

**Vers une nouvelle alliance thérapeutique de deux vulnérabilités :
l'aide du thérapeute dans l'appropriation active de ses soins
par le patient**

La formulation du thème de ce colloque « Un défi dans les soins – Pouvons-nous accorder les attentes des patients avec ce que nous pouvons leur offrir ? » sonne d'emblée juste à mon oreille de philosophe. Outre qu'elle rappelle que le soin pose toujours d'essentiels dilemmes, elle présente l'avantage de ne mettre en avant ni exclusivement le point de vue et les compétences du thérapeute (paradigme de « l'adhésion du patient »), ni exclusivement ceux du patient (principe du « patient expert » par exemple), mais leur altérité et surtout la bonne coordination entre eux qui préside à leur efficacité. C'est pourquoi je préfère parler d'alliance thérapeutique puisqu'il s'agit avant tout d'une relation d'égalité et d'humanité à mon sens.

Un léger bémol cependant : les mots du colloque pourraient laisser penser que le thérapeute doit tout à son patient dans une relation purement mercantile entre un commercial et son client. Dans tout mon travail de réflexion cependant, je défends au contraire l'idée que le paradigme du soin est encore une des exceptions qui devrait toujours échapper à notre univers marchand et capitaliste même s'il existe déjà une tendance actuelle à le confondre dans cet écueil ; j'avais par exemple entendu il y a quelque temps aux informations qu'il devenait monnaie courante que les médecins ou autres thérapeutes soient « notés » par leurs patients, ce qui soulève évidemment de graves questions quant à l'évolution de la profession de médecin. Dans le soin, à mon sens, il y a avant tout rencontre entre deux êtres humains dont les rôles et les compétences joueront alternativement par la suite. Thérapeute comme patient se doivent au contraire une attention réciproque afin d'assurer le bon fonctionnement de leur binôme : il ne s'agit certainement pas de ne rien demander au patient, qui doit justement conquérir activement – voire reconquérir – la zone de soins qui le concerne. Le thérapeute doit alors être là pour l'aider à faire jouer les savoirs expérimentiels et les compétences dont le patient est porteur souvent à son insu. De mon point de vue, le thérapeute a la position d'un éducateur savant : il doit guider et encourager son patient à devenir le plus autonome possible.

La reconnaissance mutuelle de la vulnérabilité des deux protagonistes du processus me semble impérative afin d'engager des implications éthiques qui permettent de recentrer le rôle de chacun

des acteurs. Dans ce nouveau paradigme, quel doit alors être le rôle du thérapeute ? Comment doit-il être suivi de son patient ? Selon quelle modalité et quelle temporalité ?

Ces relations me préoccupent depuis un certain temps, tant dans mon parcours de chercheuse que dans celui de la patiente que je suis depuis une trentaine d'années. J'ai une maladie neuro-dégénérative chronique qui a été diagnostiquée vers l'âge de dix ans et qui ne cesse d'évoluer dans le temps sur tous les plans moteurs depuis. J'aurais sans doute suivi la route ouverte par mes deux parents, eux-mêmes gynécologue et anesthésiste, si la maladie ne m'avait pas confinée de l'autre côté de la ligne patient/soignant. Je garderai toujours en mémoire l'onde de choc qu'à l'époque je n'ai pas subie de plein fouet puisque ma mère a préféré m'éviter l'annonce du neurologue (l'aurais-je d'ailleurs comprise ?). Le neurologue à son tour aurait-il trouvé les mots justes pour s'adresser à l'enfant que j'étais alors, en lui expliquant la situation de manière réaliste mais en faisant preuve toutefois d'un certain tact pour ne pas écraser son avenir dans sa vulnérabilité du moment ?

Mais le thérapeute ne rencontre-t-il pas toujours une autre forme de vulnérabilité – certes exacerbée – dans celle de son patient, vulnérabilité qui ne fait d'ailleurs jamais qu'écho à la sienne ? Ce que je défends dans tout mon travail, c'est qu'il n'y a pas un vulnérable, un précaire fatalement enkysté dans une détresse « à demeure », à l'opposé du « fort » que serait le soignant. Nous évoluons tous dans un monde poreux, où nous sommes tous vulnérables même si certains seulement sont plus fragiles, plus « vulnérés » car plus exposés que les autres aux déséquilibres et à nos interdépendances du quotidien. C'est justement cette inégalité initiale qui réunit le soignant et le soigné, tous deux détenteurs de pans et de compétences d'un réel différent et qui peuvent se compléter dans leur étroite collaboration.

Quelle est donc dans ce contexte l'essence du geste thérapeutique ? Si le traitement importe, l'essentiel de ce geste reste sans nul doute dans la façon de le prodiguer, comme l'a écrit déjà Canguilhem dans ses *'Ecrits sur la médecine'* (« *Désormais, s'agissant de remèdes, la façon de donner vaut parfois mieux que ce qu'on donne.* »). Nous sommes toujours sur du sur-mesure qu'il s'agisse du patient ou du thérapeute, mais surtout lorsque l'on parle de leur binôme à tous les deux. Une des grandes forces dont doit faire preuve le soignant, c'est d'accepter de ne pas tout savoir mais de laisser émerger ce qui se déploie dans ce nouveau cadre qu'il accueille, c'est de consentir *a priori* au monde de l'autre vulnérable. C'est d'avoir conscience qu'il ne peut pas tout comprendre et qu'il ne doit pas non plus chercher à tout maîtriser ; en d'autres termes, il doit être prêt à engager une même confiance en son patient que celle que lui accorde ce dernier quand il se fait écouter. Et la première reconnaissance à attendre de sa propre vulnérabilité de soignant doit venir de lui-même, élément indispensable à cet œil bienveillant qu'implique l'attitude de tout soignant à l'égard de son patient.

Face à son thérapeute, le patient doit également bien garder à l'esprit qu'il n'a pas affaire à un sujet omnipotent qui lui devrait la guérison. Canguilhem n'a de cesse de le répéter toujours dans ses *'Ecrits sur la médecine'* (« *Une pédagogie de la guérison est-elle possible ?* ») en distinguant le médecin du guérisseur, médecin qu'on ne peut pas juger simplement à l'aune de ses succès. La guérison est plutôt une affaire de respect scrupuleux d'un traitement donné à bon escient et d'interactions entre le patient et son environnement qui la permet ou non : au début du XX^e siècle, on a « popularisé l'idée d'une conversion souhaitable et possible du malade en son propre médecin. On a cru inventer alors qu'on reprenait le thème millénaire du médecin de soi-même. ». Comme Canguilhem le dit dans le même texte, « *la part que le médecin peut prendre à la guérison consisterait, une fois prescrit le traitement requis par l'état organique, à instruire le malade de sa*

responsabilité indélégable dans la conquête d'un nouvel état d'équilibre avec les sollicitations de l'environnement. L'objectif du médecin comme celui de l'éducateur est de rendre sa fonction inutile ».

Le thérapeute doit favoriser les mouvements d'autonomie de son patient, autonomie au sens étymologique de « droit de se gouverner par ses propres lois ». En effet, le thérapeute ne doit pas s'inscrire dans une démarche qui confondrait dépendance et autonomie, mais veiller à donner à son patient tous les outils que lui-même n'a pas forcément, à lui permettre d'y accéder sans faire ce travail à sa place, ce en quoi la thérapie perdrait son sens. Il doit l'amener à l'expertise en acceptant de ne pas être lui-même le même expert. En d'autres termes, le thérapeute doit avant tout se garder de projeter « du soi » sur l'autre. Car écouter, observer, c'est aller à l'encontre des attitudes de surdité mutuelle que l'on rencontre si fréquemment de nos jours. La force du thérapeute, c'est aussi celle de postuler que malgré le fait qu'il n'entend pas *a priori*, il a quand même quelque chose à entendre et à écouter, et que la personne et tout son corps sont quand même porteurs de significations. Il doit donc prêter toute son attention à cette nouvelle humanité à qui il offre ainsi une reconnaissance.

Cela interroge évidemment à nouveaux frais les notions de silence et de langage (le thérapeute doit avoir une maîtrise fine de la langue et de la psychologie humaine, par exemple dans le cadre de l'annonce de maladie ou de reformulation toute simple des propos du patient que lui-même alors doit valider ; c'est également une façon de lui « donner la main » en lui accordant l'opportunité de se sentir au moins partiellement responsable de son état). Il ne s'agit pas d'aligner de simples mots comme vecteurs d'information, dont le silence ne serait que la contradiction. Ce sont justement ces silences qu'il faut peut-être écouter avec une attention redoublée ; le médecin peut aider son patient à se retrouver sur ce chemin, à l'instar de la méthode que Socrate utilise via la maïeutique dans les discours platoniciens. Le thérapeute, c'est celui qui fait place, qui laisse la place à la voix de son patient quelle que soit la teneur de ce que l'individu en détresse a à lui dire. Á mon sens, le geste thérapeutique consiste à donner cet espace originel, nécessaire à l'épanouissement d'un soin, cet espace même que Henri Michaux décrit dans '*Poteaux d'angle*' :

« Une chose indispensable : avoir de la place. Sans la place, pas de bienveillance. Pas de tolérance, pas de... et pas de... Quand la place manque, un seul sentiment, bien connu, est l'exaspération, qui en est l'insuffisante issue. »

Les problèmes émergent dès lors qu'il y a une décision médicale à prendre, où il faut que quelqu'un, en l'occurrence ici le médecin, fasse un choix : le rôle du soignant est alors de veiller à ce que son patient ait bien compris les tenants et les aboutissants de la situation ainsi que les enjeux thérapeutiques qu'on lui propose. Et il doit alors accompagner au plus près la voie du patient, même si lui-même n'aurait sans doute pas suivi cette voie.

S'il est indéniable aujourd'hui que bien des soignants n'ont pas la possibilité d'offrir suffisamment de disponibilité en termes d'espace, en termes de temps et donc en termes d'écoute étant donné qu'ils en sont eux-mêmes privés du fait d'un mouvement plus général d'une société qui ne se met que trop rarement à la hauteur des besoins de ses membres, cela ne doit pas encourager à une certaine forme de passivité. Les relations entre le thérapeute et l'individu doivent évidemment s'établir sur du long terme, ce qui n'est pas toujours rendu possible puisque les patients sont souvent redirigés vers de nouvelles instances médicales. Ce manque originel de place ne nous invite cependant pas à nous complaire dans une certaine attitude de paresse où nous ne chercherions même plus à faire jouer nos humanités respectives. Au contraire, c'est peut-être ici en

particulier qu'elles doivent agir de concert, dans cet espace de clandestinité, même parfois étriqué, qui fait la part belle à deux singularités éminemment différentes qui se rencontrent, l'une dans la détresse et l'autre qui est à même de créer l'espace de protection dont la première a besoin.

Le travail de coéquipier, fût-il temporaire, entre le thérapeute et son patient, se constitue bien dans cet espace de jeu d'un entre-deux toujours un peu en marge, dans cet espace non conformiste et non délimité, qui fait jouer les singularités de chacun pour instaurer un binôme d'une connivence remarquable.

Dans le paradigme thérapeutique que j'ai développé ici, il se peut que certains patients choisissent de saisir ou non une proposition qui leur est offerte par le soignant, donnant parfois l'impression au thérapeute d'un échec thérapeutique quand le patient n'a pas suivi la piste indiquée. Mais avoir donné la possibilité du soin à l'individu, c'est déjà le restaurer dans sa capacité d'être humain, dans sa capacité d'être écouté. Et en cela, affirmer sa propre humanité de soignant à travers ce geste. Défiant nos conceptions spatiales les plus traditionnelles, ici, en même temps que le soignant abrite l'humanité de son patient, le patient abrite l'humanité de son soignant.

Pour conclure, le monde du soin doit rester un monde de défis dont on ne connaît pas l'issue à l'avance, où chaque situation, chaque nouveau binôme entre un thérapeute et son patient du moment est unique, et aura donc des retombées uniques. Les deux acteurs doivent se savoir réciproquement vulnérables, même si c'est le patient qui est demandeur d'une certaine « restauration » de sa santé, restauration qui ne sera jamais un strict retour à l'équilibre initial, jamais un retour à « l'innocence biologique » selon les termes de Georges Canguilhem lui-même. Le patient ne doit pas tout attendre de son médecin au risque de passer à côté de sa propre responsabilité à se prendre en charge lui-même. Le thérapeute n'a pour objectif que d'accompagner son patient en lui apportant un mieux-être ou un certain confort de vie que le patient n'avait pas. Nous ne sommes pas forcément sur le plan de la guérison, je prends à ce titre l'exemple de ma maladie : la plupart des soignants qui m'ont entourée m'ont appris à « vivre avec » cette maladie incurable puisque nous n'avons pas encore de traitement probant pour le moment. Et ils jouent encore plus essentiellement ici leur rôle de thérapeutes à mon sens, car il n'y a pas de résultats à attendre sinon une stabilisation de la pathologie dans le meilleur des cas. Je prends un autre exemple à partir des soignants de soins palliatifs qui m'ont souvent inspirée : ces soignants montrent que l'important dans la relation thérapeutique, dans ce qu'ils peuvent apporter à leurs patients, c'est bien ce mieux-être, avant une fin prochaine. On a tort bien souvent de considérer le terme comme pouvant éradiquer la mort. Tout au plus le médecin peut-il quelque peu la reculer, la retarder mais c'est un tort de le considérer comme omnipotent. Comme son patient, il est vulnérable d'une autre manière, soumis aux mêmes règles organiques que ce dernier jusqu'à la maladie grave et la mort. Et c'est peut-être la fragilité de la condition humaine que thérapeute et patient partagent le mieux. Mais je laisse les mots de la fin à Canguilhem dans son recueil '*Ecrits sur la médecine*' qui met en avant les mots d'une extraordinaire intensité de Francis Scott Fitzgerald : « *Toute vie est bien entendu un processus de démolition* ». Et pour Canguilhem, le médecin a pour rôle d'accompagner son patient sur le chemin laborieux d'un mieux-être éventuel, et non pas de choisir pour lui, tout en sachant que nous sommes tous des êtres finis voués *in fine* à la mort. Ce qui ne constitue pas pour autant une raison de renoncer à cette vocation médicale, tant s'en faut. A l'instar de ce qui marque une intelligence de premier plan, à nouveau selon Fitzgerald (la capacité à « fixer deux idées contradictoires sans pour autant cesser de fonctionner »), Canguilhem conclut son texte en écrivant tout simplement : « *Apprendre à guérir, c'est apprendre à connaître la*

contradiction entre l'espoir d'un jour et l'échec, à la fin. Sans dire non à l'espoir d'un jour. Intelligence ou simplicité ? ».

Anne-Lyse Chabert, *Chargée de Recherche CNRS**, Laboratoire IHRIM** (**UMR 5317), Lyon,
chabert.annelyse@gmail.com

* CNRS : Centre National de Recherches Scientifiques

** IHRIM : Institut d'Histoire des Représentations et des Idées dans les Modernités

*** UMR : Unité Mixte de Recherche