

Chapitre XIII

LA QUESTION DE L'EUTHANASIE ET L'ACCOMPAGNEMENT DES MOURANTS

A — LA QUESTION DE L'EUTHANASIE

Introduction

Nous traiterons la question de l'euthanasie selon l'esprit de la casuistique traditionnelle en opérant les distinctions nécessaires pour un sain jugement moral. Nous gardons conscience en même temps que, dans le concret des situations, la juste prise de décision suppose **une espérance**, un regard sur la vie terrestre dans la lumière de notre vocation surnaturelle. Comme le souligne Jean-Paul II dans l'introduction de son encyclique *L'Évangile de la vie* : « L'homme est appelé à une plénitude de vie qui va bien au-delà des dimensions de son existence sur terre, puisqu'elle est la participation à la vie même de Dieu. La profondeur de cette vocation surnaturelle révèle **la grandeur et le prix de la vie humaine**, même dans sa phase temporelle. En effet, la vie dans le temps est la condition fondamentale, un moment initial et une partie intégrante du développement entier et unitaire de l'existence humaine. (...) En même temps, cette vocation surnaturelle souligne **le caractère relatif de la vie terrestre** de l'homme et de la femme. »¹ La véritable justesse morale suppose, là comme ailleurs, d'entrer dans un regard de **sagesse** dans la perspective de la vie éternelle. C'est là, en effet, que « les aspects et les moments de la vie de l'homme acquièrent tous leur pleine signification »².

I — LA DÉFINITION DES CONCEPTS FONDAMENTAUX

1. Le concept d'euthanasie

« Par euthanasie, nous entendons une action ou une omission qui, de soi ou dans l'intention, procure la mort afin de supprimer ainsi toute douleur. »³

¹ Jean-Paul II, *L'Évangile de la vie*, n° 2.

² *Ibid.*, n° 1.

³ Définition donnée par la Congrégation de la doctrine de la foi dans sa déclaration sur l'euthanasie du 5 mai 1980 et reprise ensuite d'une manière quasi universelle par la jurisprudence des tribunaux civils.

Genre (objet de l'acte) et différence spécifique (liée à l'intention) à l'intérieur de cette définition. Dépassement de l'ancienne distinction « euthanasie active »/ « euthanasie passive ».

2. Le concept de « thérapie de la douleur » (usage des analgésiques)

« Par thérapie de la douleur, on entend tout traitement qui, de par sa nature et dans l'intention de celui qui l'accomplit, diminue, allège ou peut diminuer la souffrance soit physique, soit psychique même si elle a comme effet collatéral d'abrèger la vie du patient. » Une telle définition permet de dépasser la distinction ambiguë et dangereuse entre « euthanasie directe » et « euthanasie indirecte », en montrant qu'il y a une différence essentielle entre euthanasie et thérapie de la douleur parce que l'objet n'est pas le même.

3. La distinction entre « moyen proportionné » (thérapie ordinaire) et « moyen disproportionné » (thérapie extraordinaire)

La définition éthique d'un « moyen proportionné » ne se réduit pas au fait que ce sont des moyens communément utilisés, mais doit se comprendre aussi en référence avec l'état de vie de la personne et avec le caractère difficile ou douloureux de l'intervention ou de ses conséquences. Ils peuvent être considérés comme « les moyens communément utilisés dans des circonstances déterminées auxquels la personne, dans sa condition actuelle, physique, psychique⁴ et sociale, peut raisonnablement recourir avec une espérance fondée d'obtenir un bon résultat thérapeutique ». On comprend facilement que la limite entre thérapie ordinaire et thérapie extraordinaire n'est pas fixe mais varie dans le temps et l'espace. D'où la nécessité, à chaque fois, d'un jugement personnel et prudentiel de la conscience.

4. Le concept d'« acharnement thérapeutique »

Par « acharnement thérapeutique », on entend des « interventions médicales qui ne conviennent plus à la situation réelle du malade, parce qu'elles sont désormais disproportionnées par rapport aux résultats que l'on pourrait espérer, ou encore parce qu'elles sont trop lourdes pour lui et pour sa famille »⁵. Il convient de distinguer l'« acharnement thérapeutique » d'un traitement qui, bien qu'inutile d'un point de vue thérapeutique, est adopté à la seule fin de prolonger artificiellement la vie d'une personne qui se trouve dans un état de coma irréversible. Ce traitement peut être en

⁴ Autrement dit, le même moyen peut être proportionné pour une personne et disproportionné pour une autre parce qu'elle sera psychologiquement incapable d'en supporter les conséquences (comme l'humiliation d'être dépendante des autres après une grave mutilation). On peut reprendre ici la parole de saint Paul : « Tout est permis mais tout n'est pas profitable » (1 Co 10, 23) au sens où ce n'est pas en soi un péché que de recourir à un moyen très « coûteux », mais il faut tenir compte des circonstances pour porter un jugement prudentiel et non pas seulement au niveau de la licéité.

⁵ Jean-Paul II, *L'Évangile de la vie*, n° 65.

effet moralement requis dans certains cas comme nous le verrons par la suite. (Il faut faire ici la distinction entre traitement⁶ et soin.)

II – LE JUGEMENT MORAL DE L'ÉGLISE

Pour comprendre la position de l'Église et son équilibre, il faut bien distinguer au départ le **devoir négatif de ne pas donner la mort** (que ce soit sous la forme d'un homicide ou d'un suicide) et le **devoir positif de se soigner**. Le premier en effet est chargé d'un caractère absolu que l'autre n'a pas. Autrement dit, la condamnation de l'euthanasie ne signifie pas l'affirmation qu'il faille à tout prix utiliser tous les moyens possibles pour se soigner. Nous commencerons par rappeler le devoir absolu de ne pas commettre de meurtre.

1. Sur l'euthanasie

« L'euthanasie est une grave violation de la Loi de Dieu, en tant que meurtre délibéré moralement inacceptable d'une personne humaine (...) Une telle pratique comporte, suivant les circonstances, la malice propre au suicide ou à l'homicide. »

Le jugement moral de l'Église par rapport à l'euthanasie doit donc être compris à partir de la condamnation du suicide et de l'homicide. S'il est vrai qu'« en son principe le plus profond », le **suicide** « constitue un refus de la souveraineté absolue de Dieu⁷ sur la vie et sur la mort »⁸, on peut comprendre alors facilement qu'à l'intérieur d'une société fermée à la transcendance, le caractère « gravement immoral »⁹ de cet acte n'apparaisse pas en pleine lumière même s'il comporte aussi « le refus de l'amour envers soi-même¹⁰ et le renoncement aux devoirs de justice et de charité envers le prochain¹¹ (...) ». D'où la difficulté de fond, pour l'homme moderne, de comprendre la malice de l'euthanasie non pas comme un homicide mais comme un « suicide assisté », une « aide au suicide ». Il s'y glisse en effet la tentation d'une « pitié fallacieuse »¹². Il

⁶ Cette distinction a été élaborée par le Magistère de l'Église catholique dans sa réflexion sur l'euthanasie. L'Académie Pontificale des Sciences donne la définition suivante : « Par traitement, on entend toutes les interventions médicales disponibles et appropriées au cas spécifique quelle que soit la complexité des techniques ».

⁷ Il s'attribue un droit sur quelque chose qui n'est pas notre propriété mais radicalement la propriété de Dieu seul.

⁸ Jean-Paul II, *L'Évangile de la vie*, n° 66.

⁹ Jean-Paul II, *ibid.*

¹⁰ Le suicide est traditionnellement considéré comme gravement contraire au juste amour de soi. S'aimer soi-même, en effet, c'est reconnaître la vérité de mon être créé et l'accepter, y compris dans sa dimension biologique.

¹¹ Il est un acte d'injustice par rapport à la communauté humaine constituée par l'apport de chacun en tant que personne d'abord. Le fait de considérer la personne malade comme un poids inutile, et même insupportable, pour la communauté est le signe même d'une société qui perd le sens de la personne, de sa dignité irréductible. On peut dire qu'à travers l'euthanasie, c'est le sens de la personne comme personne qui est en jeu.

¹² Jean-Paul II, *L'Évangile de la vie*, n° 66.

est clair que « le choix de l'euthanasie devient plus grave lorsqu'il se définit comme **un homicide** que des tiers pratiquent sur une personne qui ne l'a aucunement demandé et qui n'y a jamais donné aucun consentement »¹³.

2. Sur la thérapie de la douleur et le renoncement à des soins « extraordinaires »

Par ailleurs, il existe un grave devoir de conserver sa propre vie physique en raison de la valeur primordiale de la vie physique. Néanmoins, ce devoir de conserver sa propre vie n'est pas le devoir suprême de l'homme¹⁴ parce que la vie physique n'est pas la valeur la plus grande en absolu, elle a plutôt une valeur « instrumentale »¹⁵. D'où la possibilité de distinguer légitimement entre moyen (soin) proportionné (ordinaire) et moyen disproportionné (extraordinaire) à partir d'une sage appréciation des valeurs en jeu¹⁶. De là découlent les jugements suivants :

– « **Le renoncement**¹⁷ **à des moyens extraordinaires ou disproportionnés** n'est pas équivalent au suicide ou à l'euthanasie ; il traduit plutôt l'acceptation de la condition humaine devant la mort »¹⁸.

– **La thérapie de la douleur** est licite même si cette thérapie, en soulageant la douleur, a comme effet collatéral d'abrèger la vie du patient. Néanmoins, « il ne faut pas, sans raisons graves, priver le mourant de la conscience de soi »¹⁹. D'où la nécessité d'encourager **les soins palliatifs**²⁰ en tant qu'ils « sont destinés à rendre la souffrance plus supportable dans la phase finale de la maladie et à rendre possible, en

¹³ *Ibid.*

¹⁴ Dieu ne nous demande pas de vouloir conserver notre propre vie à tout prix (le témoignage des martyrs est suffisamment éloquent à cet égard). Comme le souligne Jean-Paul II dans son encyclique *L'Évangile de la vie* (n° 65) : « Il est certain que l'obligation morale de se soigner et de se faire soigner existe, mais cette obligation doit être confrontée aux situations concrètes ; c'est-à-dire qu'il faut déterminer si les moyens thérapeutiques dont on dispose sont objectivement en proportion avec les perspectives d'amélioration. »

¹⁵ Cette valeur instrumentale de la vie physique comme « chemin » ne se comprend pleinement que dans la perspective de la vie éternelle.

¹⁶ La conscience morale est confrontée ici à ce qu'on appelle traditionnellement un **conflit de valeurs**.

¹⁷ C'est ce renoncement qui a été appelé pendant un temps « euthanasie passive » d'une manière maladroite puisque en réalité il ne s'agit pas d'euthanasie au sens propre du terme.

¹⁸ Jean-Paul II, *L'Évangile de la vie*, n° 65. Comme l'avait déjà précisé la Congrégation pour la doctrine de la foi dans sa déclaration sur l'euthanasie du 5 mai 1980 : « **Il est toujours permis de se contenter de moyens normaux que la médecine peut offrir**. On ne peut donc imposer à personne l'obligation de recourir à une technique déjà en usage, mais encore risquée ou très onéreuse. Son refus n'équivaut pas à un suicide ; il y a là plutôt acceptation de la condition humaine, souci d'épargner la mise en œuvre d'un dispositif médical disproportionné aux résultats que l'on peut attendre, enfin volonté de ne pas imposer des charges trop lourdes à la famille ou à la collectivité. »

¹⁹ Pie XII. Discours du 24 février 1957. Il importe en effet de permettre au patient d'accomplir de graves devoirs envers soi-même (comme le fait de recevoir les derniers sacrements pour un croyant) ou envers les autres (comme le fait de régler son testament).

²⁰ Comme l'a souligné le Catéchisme de l'Église catholique : « L'usage des analgésiques pour alléger les souffrances du moribond, même au risque d'abrèger ses jours, peut être moralement conforme à la dignité humaine si la mort n'est pas voulue, ni comme fin ni comme moyen, mais seulement prévue et tolérée comme inévitable. **Les soins palliatifs constituent une forme privilégiée de la charité désintéressée. À ce titre, ils doivent être encouragés** » (CEC, n° 2279).

même temps, pour le patient un accompagnement humain approprié »²¹ dans le respect de sa dimension spirituelle.

III – L'IMPORTANCE DES SOINS PALLIATIFS

Depuis 25 ans environ, une nouvelle voie de réflexion et d'action s'est développée dans le monde soignant. Au lieu de se polariser uniquement sur le traitement de la maladie²², on s'ouvre à une perspective plus large qui prend en compte **la qualité de vie** du patient avec une **attention à la personne** dans ses différentes dimensions (une « prise en charge globale »). Les définitions figurant dans les statuts de la S. F. A. P. (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs) sont une des illustrations les plus significatives de ce changement de mentalité²³.

Le mouvement des soins palliatifs est né en Angleterre en 1967 avec la fondation de S. Christopher's Hospice par Cicely Saunders. À l'origine, il y a l'expérience faite de l'importance de **l'accompagnement** des mourants (d'une écoute et d'une amitié), une meilleure compréhension de **l'utilisation de la morphine pour le soulagement de la souffrance**²⁴ (en montrant que si les doses sont bien ajustées, il n'y a pas d'accoutumance comme pour une drogue), une sensibilisation à ce que Cicely Saunders a appelé la « **douleur totale** », c'est-à-dire la prise en compte de quatre niveaux différents de souffrances : douleur **physique**, douleur **psychique**, douleur **spirituelle**, douleur **sociale**.

Les unités de soins palliatifs sont caractérisées par **l'interdisciplinarité**. Elle comprend non seulement médecins, infirmières, aides soignantes, kinésithérapeutes, mais aussi assistantes sociales, psychologues et même ministres du culte dans les pays anglo-saxons. Participent aussi à l'accompagnement des mourants des **personnes bénévoles** qui sont elles-mêmes très intégrées à la vie de l'équipe. L'ouverture au « spirituel » doit être entendue d'une manière large comme l'attention à tout ce qu'il peut y avoir de recherche sur **le sens** de la vie ou d'ouverture à une transcendance de l'homme. Elle ne se limite donc pas au religieux.

²¹ Jean-Paul II, *L'Évangile de la vie*, n° 65.

²² Cette polarisation risque toujours d'aboutir soit à des formes d'acharnement thérapeutiques, soit à l'euthanasie.

²³ « Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une **approche globale de la personne** en phase évoluée ou terminale d'une maladie potentiellement mortelle. Prendre en compte et viser à soulager les douleurs physiques ainsi que les souffrances psychologiques, morales et spirituelles devient alors primordial. » « Les soins palliatifs et l'accompagnement sont **multidisciplinaires dans leur démarche**. Ils s'adressent au malade en tant que personne humaine, et autour de lui à sa famille et à sa communauté, que ce soit à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants font partie intégrante de la démarche de soins palliatifs. » « Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un vivant et sa mort comme un processus normal. **Ils ne hâtent ni ne retardent le décès**. Leur but est de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort. »

²⁴ On maîtrise de mieux en mieux le soulagement de la souffrance (en utilisant notamment une plus grande diversité d'opiacés). On peut estimer qu'actuellement on est capable de soulager la souffrance à 80%.

IV – QUESTIONS CONNEXES

1. Jusqu'où va l'obligation du médecin par rapport à la vie physique du malade ?

L'obligation du médecin est plus ample au sens où, si le patient demande des soins « disproportionnés », il doit répondre à cette demande à moins que ce ne soit absolument sans espoir²⁵.

2. Peut-on parler d'un droit à la mort ?

À proprement parler, cette expression est contradictoire en elle-même, le droit étant la faculté d'exiger un bien-fondé sur la nature même de la personne humaine. Il existe seulement un droit de refuser de recourir aux moyens extraordinaires et, en ce sens, de mourir avec dignité.

3. Y a-t-il une obligation absolue d'assurer dans tous les cas l'hydratation ou la nutrition artificielle à un malade en phase terminale ?

Cette question reste une question largement ouverte : jusqu'où l'hydratation et la nutrition artificielle doivent-elles être considérées comme des « soins normaux »²⁶ quand la personne est dans un état végétatif irréversible ?

4. Qu'est-ce qui peut légitimer la prolongation artificielle de la vie d'une personne en état végétatif irréversible ?

Dans le cas où cela peut permettre une transplantation d'organes vitaux alors que la personne est dans un état de mort clinique²⁷.

Dans le cas où le fœtus peut être porté à l'état viable. Il y a dans ce cas une obligation morale de sauver une vie innocente.

5. Que penser au niveau législatif ?

Disons ici brièvement que l'organisation politique de l'exercice du droit à la santé doit s'établir – là comme ailleurs – à partir de ces principes moraux fondamentaux²⁸ pour

²⁵ Le médecin garde ultimement sa responsabilité morale personnelle (même s'il peut signer une décharge) ; or « à l'inutile nul n'est tenu ».

²⁶ Dans sa déclaration du 27 juin 1981, le Conseil pontifical *Cor Unum* précise qu'il « reste par contre l'obligation stricte de poursuivre à tout prix l'application des moyens dits “minimaux” : ceux qui sont destinés normalement et dans des conditions habituelles à maintenir la vie (alimentation, transfusion, injection, etc.). En interrompre de fait l'admission revient pratiquement à vouloir mettre fin à la vie du patient ». Une majorité des théologiens moralistes arguent à partir de la distinction entre différents types d'alimentations artificielles, en considérant comme moyens extraordinaires les techniques qui ne passent pas par l'intestin du fait qu'il n'y a plus aucune possibilité d'assimiler. La question reste ouverte à ce niveau-là.

²⁷ Le Magistère de l'Église a autorisé la transplantation dans un pareil cas.

²⁸ La difficulté réside dans le fait qu'actuellement on nie de plus en plus l'existence d'un ordre de justice qui précède toute législation civile parce qu'inscrit dans la nature même de la personne humaine. Le problème de la justice risque alors de devenir exclusivement un problème procédural, de règles de jeu. On ne recherche plus le droit de la personne au respect de ce qui lui est dû en tant que personne, mais la plus grande convergence ou conciliation possible entre les intérêts de chacun selon un principe utilitariste qui met en balance les « coûts » et les « bénéfices ».

en promouvoir la réalisation. La déclaration des évêques du Canada²⁹ montre bien comment « l'interdit social du meurtre délibéré » serait remis en cause par une législation de l'euthanasie ébranlant ainsi le principe qui est au fondement même de toute société : « Tu ne tueras pas ».

B — L'ACCOMPAGNEMENT DES MOURANTS

Introduction

Nous nous situons ici dans un regard de sagesse proprement théologique pour essayer de dégager la signification et les exigences spirituelles de l'accompagnement des mourants.

1. Les exigences fondamentales de l'accompagnement

Accompagner un mourant, c'est fondamentalement marcher avec lui d'une manière qui l'aide à répondre à l'appel de Dieu sur lui. Le Christ est le premier accompagnateur et, d'une certaine manière, l'unique accompagnateur des mourants. « Car **nous n'avons pas un grand prêtre impuissant à compatir à nos faiblesses**, lui qui a été éprouvé en tout d'une manière semblable à l'exception du péché » (He 4, 15). Un mode évangélique d'accompagnement consistera donc essentiellement à laisser le Christ parler au cœur de la personne.

Cela suppose d'abord de notre part l'**humilité** de nous effacer devant Lui pour apporter non pas notre propre présence mais sa présence à Lui, non pas notre propre amour mais son amour divin. « **Il faut que lui grandisse et que moi je diminue** » (Jn 3, 30). Cet effacement se vit concrètement dans l'**écoute**, le respect, le renoncement à nos calculs humains et à nos stratégies raffinées. Se convaincre que nous ne pouvons rien faire de nous-mêmes. Renoncer à toute forme de maîtrise. Se vider de tout savoir faire, de toute volonté de puissance cachée, être tout accueil à l'autre pour permettre à l'autre d'accueillir le Christ à travers nous.

Cela suppose aussi d'**aider la personne à se disposer** à l'amour, la paix, la force, la lumière que le Christ veut donner à « tout homme » (cf. Jn 1, 9). « Ôte d'abord la poutre qui est dans ton œil ; et alors tu verras clair pour ôter la paille qui est dans l'œil de ton frère » (Lc 6, 42). Le Christ nous avertit que nous ne pouvons pas entraîner l'autre sans avancer nous-mêmes les premiers. En ce sens, il nous faut accepter d'entrer dans le chemin de conversion que le mourant est appelé à vivre, c'est-à-dire de **nous tourner nous-mêmes radicalement vers Dieu** jusqu'à ce qu'Il soit tout pour nous dans la vie comme dans la mort.

²⁹ Déclaration du 26 octobre 1994, O.R.L.F. du 3 janvier 1995.

2. Entraîner l'autre sur un chemin d'abandon

« Mon Dieu, mon Dieu, pourquoi m'as-tu abandonné ? » (Mt 27, 46.) Le Christ a voulu porter notre angoisse et notre révolte devant la mort pour que nous puissions mourir dans un abandon total : « **Père, en tes mains, je remets mon esprit** » (Lc 23, 46). Pour entrer dans ce chemin d'abandon, les mourants ont besoin de sentir une présence, **une paix** qui les rassurent et leur donne la force de lâcher prise entièrement. L'accompagnateur doit être porteur de la paix que le Christ veut donner aux mourants. « Que la paix de Dieu qui surpasse tout intelligence garde vos cœurs et vos pensées dans le Christ Jésus » (Ph 4, 7). C'est dans la paix que le Christ peut parler à leur cœur.

« **Ne cherchez pas avec inquiétude** comment parler ou que dire : ce que vous aurez à dire vous sera donné sur le moment, car ce n'est pas vous qui parlerez, mais l'Esprit de votre Père qui parlera en vous » (Mt 10, 19-20). Pour transmettre la paix au mourant, l'accompagnateur doit bannir toute inquiétude de son cœur, s'en remettre à l'action divine en acceptant avec confiance son impuissance devant la souffrance et l'angoisse de l'autre. La puissance du Christ ressuscité veut se déployer au travers de notre faiblesse consentie (cf. 2 Co 12, 9).

« Marthe, Marthe, tu te soucies et t'agites pour beaucoup de choses ; pourtant il en faut peu, une seul même » (Lc 10, 41-42). Ce qui importe au chevet des mourants, ce ne sont pas les paroles ou les actions, mais de demeurer en Dieu. Il faut **mortifier le besoin de faire** qui est en nous, lié à la volonté de puissance ou à la culpabilité, et entrer dans un « laisser faire », une passivité divine. Nous sommes alors capables de rejoindre le mourant dans l'impuissance radicale qu'il est appelé à vivre et de l'entraîner mystérieusement, sans bruit de paroles, sur un chemin de paix et d'abandon.

3. Entraîner l'autre sur un chemin d'espérance

« **Songez aux choses d'en haut**, non à celles de la terre. Car vous êtes morts, et votre vie est désormais cachée avec le Christ en Dieu » (Col 3, 2-3). Les mourants sont tous appelés, selon des chemins différents et connus de Dieu seul, à **entrer dans l'espérance**. « L'espérance est, selon le catéchisme, la vertu théologale par laquelle nous **désirons comme notre bonheur le Royaume des cieux et la vie éternelle**, en mettant notre confiance dans les promesses du Christ et en prenant appui, non sur nos forces, mais sur le secours de la grâce du Saint Esprit. »³⁰ Nous recevons de Dieu au ciel pour autant que nous aurons espéré sur la terre.

Le Christ est « notre espérance » (cf. 1 Tm 1, 1), c'est lui qui nous attire vers le Royaume en faisant resplendir « sur sa face » (cf. 2 Co 4, 6) la gloire de Dieu. Le Christ veut à travers l'accompagnateur réveiller dans le cœur du mourant le désir de « la vie véritable » (1 Tm 6, 19). Il ne peut le faire que moyennant notre propre entrée dans l'espérance. « Je vais droit de l'avant, tendu de tout mon être, et **je cours vers le**

³⁰ CEC, n° 1818.

but, en vue du prix que Dieu nous appelle à recevoir là-haut, dans le Christ Jésus » (Phil 3, 13-14). Il faut nous décider pour le paradis en entrant dans la chambre d'un mourant. Mourir nous-mêmes au monde, nous faire « pauvres de cœur »³¹ pour mettre notre trésor dans le Royaume des cieux³².

Il serait illusoire de vouloir « parler du ciel » sans être réellement tendus nous-mêmes « vers le but ». La confrontation avec le mystère de la mort nous invite à cela. Nous pouvons fuir en nous réfugiant dans le « faire », en voulant à tout prix « aider l'autre », ou au contraire en profiter pour nous remettre nous-mêmes les premiers devant le trésor caché de notre vie, la seule réalité qui ne passera pas. C'est cette tension vers Dieu qui donnera sa force à nos paroles et à nos gestes. Le malade a besoin de sentir que quelque chose nous habite et nous fait vivre. L'espérance se diffuse d'elle-même. Le malade a besoin aussi de pressentir, de voir sur notre visage cette réalité invisible du Royaume de Dieu. Il a besoin que nous laissions transparaître, par tout ce que nous sommes et faisons, l'Amour divin qui l'attire à Lui.

4. La place des sacrements

D'une manière ordinaire on recourt à trois sacrements :

- la confession, sacrement de vérité, de réconciliation et de paix ;
- le sacrement de malades, sacrement de force, soulagement de l'âme et du corps ;
- l'eucharistie, sacrement d'amour et d'espérance. L'eucharistie, comme viatique, est proprement le sacrement des mourants.

Quand la personne y est vraiment disposée, les sacrements rendent possible une ultime rencontre avec le Christ dans la foi et l'espérance avant que le voile ne se déchire. Ils le laissent passer et agir d'une manière qui dépasse tout ce que nous pouvons concevoir ou percevoir humainement.

³¹ Plus nous sommes pauvres de cœur, plus nous sommes aptes à espérer.

³² Le célibat ici peut être une grande force si nous le vivons comme un célibat d'amour dans l'attente des noces éternelles.