

## Le concept d'alliance à l'épreuve de la relation de soins

Jacquemin Dominique, Enseignant-chercheur, Centre d'éthique médicale, Université catholique de Lille. Rue du Port, 56 59046 Lille Cedex [dominique.jacquemin@icl-lille.fr](mailto:dominique.jacquemin@icl-lille.fr)

Voici quelques années déjà, Paul Ricoeur développait la notion d'alliance thérapeutique en vue de dresser les contours de ce que pouvait caractériser, d'un point de vue éthique, la rencontre d'un clinicien et d'un patient dans la relation de soins.

Dans cette contribution, nous voudrions reprendre certains de ses propos pour les confronter au concept théologique d'alliance. Ce dernier nous semble permettre de réinscrire une certaine asymétrie positive dans la relation de soin et, de la sorte, d'offrir une vision davantage soutenable de la responsabilité tant du clinicien que de la personne soignée. De plus, la mise au jour de la signification théologique de l'alliance est en mesure de mettre au jour certains niveaux de croyance au regard de cette responsabilité à vivre tant par le soignant que le soigné. Si notre formation première est celle d'un théologien, notre propos ne sera pas ici celui de la profession de foi, mais bien d'avoir recours à un concept théologique sous le mode de l'analogie : en quoi une réflexion issue de la théologie permet-elle de penser des réalités autres que celles qui concernent la foi, particulièrement ici la relation de soins ?

Nous voudrions proposer un exposé en trois temps. Dans une première étape, nous reprendrons les principaux points d'appui de l'alliance thérapeutique tels qu'évoqués par Paul Ricoeur. Dans un deuxième temps, nous les éclairerons par certains éléments théologiques de la notion d'alliance. Ce double éclairage nous permettra de proposer comment un certain rapport à la croyance, en son sens séculier, éclaire la dimension éthique de la relation de soins en termes de responsabilité.

### I. La notion d'alliance thérapeutique chez Paul Ricoeur

Lorsque Paul Ricoeur qualifie l'exercice de la responsabilité médicale, il s'efforce de penser cette dernière dans le cadre d'une « alliance thérapeutique »<sup>1</sup>. Cette approche lui permet de déployer le vécu de la relation de soins dans une certaine temporalité d'où émerge, progressivement, la « juste posture » tant du clinicien que de la personne malade.

Le premier élément mis en lumière est la notion de confiance ; cette dernière constitue le postulat de toute relation de soins et prend la forme d'une *promesse* réciproque : « La fiabilité de l'accord devra encore être mise à l'épreuve de part et d'autre par l'engagement du médecin à 'suivre' son patient, et celui du patient à se

---

<sup>1</sup> P. Ricoeur, Les trois niveaux du jugement médical, dans Paul Ricoeur, *Le Juste 2*, Paris, Editions Esprit, 2001, p. 227-243.

« conduire » comme l'agent de son propre traitement. Le pacte de soins est présenté comme une alliance scellée entre deux personnes contre l'ennemi commun, la maladie. L'accord doit son caractère moral à la promesse tacite partagée entre les deux protagonistes de remplir fidèlement leurs engagements respectifs. Cette promesse tacite est constitutive du statut prudentiel du jugement moral impliqué dans l'« acte de langage » de la promesse »<sup>2</sup>. Plusieurs éléments sont à relever comme significatifs pour notre sujet<sup>3</sup>. Tout d'abord, ces quelques propos semblent signifier qu'il importe de redécouvrir qu'il existe bel et bien une dimension implicite à tout exercice de la médecine, caractérisée chez Ricoeur par la notion de promesse. Cette dernière renverrait à une attente si pas de guérison, au moins de prise en charge adéquate, de la part du patient comme celle d'une part d'engagement du soignant à en déployer les moyens adéquats, en fidélité à ce qu'il estime être le juste soin. Si cette dimension implicite de la relation de soins inscrite dans la promesse renvoie à l'horizon de la guérison et de la santé, il importe de se rendre compte que ces attentes mutuelles, reposant certes sur des plans et des horizons de signification parfois différents, impliquent, de notre point de vue, une nécessaire réflexion sur la notion de guérison portée par les deux membres de la relation de soins ou thérapeutique : qu'est-ce qu'être guéri pour une personne souffrante et que signifie guérir pour la médecine ? Une approche plus ou moins extensive de cette dernière conduira non seulement à une attention plus ou moins large à la totalité du vécu d'un patient singulier mais également à un niveau d'exigence plus ou moins réaliste quant à l'efficacité médicale et à la responsabilité réellement acceptable qui en résulte.

Les enjeux de cette réflexion sont bien mis en évidence par Ricoeur lorsqu'il affirme qu'il s'agit, pour le médecin de *suivre* son patient, ce dernier devant en même temps être l'*agent* de son traitement. Si nous voulons ici commenter ses propos, suivre un patient implique l'idée d'un cheminement, d'une marche commune où ni le soignant, ni la personne soignée ne se trouvent en situation d'étrangeté mais souligne également la remise en évidence d'une certaine temporalité, toujours nécessaire lorsqu'il est question de cheminer au rythme de l'autre. Cette insistance sur le temps porte d'autant plus à conséquence quand on se rappelle le poids de certains processus décisionnels pouvant engager la totalité et l'avenir d'une existence singulière ; ce qui suppose effectivement le dépassement d'une approche par trop technique ou bio-somatique de l'existence. Quant à cette notion d'agent de son traitement pour le patient, elle apparaît tout aussi importante : la personne sujet et objet de soins y engage également une réelle responsabilité.

Si nous voulons prolonger certaines réflexions personnelles, il faut reconnaître que cette responsabilité peut certes rencontrer le nécessaire accord et suivi inhérent à un traitement prescrit mais se révèle surtout dans la capacité de mettre suffisamment au jour tout ce qui peut concourir à un traitement respectueux : comment le soignant pourrait-il deviner tout ce que met en œuvre, touche profondément, un traitement, un acte thérapeutique proposé si rien ne lui en est dit par celui ou celle à qui il se

---

<sup>2</sup> P. Ricoeur, *op. cit.*, p. 230.

<sup>3</sup> Nous reprenons ces éléments à : D. Jacquemin, *Ethique des soins palliatifs*, Paris, Dunod, 2004, p. 109-110.

trouve proposé ? Bien sûr, une telle approche ne fait qu'insister plus lourdement encore sur le nécessaire présumé de confiance impératif à toute relation de soins mais met en évidence d'une manière plus radicale encore le fait qu'une relation, au cœur de la médecine tout comme dans chaque dimension de l'existence, est toujours constituée de deux personnes qui ont à s'ouvrir au langage. Or, s'il est vrai qu'un certain exercice de la médecine en offre trop peu souvent l'opportunité au patient, force est de reconnaître conjointement qu'un trop peu de confiance accordé au soignant dans sa capacité d'être un humain semblable à moi-même empêche trop souvent le minimum de langage nécessaire pour pouvoir se comprendre mutuellement et pouvoir évaluer à deux tout ce que peut engager un processus thérapeutique. Ici, il y va d'une certaine responsabilité de la personne soignée à réaliser, elle aussi, que guérir ou assumer l'histoire de sa maladie, y compris dans sa propre fin, dépasse les seules dimensions bio-somatiques de l'existence<sup>4</sup>.

## II. Le concept théologique d'alliance

Après avoir brièvement souligné les apports de l'analyse faite par P. Ricoeur de la notion d'alliance, nous aimerions rejoindre le terrain de la théologie pour considérer en quoi et comment la manière dont se trouve présentée et professée l'alliance permet de nuancer l'approche proposée par Ricoeur, particulièrement au regard de la relation de soins avec le patient cancéreux et les croyances qui peuvent y être à l'œuvre.

Pour le théologien catholique, l'alliance peut se résumer en ces termes : « Dieu se choisit un partenaire, établissant avec lui un contrat, lequel implique un droit assorti d'une promesse »<sup>5</sup>, et ce sera toujours au cœur d'une expérience vécue de l'alliance que l'homme, le peuple pourront reconnaître et nommer Dieu (Dt 26,5-9 ; Ex 3,12). Notons dès le départ certains éléments : il y a un Dieu qui prend l'initiative et un peuple invité à répondre ; il existe un droit qui structure la relation, lui évitant de tomber dans l'arbitraire -la loi devenant médiation de la rencontre (Ex 20, 1-17 et Dt 5, 1-12)- ; la temporalité est une donnée structurante, tant pour permettre à Dieu de se faire connaître que pour offrir au peuple le temps suffisant pour le découvrir, le nommer et mettre en œuvre la dimension sociale de cette révélation telle qu'elle se trouve explicitée dans « la loi », comportement d'un peuple devenant source de grâce par la présence de Dieu.

Au cœur du Nouveau Testament, le personnage du Christ va donner un autre visage à l'alliance, tant dans la façon de la vivre que de nommer le Dieu qui y est à

---

<sup>4</sup> D. Jacquemin, Cancer et communication : l'approche de l'éthicien, in *Bulletin de liaison de l'Association des Soins Palliatifs en Province de Namur*, 4<sup>ème</sup> trimestre 2003, n°10, p. 5-11.

<sup>5</sup> Ch. Duquoc, Alliance et révélation, dans Collectif, *Initiation à la pratique de la théologie. Tome II. Dogmatique 1*, Paris, Cerf, 1982, p. 7.

l'initiative<sup>6</sup>. Dans la personne du Christ, Dieu « prend visage humain » et se trouve nommé et reconnu comme *Abba*, Père ; la loi devient celle de l'amour portant de la sorte la loi ancienne à son accomplissement (Mt 5, 17-18) ; le Christ devenant comme l'intercesseur de l'humain par sa mort et sa résurrection.

Il n'est évidemment pas possible de refaire ici toute une histoire du déploiement progressif de l'alliance dans la théologie chrétienne. Nous nous contenterons ici d'en proposer certains éléments significatifs. Si l'alliance peut connaître des échecs (déluge, dispersion de Babel), elle se trouve inconditionnellement et inlassablement proposée pour des recommencements toujours possibles, au-delà de l'infidélité du peuple (Noé en Gn 9, 1-17), Abraham en Gn 17, 1-14), Dieu envoyant des prophètes pour relancer le peuple, voire même le séduire (Osée, Jérémie). En Jésus, sommet de la nouvelle alliance (Mc 14, 24ss et//), on assistera à une médiation définitive où seul le plein refus de l'homme deviendra l'obstacle à ce désir de Dieu de faire alliance avec la totalité de l'humanité, y compris au-delà du mal et de la mort, ce qu'indique la foi en la résurrection<sup>7</sup>.

### III. Alliance, croyance et responsabilité

Les quelques propos développés au sujet de la dimension théologique de l'alliance nous offrent tout d'abord certains points d'appuis à portée générale pour penser ce qu'il en est de la posture tant du soignant que du soigné dans la relation de soins, indiquant manifestement qu'ils ne se trouvent pas dans une posture identique, ce que pourrait donner à penser l'analyse première de Paul Ricoeur. D'un point de vue de méthode théologique, il ne s'agira pas ici de restituer une image tronquée de Dieu comme si sa relation à l'humain était de fait inégalitaire, renforçant de la sorte un imaginaire croyant encore trop présent, mais bien d'indiquer comment certains éléments issus d'une théologie de l'alliance peuvent concourir à affiner les enjeux éthiques d'une responsabilité au cœur de la relation de soins.

Tout d'abord, c'est bien un des termes de la relation qui a l'initiative -Dieu-, l'autre étant invité à répondre : les deux termes de la relation ne se trouvent pas dans une situation d'égalité. Cette posture semble heureuse à rappeler, sans pour autant l'absolutiser comme principe, à une époque où une pensée de l'autonomie aurait

---

<sup>6</sup> « Par son action et son invocation, il a impliqué autrement Dieu dans la relation d'alliance que ne le faisait généralement la relation officielle de son temps. L'amour (agapè) est une réinterprétation de l'alliance. », dans Ch. Duquoc, *op. cit.*, p. 19-20.

<sup>7</sup> C'est bien cet enjeu central que met en évidence A. Gesché lorsqu'il s'arrête au terme grec *anastasis* traduisant le terme latin de *resurrectio* : « Le terme évoque aussi l'idée de quelqu'un qui est à terre (tombé de lui-même ou abattu par un autre) et que l'on redresse dans son état initial, que l'on remet debout... Encore une fois, on sera sensible à l'impact métaphorique du mot et de l'usage qui en est fait pour suggérer le sens profond de la réalité en cause. On évoque Jésus ressuscité (relevé, re-suscité) comme celui qui, abaissé et accablé par la mort et humilié (littéralement : mis par terre, *humi-liatus*) sur la Croix, est (ou s'est) redressé et sauvé de cet abaissement et de cet accablement. » A. Gesché, *Dieu pour penser VI. Le Christ*, Paris, Cerf, 2001, p. 141.

parfois trop tendance à faire du médecin et du patient des égaux pour le meilleur et pour le pire<sup>8</sup>. Or, tant le rapport à la santé, à la certitude, à l'affectation en font des êtres différents. A travers la notion d'alliance, nous avons pu mettre au jour une double modalité de médiation entre Dieu et le peuple : il y a la loi au sens strict, les commandements dans l'ancien testament, l'appel à l'amour comme *agapè* dans le nouveau testament sans qu'il invalide le rappel à la loi (Mt 5, 17-18). Cette double médiation reste, nous semble-t-il, intéressante pour penser la relation de soins : la loi stricte (réglementation, déontologie, législation, protocole...) comme la seule compassion ne peuvent être des médiations suffisantes. Une juste relation de soins, pour ne pas tomber dans l'arbitraire, aurait besoin de fait de repères externes, fondateurs en même temps que d'un engagement humain inscrit dans la sollicitude à l'égard de l'autre souffrant. Aussi, parce que la loi ancienne ou nouvelle est fondatrice de la rencontre, elle garantit un rapport à la promesse, à un salut reposant tant sur celui qui en a l'initiative -Dieu- que sur celui qui se doit d'en vivre, le peuple. Ce fait a également une pertinence pour notre propos : l'alliance est toujours en voie d'accomplissement et un des termes -Dieu- semble y exercer une responsabilité particulière, celle de la maintenir ouverte, reconductible, permanente. Mais Dieu a toujours besoin de l'homme, dépend en quelque sorte de son accueil et de sa réponse pour rendre effective cette relation d'alliance et offrir la vie éternelle. C'est donc bien parce que l'alliance est à penser dans le registre de la proposition de l'un en attente de la réponse de l'autre qu'elle relève de l'asymétrie.

Et c'est lorsqu'on s'efforce de remplacer « Dieu » par le soignant et « le peuple » par le patient qu'il est possible de se rapporter à l'imaginaire, à la croyance pouvant porter l'un et l'autre dans la relation. Il semble manifeste que le soignant semblerait « être Dieu ». Il se trouve reconnu dans une part de toute-puissance mais qui ne peut être arbitraire parce que la relation se trouve en médiation par la loi. S'il possède une réelle capacité d'initiative, il reste cependant toujours dépendant de la réponse tout en ayant la responsabilité de toujours relancer cette alliance au nom du bien voulu pour le patient. A « l'image de Dieu », il pourra avoir la prescience de l'accomplissement de la promesse en termes d'accomplissement, de salut -la santé- ou d'inaccomplissement, la rechute, la mort mais tant l'une que l'autre resteront pour lui de l'ordre de l'extériorité puisque le patient en sera toujours le destinataire-auteur. Tout comme dans l'alliance, il aura toujours à postposer le rêve de l'immédiateté puisque, dans sa dimension eschatologique, l'alliance se présente toujours comme un déjà là et un pas encore : le rapport à l'autre se donne toujours dans une certaine temporalité. Tout cela pour dire que, si le médecin, le soignant rêve parfois qu'il est Dieu, il ne l'est pas.

---

<sup>8</sup> D. Jacquemin, Requête d'autonomie et refus, in *Ethica Clinica*, n°22, juin 2001, p. 4-6.

Si nous nous arrêtons maintenant à la situation du patient, la comparaison reste également parlante. La personne souffrante pourra toujours évoquer un « plus puissant » qu'elle, le soignant voulant foncièrement son bonheur, pouvant relancer l'alliance au-delà des ruptures que peuvent être les échecs thérapeutiques, les révoltes, les pertes de confiance ; ce qui lui confèrera toujours une responsabilité particulière dans la relation. Le patient expérimentera également que le rapport à la loi est un lieu de soutien, certes pour ne pas être abusé mais également pour pouvoir être le destinataire d'une légitime compassion. Cependant, il aura également à exercer une responsabilité progressive, celle de découvrir que le médecin n'est pas Dieu et qu'il ne peut exiger de lui la promesse de la vie éternelle.

### **En conclusion**

Ces quelques développements contribuent certes à conforter l'analyse de Paul Ricoeur : il existe bien une alliance se traduisant par une relation mutuelle, une réelle promesse sous-tendue par une nécessaire temporalité où chaque membre de la relation de soin se doit d'exercer une responsabilité. Cependant, le soignant et le patient ne se trouvent pas en pleine égalité dans cette alliance. Si le soignant se trouve effectivement investi d'une certaine puissance qu'il a, il porte effectivement une part plus grande dans la responsabilité d'alliance -celle de la rouvrir, de la restaurer dans la longueur du temps- étant donné la fragilité du destinataire, mais il n'est pas tout puissant, même si certains patients voudraient l'en investir. Le soignant ne peut, à l'image de Dieu, rester dans cette posture de l'inconditionnalité qui le conduirait à un excès de responsabilité.