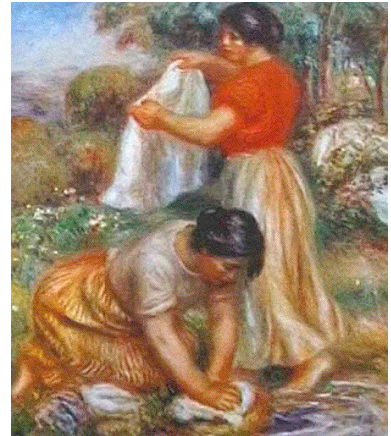
Il s'agit, en effet, du peintre Auguste Renoir, et, voici ce qu'il faisait à l'époque où ces photos ont été prises.



Madame Renoir et Bob (1910)



Gabrielle aux bijoux (1910)



Les Laveuses (1912)

Cela ne veut pas dire qu'il eût fallu l'opérer, mais on voit que la question se pose différemment. Certains ont même dit que l'imprécision dans la tenue du pinceau et le léger flou qui en résultait donnaient à ses dernières œuvres une beauté supplémentaire.

Ce que j'ai voulu montrer, c'est que l'âge ou l'apparence physique ne sont pas des critères pertinents pour se demander si une technique doit être utilisée chez un patient. Le critère hippocratique de l'utilité ou de l'avantage pour le patient est beaucoup plus pertinent. Dans notre cas, aurait été indiquée toute intervention qui aurait accompagné Renoir dans ses dernières années et lui aurait permis de continuer à peindre si tel était son désir.

Un autre élément important dans cet exemple, c'est qu'il nous fait prendre conscience du fait qu'une personne, toute personne, enrichit le monde, où qu'elle soit dans son parcours de vie. Ce qui est vrai pour chacun est particulièrement mis en évidence ici dans le cas du peintre. Durant 7 ans, jusqu'à sa mort, il a continué à produire des œuvres qui font que le monde est différent de ce qu'il était avant. Il a de toute évidence, durant ce temps là, enrichi la culture mondiale. Mais Renoir n'est qu'un exemple amplifié de ce qui est valable pour toute personne âgée. À cause de chacune d'elle, le monde n'est plus tout à fait le même ; elle a laissé une trace, elle a écrit une histoire.

## **Un autre critère de décision problématique: la qualité de vie**

### ***La vie toujours imprévisible***

Si je reprends l'histoire de M. Jules citée tout à l'heure, on entendrait facilement dire que le traitement n'est pas indiqué, « étant donné sa mauvaise qualité de vie ». Cet argument est problématique à deux niveaux. D'une part, parce qu'on porte un jugement externe sur une vie dont on n'a qu'une connaissance restreinte alors que seule la personne pourrait en parler, en fonction de son histoire et de ce qu'elle perçoit de la dynamique de son existence. D'autre part, parce qu'on fait de ce jugement un critère de l'opportunité ou non d'utiliser une option thérapeutique en postulant que la « mauvaise qualité de vie » va persister jusqu'à la fin.

Récemment, au sujet d'un débat en Suisse sur le suicide assisté, l'évêque de Fribourg dénonçait l'autorisation de cette pratique comme une « acceptation du désespoir », je dirais même une *institutionnalisation du désespoir* dans la mesure où la loi du canton de Vaud à propos de laquelle il s'agissait de voter et que les électeurs ont acceptée, transforme une liberté (la liberté d'avoir recours au suicide et de pouvoir se faire aider) en droit (les établissements de soins sont *obligés* d'ouvrir leurs portes à ces pratiques mortifères). On est typiquement là dans une situation où une « mauvaise qualité de vie » est constatée et où on postule qu'il n'y aura plus dans cette vie aucun événement suffisamment positif pour justifier qu'on la poursuive (ce qui est une des définitions du désespoir).

Ce raisonnement ne tient pas compte de l'imprévisibilité fondamentale de toute vie, fût-elle la plus amoindrie au regard extérieur. Quand nous faisons référence à notre vie, nous désignons en général par là un ensemble d'événements reliés entre eux par une cohérence interne. Ces événements se sont déroulés dans une période de temps donnée (de notre naissance au moment présent) et on peut en prévoir le déroulement futur pour au moins un certain temps. Il y a la vie qui a été vécue, accessible par la mémoire, et il y a la vie à venir, la vie prévue accessible par l'imagination ou l'espérance.

La vie vécue est **connue**, elle est certaine, sous réserve de la fiabilité de ma mémoire et de celle de ceux qui m'entourent. La vie à venir, elle, est **prévue**, mais pas certaine. En effet, regardant en arrière, je peux affirmer que dans ma vie, ce qui a été vécu n'est pas toujours ce qui avait été prévu. Il y a eu dans ma vie du **moins-que-prévu**, c'est-à-dire que les choses qui avaient été planifiées ne se sont pas produites. Mais il y a eu aussi dans cette vie du **plus-que-prévu**, c'est-à-dire que des choses sont arrivées qui n'avaient pas été imaginées (une rencontre intense, l'émotion devant un paysage en montagne, un moment de grâce dans une église). Il y a eu dans cette vie vécue, de l'imprévu, de l'autre, de l'inattendu, de la surprise. Et ceci est capital, car c'est justement par là qu'une vie est vraiment humaine. Ce qui se déroule exactement comme prévu, c'est un programme d'ordinateur ou le fonctionnement d'un automate. L'humain est plus que cela, il est justement la capacité d'être une liberté, c'est-à-dire de pouvoir produire du neuf, de la surprise et en même temps recevoir du neuf et de la surprise de la part d'autres libertés.

Voilà pourquoi, s'il est possible de prévoir le déroulement futur d'une existence humaine, c'est-à-dire, diront certains, d'apprécier sa qualité de vie, on peut prévoir, en même temps, que les choses ne se dérouleront jamais totalement de la manière imaginée. Il y aura du prévu qui n'arrivera pas, mais il y aura surtout de l'imprévu, de la surprise. Ceci reste possible dans toute vie quelle que soit sa «qualité». C'est justement cette possibilité de l'inattendu qui est le moteur de l'espérance et c'est sa négation qui conduit au désespoir.

### ***Le temps a une densité variable***

Une autre dimension que l'introduction de la notion de qualité de vie comme critère décisionnel tend à occulter c'est la variabilité de densité du temps. Les décideurs, pour pouvoir décider, ont besoin de données chiffrées qui intègrent la qualité de vie, mais aussi sa durée. En effet dira-t-on, un traitement lourd sera justifié, s'il permet à la personne de continuer à vivre dans de bonnes conditions pour un temps suffisamment long. Dans le processus décisionnel, on va donc prendre en considération les QALY (quality adjusted life years) c'est-à-dire la qualité de vie estimée (sans tenir compte de l'ambiguïté que l'on vient de mentionner) et la durée probable de celle-ci. Ce qu'on ignore en faisant cela c'est ce que nous pourrions appeler les différences de densité du temps vécu. Les décideurs estiment que vivre deux ans avec un cancer stabilisé et relativement peu de symptômes amène plus que vivre trois semaines en phase terminale avec un cancer qui flambe et des douleurs résiduelles malgré le traitement palliatif. M. Jules était dans cette situation, pourtant sa métastase a été irradiée grâce à une technique sophistiquée combinant radiothérapie et imagerie pour permettre une focalisation optimale sur la hanche droite. La faible dose délivrée aux intestins, à la vessie, au rectum a limité les effets secondaires gênants pour le patient. Il a alors pu vivre ce qu'il désirait intensément, c'est-à-dire le mariage de son unique petite-fille. Ce fut une journée d'une densité extraordinaire, car tous savaient qu'il s'agissait aussi d'une journée d'adieu. M. Jules en a profité au maximum, mais sa famille également en garde un souvenir lumineux.

Le raisonnement à l'aide des QALY dit qu'une dépense est d'autant plus justifiée qu'elle ajoute des années (ou des mois) de qualité à la vie. Si le raisonnement semble logique, il enferme dans le piège utilitariste d'un résultat quantifiable: l'état positif induit est d'autant plus justifié qu'il dure longtemps. Or tous les temps de nos vies ne sont pas identiques: un jour ou quelques heures peuvent avoir une valeur infinie, comme cette journée de mariage.



On ne doit en outre jamais oublier qu'une tranche de temps (le temps du soin) ne prend sens que comme épisode dans l'histoire d'une personne. Le temps de la fin de vie n'est pas qu'un temps rajouté comme un dernier maillon à la chaîne de la vie. Ce qui s'y vit rejaillit sur le sens donné à l'entier de l'existence passée. Il en va comme de la dernière scène d'une pièce de théâtre qui éclaire tout le drame. Mal mourir, c'est assombrir l'image de toute la vie et de la trace qu'elle va laisser chez ceux qui restent.

Si alors dans l'âge avancé ou la proximité de la fin de vie, on privilégie le confort et le soin relationnel, ni l'âge, ni une vie prétendument raccourcie ou de mauvaise qualité ne devrait faire renoncer à une intervention technique qui amène un confort de courte durée et qui permettront au patient de mieux vivre un moment significatif de son histoire et de celle ses proches.

## Conclusion

En conclusion, s'il fallait donner des critères décisionnels pour l'utilisation de moyens techniques dans le soin aux personnes âgées, je proposerais un retour aux critères hippocratiques: Premièrement, utiliser la technique à l'avantage du patient, c'est-à-dire pour le maintenir en capacité de vivre sa vie dans sa plénitude, plénitude qui comprend la mort respectée dans son arrivée et le temps du mourir accepté. Cela signifie travailler non pas sur le critère discutable de « qualité de vie », mais sur les *conditions* extérieures ou psychosomatiques qui influencent la personne dans sa *capacité de vivre pleinement*. Deuxièmement, pour le médecin, savoir lire la dynamique temporelle du patient, c'est-à-dire savoir, comme dit l'Ecclésiaste, quand on est dans le temps où il faut user de la technique et quand on est dans le temps où il faut ne pas en user. Ceci est peut-être le plus difficile, car ces temps ne se suivent pas de manière linéaire, on ne peut pas les déterminer en fonction de l'âge chronologique ou de la position sur une courbe descendante de qualité de vie. Ces temps s'entrecroisent et ne peuvent être appréhendés que dans un dialogue vrai, de personne à personne, quand le temps du soignant entre, toujours partiellement, en résonance avec celui du malade. Il est possible alors pour le technicien de saisir le « *kairos* », c'est-à-dire le temps juste ou le temps opportun, « *kairos* » qui, dans sa première signification, est un terme médical grec signifiant justement «le moment favorable pour intervenir sur le malade, ni trop tôt ni trop tard».

Et pour finir une remarque encore avec le philosophe Heidegger. La seule vraie manière d'habiter le monde, nous dit-il<sup>1</sup>, c'est de l'habiter «en poète» (*dichterlich*). Or, il est des moments trop nombreux où nous habitons «sans poésie», et cela, dit-il, provient «d'un étrange excès, d'une fureur de mesure et de calcul». La technique est nécessaire et souvent bienfaisante, mais elle a une limite dangereuse, c'est le moment où elle nous obnubile au point de nous empêcher d'habiter le monde en poète, c'est-à-dire, dit le philosophe, quand elle nous empêche d'être en lien et en harmonie avec les choses d'en haut, avec la Divinité, qui reste pour lui mystérieuse. Or c'est là que nous trouvons notre vraie mesure, celle qui nous ouvre de manière vitale à une tout autre dimension que les nombres des mesures techniques.

## Thierry COLLAUD

*Professeur de théologie morale spéciale et d'éthique sociale chrétienne  
Université de Fribourg (Suisse)*

<sup>1</sup> Martin Heidegger, ...L'homme habite en poète... in Essais et conférences. 1980, Gallimard: Paris. p. XV, 349.