

Consentement aux soins et désignation de la personne de confiance.

De la confiance ou de la promesse ?

2012

Benoît PAIN,

*Philosophie de la médecine et Ethique soignante,
UFR Médecine et Pharmacie de l'Université de Poitiers,*

Résumé

Le premier principe qui sous-tend le consentement aux soins est le « droit à l'autonomie » - respect de la volonté du malade/patient/usager/client - stipulant qu'il n'est pas permis de traiter un malade contre son gré, que les soins à lui prodiguer soient jugés nécessaires par le soignant, que le refus du patient apparaisse injustifié, déraisonnable ou irrationnel. Un autre principe lié au consentement aux soins est celui du « droit à l'autodétermination » - le respect pour les personnes - du soigné face à l'autorité professionnelle du soignant, malgré le fait que ce principe pourrait ne pas être universellement applicable dans toutes les cultures. Cela est crucial dans un environnement multiculturel, d'autant plus que les systèmes de santé sont souvent façonnés à partir des valeurs et croyances culturelles des ethnies majoritaires contribuant ainsi, à susciter l'incompréhension et le conflit culturels dans les interactions entre les distributeurs et les consommateurs de soins dont les systèmes culturels de référence peuvent être profondément différents.

La posture éthique que les soignants doivent donc cultiver est de permettre au patient d'être celui qui écrit la partition de sa vie malgré la maladie qui l'éprouve. Ne l'est-il pas déjà se demandent certains quand tant de textes juridiques mettent en exergue l'autonomie du patient ?

La difficulté est que personne ne peut donner la même définition du mot autonomie ni du mot consentement. La preuve la plus flagrante est de constater que certains évoquent l'autonomie kantienne quand d'autres l'autonomie utilitariste dans la forme et l'esprit alors que ces autonomies ont des définitions opposées. Comment pourrait-il le faire quand la décision à prendre le concerne lui et seulement lui ?

1. INTRODUCTION : DE LA CONFIANCE.

Les banques et les États ne se font plus confiance ; et les individus ne se fient plus ni aux États, ni aux banques, ni à personne. C'est la crise ! Ce qui montre *a contrario* combien la confiance est cruciale et dans quelle grande mesure elle dépend en fait d'un *pur acte de foi* : celui de se fier à l'autre, à ses promesses, à ses engagements.

Face à cet abîme, on comprend que les théologiens aient fondé cette confiance incertaine et bancalée entre les hommes sur le seul socle solide permettant de l'assurer : la foi en Dieu. C'est ainsi que saint Augustin (*Confessions*, IV, 4-12) ou saint Thomas (*Somme théologique*, II-IIae, 4, 7) estiment que la fiabilité ne peut être escomptée que chez les croyants sincères qui placent leur foi, leur espérance et leur amour en Dieu. Il faudrait du *sacré* pour que la confiance fonctionne.

Comment la confiance peut-elle continuer de fonctionner à l'âge de la laïcité ? Hobbes inaugure une seconde argumentation, dont le principe sera repris par tous les « Modernes ». Hobbes raisonne par l'absurde en imaginant ce que serait une « société de méfiance ». Dans cette situation, qu'il appelle l'« état de nature », tout le monde se méfie de tout le monde ; rien n'est stable ; la peur est permanente. Cette peur est proprement invivable, mais elle est si puissante qu'elle va déclencher chez l'homme (contrairement à l'animal où elle reste passive) une étincelle d'intelligence. C'est en comprenant, grâce à la peur, l'impossibilité d'une *vie de méfiance* que l'homme va inventer la *confiance* et le contrat qui va avec. Sans doute Hobbes cherchera-t-il ensuite lui aussi à fonder cette confiance sur une base solide : ce sera son État *Léviathan* absolu et sacré ; mais, dans sa démarche, il montre qu'il n'est plus théologien. Car ce que suggère Hobbes, c'est l'idée très profonde que renoncer à la confiance équivaut non seulement à rendre toute vie sociale impossible, mais à rendre sa propre vie impensable. Toute notre existence ne s'est en effet élaborée que parce que l'on s'est *confié* : à nos parents, à nos maîtres, à nos amis, à notre conjoint... Autant de personnes sans lesquelles nous ne serions même pas nous-mêmes. Sans doute, certains nous ont-ils déçus, voire trahis, mais sans eux nous ne serions

pas. Ainsi le fondement le plus solide de la confiance n'est-il pas à chercher dans un Dieu transcendant – quoi qu'en dise Thomas –, ni dans un État tout-puissant – quoi qu'en pense Hobbes pour la consolider –, mais dans le fait simple que notre existence serait *impossible* sans elle.

Cet argument « par conscience d'impossibilité » (comme disent les logiciens) rend sans doute la confiance moins absolue et la défiance plus fréquente. Mais il importe de voir que celle-ci n'est pas le contraire de celle-là, car la défiance n'est qu'une confiance prudente et avisée. La définition du Littré dit tout : « *La méfiance fait qu'on ne se fie pas du tout ; la défiance fait qu'on ne se fie qu'avec précaution. Le défiant craint d'être trompé ; le méfiant croit qu'il sera trompé.* »

2. DES ENQUETES SUR LA PERSONNE DE CONFIANCE

L'enquête nationale intitulée « Loi du 4 mars 2002 – titre II et IV : quelles influences sur les activités de soin à l'hôpital ? » a été diffusée durant l'été 2003 dans tous les hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier. Les 7 000 questionnaires ont été transmis aux directions des différents hôpitaux puis diffusés à l'intérieur de ces mêmes structures à différents services médicaux, médico-techniques et administratifs. L'Espace éthique/AP-HP a reçu 3 000 réponses (<http://www.espace-ethique.org>). Nous reprenons ici les principaux résultats, résultats en accord, 10 ans plus tard, avec le « Baromètre des droits des malades » réalisé pour le Collectif interassociatif sur la Santé (CISS) (LH2, 17 et 18 février 2012, échantillon de 1 005 personnes, représentatif de la population française âgée de 15 ans et plus).

2.1. La désignation de la personne de confiance

Pour 51 % des enquêtés, la désignation de la personne de confiance peut être envisagée lors de l'admission, tandis que 50,4 % d'entre elles indiquent que la désignation de la personne de confiance peut (également) être faite en cours d'hospitalisation. Un peu moins de la moitié des enquêtés (47,8 %) affirment que les personnes malades ne sont pas informées de la possibilité de désigner une personne de confiance.

20,3 % des personnes interrogées indiquent que la possibilité de désigner une personne de confiance est évoquée systématiquement pour toute personne hospitalisée, tandis qu'elles sont 33,1 % à indiquer que cette possibilité n'est offerte que pour certaines personnes. Dans ce dernier cas, si l'on constate l'absence de proche (73,7 %), et 74,7 % en cas de perte d'autonomie envisagée. Lorsque la possibilité de désigner une personne de confiance est proposée, dans 10,1 % des cas c'est le service des admissions qui la présente, dans 39,5 % des cas le service d'hospitalisation, et, enfin, dans 10,8 % des cas le médecin en consultation. 6,6 % des enquêtés conçoivent d'autres possibilités : 34,1 % évoquent le médecin lors de visites ou contre-visites, 47,7 % l'entretien d'accueil infirmier, 9,1 % la secrétaire à l'occasion de la consultation, 9,1 % l'unité de lutte contre la douleur ou les professionnels du secteur médico-psychologique ; enfin, pour 4,5 %, une association.

Pour 46,3 % des personnes interrogées, la désignation de la personne de confiance est consignée par écrit ; 18,2 % des enquêtés déclarent toutefois que ce n'est pas le cas dans leur établissement. Dans le cas où la désignation de la personne de confiance serait faite par écrit, cela est le cas pour 58,4 % des enquêtés qui la mentionnent sur le dossier médical, 37,3 % sur un document spécifique et pour 8,6 % des enquêtés en utilisant les deux supports. Plus précisément, 25,1 % des enquêtés indiquent que cette consignation apparaît sur le dossier infirmier, 0,9 % sur le dossier administratif, 0,9 % sur le livret d'accueil, 0,6 % sur le courrier au médecin traitant.

En cas de désignation, 53 % des personnes interrogées indiquent que la personne désignée est un membre de la famille, 16,3 % un proche non-membre de la famille et 13,9 % un médecin. 2,1 % évoquent d'autres personnes : 73,9 % des tuteurs pour les incapables majeurs, 21,7 % un ami. 8,7 % posent la question de la différence entre personne de confiance et personne à prévenir. Enfin quelques psychiatres ont constaté la désignation... d'un autre patient.

La qualité de proche semble constituer l'aspect le plus important qui intervient dans cette désignation (55 %). Suivent l'éventuelle position de professionnels de santé (13,1 %) et l'activité associative dans le domaine de la santé (2,9 %). Par ailleurs, 30,1 % des enquêtés indiquent que, parfois, une patient hospitalisée ne sait qui désigner comme personne de confiance.

2.2. Le rôle de la personne de confiance

La personne de confiance est intervenue, pour 23,7 % des enquêtés, pendant les consultations ; pour 42 % des enquêtés, cette dernière est intervenue lors de l'hospitalisation, et de façon prioritaire lors des échanges avec les soignants (91,6 %). Notons que, pour 25,8 % des enquêtés, la personne de confiance est intervenue au cours de procédures administratives. Dans ces cas-là, 18,9 % concernent les admissions ou les sorties ; 7,1 % sont intervenues dans la recherche d'établissements de moyen ou long séjour ; 7,1 % lors des

discussions concernant les protections juridiques ; enfin 2,4 % en cas de perte d'autonomie. Pour 16,2 % des enquêtés, la personne de confiance est intervenue lors de plaintes (administratives ou judiciaires).

2.3. Difficultés observées avec la personne de confiance

20,8 % des enquêtés ont été témoins de situations conflictuelles impliquant une personne de confiance. La plupart de ces conflits opposaient la personne de confiance et le personnel soignant (82,4 %), la personne de confiance et l'administration (33,8 %), la personne de confiance et une autre personne – par exemple, autre membre de la famille, etc. – (34,6 %) et, dans une moindre mesure, la personne de confiance et la personne malade (2,2 %).

2.4. La présence d'un nouveau tiers

Si pour 10,7 % des enquêtés, l'intervention de la personne de confiance n'a jamais posé de problèmes, la présence de ce tiers dans l'exercice de l'activité de soin n'est pas sans poser quelques difficultés. Certains professionnels évoquent, au minimum, une intrusion inutile, voire parfois une source de complications (3,9 %). Notons, cependant, des remarques plutôt positives : aide précieuse notamment en cas de vulnérabilités (7,5 %), tiers aidant dans la reformulation de l'information (3,2 %), soutien pour une meilleure adhésion au soin (2,9 %), parfois médiateur face à des situations conflictuelles (2,3 %). Certains considèrent même cette innovation comme indispensable. D'autres n'arrivent pas à déceler la réelle évolution que constitue cette personne de confiance (10,3 %) et, notamment, la différence avec la famille ou les proches. Enfin, certains (2,4 %) évoquent l'absence de recul pour évaluer son impact véritable.

3. UN PROBLEME ETHIQUE : VERS UN GLISSEMENT CONSULTATION → CONSENTEMENT DE LA PERSONNE DE CONFIANCE ?

Avec la notion de personne de confiance, le législateur, dans le cadre du vote de la loi du 4 mars 2002, s'est engagé dans une « *logique de représentation du consentement* » du patient sans pour autant instituer le consentement substitué. La notion de personne de confiance a été reprise dans la loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique et la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Dans le cadre de ces lois, dans certains cas particuliers (recherche biomédicale, étude de facteurs génétiques), on s'oriente vers un consentement de la personne de confiance, et non plus une simple consultation de la personne. Ceci rejoint une vision anglo-saxonne des soins.

L'origine de ce glissement vient de l'importance prise par le principe de consentement de la personne qui est désormais ancré dans la pratique médicale et dans notre législation (art. 16-3 Code civil et L 1111-4 CSP). Il est difficile pour le tuteur de prendre des décisions médicales pour autrui. L'obligation et la formalisation de l'obtention du consentement ont d'abord été instaurées dans le cadre de la recherche biomédicale. Le besoin de participation des patients dans le domaine du soin a ensuite émergé sous l'impulsion des associations de malades. Ceci s'est concrétisé par la convention d'Oviedo dont l'article 5 prévoit comme règle générale qu'une « *intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé* ».

Dans la Charte européenne des droits fondamentaux, il est indiqué également que le consentement libre et éclairé de la personne concernée doit être respecté dans le cadre de la médecine (article 3). Tout individu doit donc pouvoir donner ou refuser librement son consentement à toute intervention, traitement, investigation ou action de prévention. Cette règle repose sur une reconnaissance de plus en plus grande de l'autonomie du patient dans sa relation avec les professionnels de santé. Peu à peu, tous les pays adoptent des lois sur les droits des patients : le Danemark, la Finlande, la Grèce, la Norvège, les Pays Bas, etc.. Dans ce cadre, se pose la question du respect de la volonté du patient en cas d'impossibilité d'obtenir son consentement. Doit-on donner toute latitude au médecin ou au contraire, l'obliger à obtenir le consentement d'un tiers qui se substituerait alors à celui du patient ? C'est pourquoi il a été proposé de conférer un véritable pouvoir de décision à une personne désignée par le patient. Ceci soulève trois questions : a) celle de la concordance entre l'avis du patient et le témoignage qu'en apporte la personne de confiance, b) celle de la compétence à consentir et c) celle de la place de l'avis de la personne de confiance par rapport à l'avis du médecin.

a) Tout d'abord, la personne qui va consentir à la place du patient est-elle à même de prendre une décision conforme à ce qu'aurait souhaité le patient ?

Le consentement d'un tiers ne peut et ne doit jamais avoir la même valeur que celui du patient, car ce n'est pas le tiers qui subit la maladie et les traitements. Le vécu de la maladie peut venir modifier une opinion préalablement émise, qui ne doit pas, par le truchement du consentement d'un tiers, rester figée. Le consentement d'un tiers ne peut et ne doit jamais avoir la même valeur que celui du patient. Il faut garder à

l'esprit que même une personne choisie par le patient et partageant les mêmes valeurs ne peut, de façon certaine, exprimer la volonté du patient. Des travaux montrent que la décision de la personne de confiance n'est pas toujours celle qu'aurait prise le patient s'il avait été capable de donner son consentement. Il existe des discordances entre l'avis du patient et celui de la personne de confiance.

b) La personne de confiance a-t-elle compétence pour consentir à la place du patient.

On peut en effet s'interroger sur la pertinence de la décision de la personne de confiance. Un « profane » en matière médicale peut-il décider au même titre qu'un professionnel ? Un médecin désigné par le patient ne serait-il pas tout à fait légitime pour prendre une décision, quitte à ce qu'il en rende compte devant un comité d'expert, voire un juge selon les cas. Cela pose la question de la formation de la personne de confiance et du rôle des associations d'aide aux patients, notamment au regard de l'évolution de l'appropriation des connaissances médicales par le public. Aujourd'hui on peut consulter des ouvrages de vulgarisation médicale, des sites d'information sur Internet, etc. À travers cette question se posent les problèmes de la fiabilité et de l'actualité des informations fournies et surtout de leur compréhension dans le contexte médical propre d'un patient.

y) Dans ce cadre se pose la question de savoir jusqu'où le médecin doit tenir compte de l'avis de la personne de confiance.

Nous pensons que le médecin doit en tenir compte tout en restant maître de la décision thérapeutique. Ainsi, par exemple, si une personne de confiance proposait un traitement qui irait à l'encontre de l'intérêt du patient dans l'esprit du médecin, il nous semble que celui-ci devrait alors agir dans l'intérêt du patient. Le médecin ne doit pas à tout prix suivre les directives de la personne de confiance mais uniquement la consulter. Face à un refus de soins, le médecin doit essayer de convaincre la personne de confiance de l'intérêt des soins proposés pour le patient.

4. UN PROBLEME PHILOSOPHIQUE : QU'EST-CE QUE PROMETTRE DANS UNE RELATION DE SOIN ?

La confiance est le ferment de la relation de soin. Pour un malade, faire confiance c'est se placer dans un état de dépendance et d'espérance à l'égard d'un soignant ; c'est accepter d'être vulnérable et admettre que la personne à laquelle la confiance est accordée peut exercer un pouvoir sur soi pour notre propre bien ; c'est aussi croire en la parole du soignant et espérer que les pouvoirs qui lui sont conférés ne seront pas exercés à notre propre insu.

Pour le soignant, instaurer un espace de confiance consiste à manifester au malade sa présence et son intention de répondre à l'espérance placée en lui en mettant en œuvre tous les moyens possibles pour réaliser le bien de ce dernier, sans exercer de pouvoir à son détriment. Instaurer un climat de confiance, c'est ouvrir un espace de rencontre et de promesse qui repose sur le sentiment et l'expérience d'une humanité partagée.

Instaurer une personne de confiance, c'est ouvrir un espace de promesse qui repose sur le sentiment et l'expérience d'une humanité partagée. Tenir ses promesses, c'est bien le moins que l'on puisse demander à celui qui s'est engagé – la personne de confiance – à réaliser pour autrui – le patient – quelque chose de positif dans l'avenir. Au nom de quoi cette exigence ? au nom d'une obligation morale ou au nom des intérêts bien compris d'une communauté d'individus contractant entre eux engagements et promesses pour assurer leur survie ? On sait qu'un de ces points de vue a été défendu par Kant et l'autre par Hume. Dans une large mesure nous sommes appelés à trancher en faveur de l'un ou de l'autre.

Mais la seule question de la nature de la promesse ne suffit pas à épuiser les questions soulevées par l'acte de promettre. Jusqu'à quel point est-on en mesure de tenir ses promesses ? C'est toute une théorie de l'action volontaire et des conditions de l'agir qui se trouve en cause. Mais si l'on n'est pas toujours en mesure de tenir ses promesses, pour des raisons qui n'ont rien à voir avec notre sincérité, ou notre volonté, ni même l'énergie déployée pour les accomplir, alors n'y a-t-il pas quelque faute du jugement, quelque précipitation à incriminer ?

4.1. L'acte de promettre.

Hobbes, dans le *Leviathan*, montre bien que la promesse est constituée par des signes, « des paroles portant sur le futur ». La promesse se présente d'abord sous la forme d'une énonciation. « Je vous promets que ... », elle est d'abord une formule. Que cette formule engage, qu'elle ait valeur de contrat, qu'on puisse s'en prévaloir, en bref qu'elle pèse sur des comportements et des actions nous montre bien qu'elle a un poids, une force, qu'elle est un acte. Cette parole « Je vous promets que ... » est un acte. Dans son ouvrage intitulé *Quand dire c'est faire*, Austin a montré qu'il existe de tels énoncés qui accomplissent quelque chose au moment où ils sont formulés, mais pour autant que certaines conditions sont remplies. Ainsi « J'ouvre la séance » équivaut à

ouvrir en fait une séance mais prononcé dans des conditions adéquates et par des locuteurs adéquats. Prononcée par le Président du Tribunal dans l'enceinte du tribunal et à un moment déterminé, elle est un acte d'ouverture mais prononcée par le portier elle n'en serait pas un, et si le président du tribunal la prononce chez lui, dans l'intimité, elle n'en est pas non plus un. Austin appelait performatifs de tels énoncés pour les distinguer des constatifs qui assertent un fait. La promesse apparaît donc comme un performatif, qui a une force illocutoire. C'est John Searle qui a sans doute le mieux analysé la promesse en tant qu'acte illocutoire dans son ouvrage intitulé *Les actes de langage*. Le propre de la promesse c'est en effet de se présenter sous la forme d'un énoncé à la première personne du singulier ou du pluriel – c'est-à-dire désignant le sujet actif d'une action – et de porter sur le futur. « Je promets que » est une promesse, un acte illocutoire, alors que « il a promis » bien évidemment n'en est pas un.

Il faut aussi que cet énoncé soit jugé positif par celui ou ceux à qui il est adressé – sinon il s'agit d'une menace, qui est l'envers de la promesse, qui peut être tenu pour une promesse négative. Si l'on promet à quelqu'un quelque chose qu'il ne souhaite pas voir réalisé, si on le menace de quelque chose qu'il ne craint pas ou dont la réalisation ne se solderait même pas par quelque inconfort pour lui, la promesse et la menace sont inopérantes. Il faut également non seulement comme l'avait souligné Hume, que cette formule verbale exprime quelque intention pour être efficace mais que celui à qui elle est adressée croit à la sincérité et à la capacité à agir dans le sens indiqué de celui qui promet. Searle a formalisé, toujours dans *Les actes de langage*, ces différentes conditions pour que la promesse ait effectivement un sens et fonctionne bien comme acte illocutoire. Searle a bien vu également que la notion d'obligation se glissait dans l'acte de promettre. Ainsi marque-t-il dans sa revue des conditions de la promesse que (condition 7) « l'intention du locuteur est que l'énoncé de la promesse le mette dans l'obligation d'effectuer la promesse, c'est-à-dire de la remplir » et ajoute-t-il (condition 8) que « le locuteur a l'intention d'amener l'auditeur à la connaissance que l'énoncé de la promesse le mette dans l'obligation – à lui le locuteur – d'accomplir la promesse ». Ainsi peut-on donner congé à tous les faux-fuyants sur le caractère plus ou moins désincarné des intentions. Au cœur même de l'acte de promettre l'intention affichée de produire pour quelqu'un quelque chose jugé par lui souhaitable dans un avenir plus ou moins proche, cette intention se donne comme connaissance d'une obligation, comme volonté d'assumer cette obligation.

Une telle analyse nous donne donc une description de l'acte de promettre en même temps qu'elle en détermine les conditions d'effectivité. On pourra voir par exemple qu'une promesse est défectueuse si elle conduit à la réalisation de quelque chose qui n'est pas souhaité par celui auquel elle s'adresse, si elle n'est pas sincère – c'est-à-dire si les mots sont mensongers, si la formule n'exprime pas l'intention réelle –, mais aussi si elle ne s'accompagne pas du sentiment de l'obligation à l'accomplir. On verra aussi que la promesse consiste dans le fait de s'engager à faire quelque chose pour quelqu'un – et non pas à quelqu'un. Enfin il faut ajouter que si le locuteur est considéré comme devant faire ou comme s'appêtant à faire ce qu'il promet sa promesse n'en est pas une elle est défectueuse ce qui montre bien que cette obligation qui gît au cœur de l'intention relève du volontarisme et n'est pas l'expression d'une quelconque nécessité. Aussi bien apparaît-il que l'obligation est un concept clé dans la compréhension même du fait de promettre.

4.2. Sur l'obligation d'accomplir ses promesses.

Comment une simple formule peut-elle avoir force d'obligation ? Qu'en est-il de l'obligation de tenir ses promesses, c'est-à-dire, soulignons-le, de les accomplir, de veiller à ce qu'elles soient réalisées ? Comment la promesse peut-elle entraîner une obligation ? par toute la force de la morale, par le caractère contraignant que revêt une obligation morale pourrait-on répondre dans une perspective très vaguement kantienne. En fait la position de Kant, telle qu'elle est développée dans la *Métaphysique des mœurs* (Introduction, III) et dans la *Doctrine du Droit* est beaucoup plus complexe et subtile. La promesse apparaît dans les analyses de Kant comme un des éléments constitutifs du contrat, lequel est un acte juridique. La promesse entraîne une obligation, mais celle-ci ne relève pas d'un devoir de vertu, elle relève d'un devoir de droit Ce qui est important, c'est que, dans l'optique kantienne, faire une -promesse sans l'intention de la tenir, voire même avec l'intention de ne pas la tenir c'est aller contre le principe de l'universalisation de la maxime, c'est pourquoi au cœur de la promesse gît l'intention, c'est pourquoi il n'y a promesse authentique que s'il y a sincérité. Il ne s'agit donc pas bien entendu d'une obligation transcendante, s'imposant en quelque sorte de l'extérieur à l'agent moral, il s'agit d'une obligation inscrite dans le caractère rationnel du devoir et renforcée par son aspect juridique. Mais c'est la promesse qui crée l'obligation.

C'est précisément cette conception que Hume avait critiquée dans le *Traité de la Nature humaine* (Livre III, section V, « L'obligation des promesses »). Hume se demande ce qu'il y a dans l'acte de promesse. Au cours d'une analyse particulièrement corrosive, il montre successivement que ce qui est fondamental dans la promesse ce n'est pas la résolution d'accomplir sa promesse car cette résolution n'implique pas l'obligation, ce

n'est pas non plus le désir de l'accomplir, ni même la volonté – Hume veut montrer que les promesses n'ont de sens que dans le cadre de conventions humaines. Il souligne que c'est notre intérêt bien compris qui nous oblige en quelque sorte à tenir nos promesses : « l'intérêt est la première obligation à l'accomplissement des promesses ». C'est parce que nous avons besoin des autres, tout comme les autres ont besoin de nous, parce que nous sommes dans un réseau d'échanges, parce que nous avons besoin de choses dont nous ne disposons pas encore, parce que l'action implique une durée que nous avons besoin que les contrats tiennent, qu'ils soient respectés, que les promesses soient tenues et réalisées faute de quoi la confiance cessera. Où l'on voit qu'ici aussi il y a un principe d'universalisation de la maxime, que ce n'est pas la rationalité qui fonde ce principe, c'est l'intérêt d'une collectivité fondée sur la confiance. D'un côté des hommes qui doivent par devoir réfréner leurs passions sous l'éclairage de la raison, de l'autre des hommes égoïstes, dotés de générosité limitée et qui par intérêt arrivent peu ou prou à constituer une société raisonnable.

4.3. L'accomplissement des promesses.

Doit-on remplir son obligation – tenir sa promesse – à l'égard bandit à qui on a promis une forte somme d'argent pour qu'il nous libère ? Nous sommes ici en présence du cas extrême où la promesse a été en quelque sorte « arrachée » et où elle a été faite, sous la contrainte, avec l'intention de ne pas la tenir. On peut d'ailleurs se demander s'il s'agit d'une authentique promesse. Elle ne répond pas aux conditions énumérées par Searle. Mais à l'autre bout de la chaîne, si l'on peut dire, nous avons l'exemple d'une promesse qui a été faite avec sincérité, c'est-à-dire avec l'intention de la réaliser, et dont la réalisation n'a pu être menée à bien parce qu'elle s'est heurtée, en cours de route à des obstacles. **Doit-on considérer que si tout ce qui était possible d'être fait a été fait nous pouvons dire que la promesse a été tenue ?**

En fait, c'est tout le problème de l'action qui se trouve ici posé. Tenir ses promesses est-ce s'engager dans la voie de leur réalisation ou est-ce nécessairement mener à terme leur réalisation, les accomplir ? On pourra bien évidemment juger de la sincérité de quelqu'un au zèle qu'il mettra à tenter de les accomplir, mais si elles ne sont pas accomplies, dira-t-on pour autant qu'il a tenu ses promesses ? Entre l'intention qui peut rester lettre morte et la réalisation qui peut dépendre de facteurs extrinsèques, échappant à l'agent moral, toute la question de la responsabilité même de l'action se pose – on peut trouver des quantités d'exemples concrets dans le domaine de l'éthique médicale. Il peut apparaître que dans certains cas des promesses étaient faites avec le propos délibéré de ne pas les tenir, ou avec la connaissance de l'impossibilité de les tenir – il peut aussi y avoir des cas où des circonstances extérieures empêchent la réalisation même des promesses. Quoi qu'il en soit dans un cas comme dans l'autre les promesses n'auront pas été tenues ; mais la sincérité aura été plus ou moins présente. Il apparaît en tous les cas, lorsque l'on prend en considération la dimension de l'action que l'aspect théorique doit être pris en compte - si toute action implique délibération, comme l'a bien montré Aristote, l'analyse des conditions de sa réalisation et du caractère plus ou moins souhaitable de ses objectifs fait partie de la promesse et on peut introduire dans la notion même de promesse l'appréciation de la situation. C'est là un aspect qui nous semble-t-il a souvent été négligé mais qui parce que la promesse est bel et bien un acte et relève donc de la dynamique de l'action doit être souligné. On peut reprocher à une personne de confiance, même se elle était sincère au moment où elle promettait monts et merveilles à « son » patient de ne pas avoir apprécié avec suffisamment de lucidité la situation réelle à laquelle elle était amené à faire face, les contraintes diverses auxquelles elle aurait à répondre, les compromis qu'elle aurait à faire, les forces avec lesquelles elle aurait à composer. On peut donc lui reprocher une précipitation du jugement, un manque de lucidité quand ce n'est pas l'aveuglement pur et simple par des idéologies dont le propre précisément est de prendre la partie pour le tout et de masquer la globalité de la situation.

Aussi bien comme le bon sens populaire le recommande-t-il, faut-il prendre garde à ne pas « promettre la lune », c'est-à-dire faut-il analyser avec perspicacité et lucidité les possibilités mêmes de tenir ses promesses. Faute d'une telle analyse la promesse est un acte défectueux. Mais, comme nous avons eu l'occasion de le souligner, si l'action promise ne pouvait pas ne pas être conduite, si elle avait eu lieu de toutes façons avec ou sans promesse, la promesse apparaît également comme un acte défectueux – où l'on retrouve dans cette aporie de la promesse toute la densité et les apories de toute philosophie de l'action avec sa dialectique de la volonté et du déterminisme.

5. CONCLUSION : PERSONNE DE CONFIANCE ET PROMESSE, ESPACE DE L'INTER-HUMAIN

Avoir l'intention qu'expriment les mots de la promesse, être sincère, mais aussi suffisamment lucide pour savoir ce qui dépend de nous et ce qui ne dépend pas de nous, se trouver lié par la formule elle-même : telles sont les caractéristiques de la promesse, laquelle ne peut être pleinement comprise que ressaisie comme

acte, au sens le plus large du terme, avec notamment ce qu'il peut comporter de délibération – on ne doit pas promettre à la légère, on doit peser le pour et le contre – et de volonté dans la mise en œuvre. **Le caractère spécifique de cet acte c'est qu'il est accompli pour l'autre, c'est qu'il porte sur un avenir auquel on doit donner des couleurs attrayantes.** Car en fait toute détermination positive de l'avenir peut paraître une promesse – promesse de l'aube d'une journée où l'homme s'épanouira, promesse d'un avenir meilleur pour l'humanité – où s'articulent le volontarisme de l'action et la réflexion métaphysique. Qu'il s'agisse de la confiance accordée à celui qui explicitement s'est posé en cause agissante d'effets bénéfiques à l'autre ou de la croyance en une providence veillant à l'émergence du meilleur des mondes possibles, voire de l'attente d'un déroulement prévisible des faits fondé sur des lois physiques, reste toujours l'idée de l'attente d'un bien produit par des causes prometteuses d'un avenir qui nous soit favorable.

Il nous semble alors qu'une des conditions pour instaurer un espace de confiance est de redonner une signification éthique à l'asymétrie de la relation de soin ainsi qu'à l'éveil de la responsabilité éthique qui y est associée. C'est sur la base de cette dialectique – entre interpellation et disponibilité – que la promesse peut donner naissance à un climat de confiance, espace de l'inter-humain qui se fonde sur la reconnaissance d'une vulnérabilité et d'une fragilité « familières », d'une humanité partagée. Le défi est, pour finir, de valoriser l'intégration de cette conception de la promesse au cœur même de la clinique, mais également au sein des systèmes de soins pour que la désignation de la personne de confiance ne devienne pas une simple possibilité juridique, voire une obligation de certification.