

Sciences-Croisées

Numéro 7-8 : Soins de l'âme

**A l'ère de l'hypermodernité,
la confiance a-t-elle encore un sens ?**

Chantal Eymard (MCF-HDR)
UMR ADEF

Département des sciences de l'éducation, Université de Provence
chantal.eynard@univ-provence.fr

Jean-Michel Perez (MCF)
IUFM-UHP Nancy
jm.perez4@wanadoo.fr

À L'ÈRE DE LA L'HYPERMODERNITÉ LA CONFIANCE A-T-ELLE ENCORE UN SENS ?

Le processus de confiance critique dans les problématiques de santé

La question de la confiance touche aujourd'hui d'une manière très large les problématiques de santé (soin et travail social). Nous souhaitons engager une réflexion autour des conditions d'élaboration d'un processus de confiance critique. Comment un professionnel de santé ou tout autre acteur impliqué peut-il accompagner un patient dans les événements, les accidents de confiance qu'il traverse, la peur de l'autre ? L'analyse du terme de « confiance » le situe dans un *continuum*, s'étirant dans une tension entre la foi « en soi » et « avec autrui » (« foi »-*fidere*- et de ses rapports à autrui « avec » -*cum*-), jusqu'à son rapport, institutionnalisé sur les individus (définition de l'an 1200 qui associe la confiance à la sécurité dans des lieux publics). Cette notion de « confiance » se contraste encore davantage par son association à l'origine étymologique latine du verbe fier ou *fidus*, soit fidélité avec son inévitable corollaire la trahison.

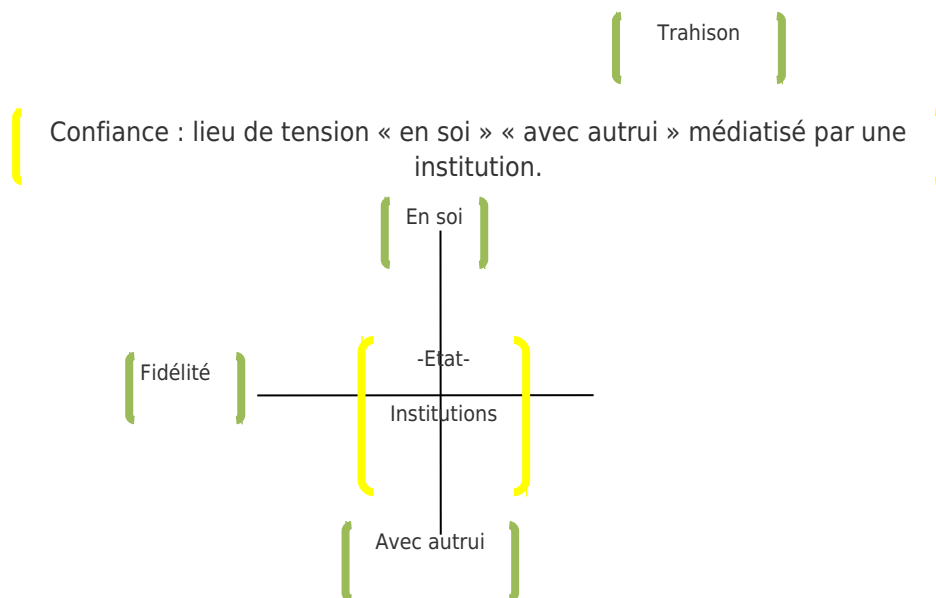
1. Problématique

L'adoption du terme « confiance » comme relevant de la panacée dans la relation entre le soignant et le soigné mérite, du moins, quelques paraboles dont nous proposons un premier détour par une interrogation réalisée à partir de ces différents sens contrastés. Notre entrée sera donc de considérer ce terme dans ses acceptions plurielles et d'en faire émerger une problématique contextualisée au

champ de la santé, et plus précisément à la question du « prendre soin ». Si l'on s'intéresse à la manière dont la confiance peut nous apparaître dans la vie ordinaire, nous pouvons la situer dans un continuum allant d'un point de départ incertain, inscrit au fondement de la foi, « croyance-intimité », jusqu'à – vers – une « confiance-assurance » définie dans la sûreté du geste issu de « celui qui sait » généralement incarné par l'expert.

Dans le premier ordre, la confiance est irréductiblement inscrite dans le vivre ensemble comme condition de survie et liée au « processus d'humanisation de l'homme dans l'univers » (Morin, 2004) : « L'homme est le plus faible de la nature » (Pascal). Toute son organisation repose dans une forme de foi, d'espérance, de crédulité et d'émotion. L'erreur est ici coutumière et oblige à un arbitrage entre se tromper et devoir cependant accorder sa confiance à son être intérieur. Ainsi, la confiance est inhérente à l'homme, forme de rencontre avec le monde et suivant alors Bachelard nous pourrions dire, un processus premier : « L'oiseau construirait-il son nid s'il n'avait son instinct de confiance au monde ? ». Ainsi, sentir intérieurement, et à l'unissons corps/esprit, une forme d'humilité, de joie, d'amour est le premier sens qui se dégage de la notion de confiance issue d'un ordre s'originant dans les fondements du vivre ensemble, en même temps que profondément solitaire, d'une rencontre incertaine, en soi et pour soi, permettant ensuite de s'orienter et de choisir, dans la condition absurde et générale de l'expérience de l'homme, « perdu entre deux infinis » (Pascal). Ainsi, la confiance est à la fois ce qui peut sauver l'homme en lui permettant de passer de la désespérance la plus totale à l'espoir, offrant ainsi un appui à une intelligence qui en serait incapable et dépourvue, tout en étant, en même temps ce qui peut être cause de sa perte (« le funambule » Nietzsche).

L'autre sens de la confiance, est celui qui se donne à voir, avec une conviction sans faille, alliant aplomb, assurance et donnant à son auteur un crédit allant de pair avec vérité et puissance. Par une forme de contamination, cet « allant de soi » inspire « confiance aux autres ». Il y a donc dans ce deuxième mode un rapport à la confiance construit dans et par la société des hommes, lié à un conventionnement, une forme implicite ou explicite de contractualisation. Mais le poids de ces convenances sociales, construites par l'homme et pour l'homme, peut aussi finir par faire oublier les raisons pour lesquelles elles ont pu émerger, et le couper ainsi de son être au monde. L'homme finirait ainsi par ressembler à un « troupeau d'agneau bêlant » (Nietzsche). L'abus de confiance dans les structures préalablement institutionnalisées, finirait par lui imposer des normes ayant perdu le sens du pourquoi elles avaient été procéduralisées et deviendrait à son tour la cause nouvelle de sa déchéance. Ainsi, la problématique liée à la confiance dans, par et pour l'homme serait de s'intéresser aux conditions d'émergence d'une « confiance-croyance » incertaine, interne à chacun d'eux et en même temps, favoriser les conditions d'une « confiance-prescription », forme de conventionnement-régulation d'un contrat social permettant un ciment du vivre ensemble CSQN également de survivance. Toute question relative au soin aurait donc à travailler dans cette dialogie. La confiance apparaît alors comme le lieu des tensions entre « soi » et « autrui » médiatisée dans des représentations « instituées » et/ou « institutantes », fondatrices et/ou conditionnant le « vivre ensemble ». Elle est donc condition du processus d'humanisation.



Le problème posé peut revenir à interroger le rapport que chaque citoyen entretient avec une perception donnée d'une « norme » toujours provisoirement instituée. Autrement, il est une tension irréductible d'un rapport médiatisé par un acteur à l'articulation entre l'hétérogénéité (liée à la diversité des êtres) et ce qui apparaît comme unicité : une loi, un traitement, un savoir, (mais qui n'en reste que relatif en un temps et un contexte donné). Par ailleurs, les conditions d'observation de la « confiance » sont problématiques, dépendantes d'interprétations de traces témoignant d'interactions entre des humains : dès les premiers jours d'une vie on voit bien que le « bébé s'en remet entièrement à sa mère ». De même lorsqu'un pronostic vital est engagé, on comprend aussi, qu'indépendamment de l'issue, le soigné s'en remet complètement au soignant. Entre ces deux pôles, il y a des expériences de confiance contrastées : vives, routinières, individuelles, collectives, par rupture ou/et en continuité...

Que les professionnels réfléchissent à la question de la relation de confiance qu'ils construisent avec autrui, au regard du rapport entre emprise et déprise nous semble pertinent pour refléter la tension entre l'espoir qui fait vivre, la confiance totale du patient envers les soignants- et/ou envers la médecine (et plus généralement de la confiance de « celui qui est en doute » dans son rapport à l'institution, médiatisé par la figure d'un éducateur) et qui peut finir par confiner à l'abandon de soi, et au renoncement. Cette réflexion nous conduit, de manière plus pratique à interroger comment instaurer un lien qui permette de se délier de soi et alors de l'autre, tout en interrogeant nos surdéterminations ?

2. Observations des situations professionnelles de construction de « confiance »

La question de la « confiance » dans les milieux professionnels apparaît plus vivement dans des circonstances où l'incertain pèse plus lourd que ce qui est établi. Elle se découvre comme la construction d'une situation, répondant simultanément à plusieurs interrogations dans le cadre d'une interaction : autrui, soi et l'institution (médiatisée par le jeu de ses acteurs). La problématisation des

situations par rapport au tryptique : R (Autrui-Soi-Institution), permet de se situer dans le rapport entre emprise et déprise. Si l'un des jeux de relation est absent, cela influe sur la question du « pouvoir sur » d'un des acteurs. Nous regardons les phénomènes apparaissant en fonction de la présence ou de l'absence des trois jeux de relation (« avec autrui » « soi » « Institution-médiatisée ») : condition nécessaire du temps de construction de l'objet « confiance ». L'hypothèse probable que nous posons est de considérer que la présence/absence de l'un de ces rapports influe sur la confiance des acteurs. Notre focus porte sur le professionnel. Le recueil des données s'est réalisé à partir du discours des professionnels à propos de la confiance en situation avec une seule question : « pouvez vous présenter une situation où il y a une notion de confiance qui apparait ».

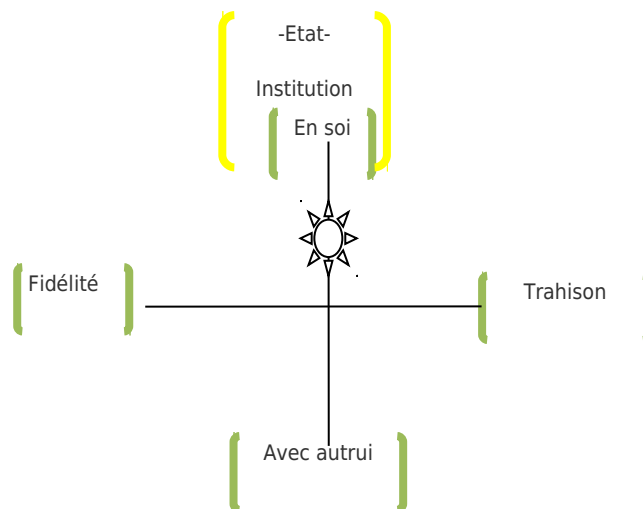
2.1. L'emprise du praticien sur le patient

Le patient en position de vulnérabilité par rapport à sa santé, ouvre un espace possible à l'exercice du pouvoir de l'autre ; ce qui constitue une condition favorable pour enclencher une relation d'emprise dans laquelle tout autre, soignant ou non peut avoir « prise » sur le patient. La puissance de la science médicale, peut engendrer une confiance absolue aveugle du sujet comme la mettre en péril. En considérant l'être humain comme un système, les sciences biomédicales et la physiopathologie en particulier se sont ménagées la voie de l'opération avec ce système puisqu'elles peuvent en prévoir l'évolution en fonction de la variation des paramètres qui le définissent. Cette conquête méthodologique, fruit d'un dualisme cartésien, s'est avérée d'une portée considérable (Malherbe, 1993, p. 108-109).

Tristan, Formateur :

« Moi je pense que ça part d'en haut, dans le projet d'établissement. Tu as confiance dans l'institution, le projet d'établissement, jusqu'au patient.... Tout découle du haut... cohérence et lisibilité ».

Confiance : « l'institution » confondu avec le « en soi »



L'institutionnalisation semble *a priori* permettre une certaine contention de cette émotion première. Pour que la confiance se développe dans une situation professionnelle, il y aurait besoin d'espaces où le professionnel ne se sente pas menacé. Le cadre législatif, les projets d'établissements favoriseraient-ils ce sentiment de confiance ? Cependant, dans le discours, le véritable « autrui » (objet de la création de l'institution), a disparu de la tension posée. En l'absence de problématique, quel espace possible pour un questionnement critique de sa relation à l'autre ? Finalement, le problème reviendrait dans la capacité des acteurs, à créer et re-crée un contexte favorisant le jeu des interactions pour l'émergence des trois instances : « le soi » « avec autrui » et « l'institution-médiatisé ». Dans les situations d'émergence de « la confiance » en situation, nous allons voir la capacité pour cet « autrui » d'aller par instant interroger l'institution-médiatisé confondu avec le praticien. Car bien que rare (en raison de la position dissymétrique et des représentations associées), nous avons déjà pu montrer son emprise et même sa possibilité « d'écraser lui-même » la situation. (voir exemple Tristan)

Le « prendre soin » est lui aussi inscrit dans une double assertion. La dissymétrie de la relation, l'expertise du corps médical, sa construction historique, amène à convoquer, prescrire, organiser autour de procédures les plus généralisables possible, ce qui paraît être, à un moment donné des techniques et des technologies existantes, le plus utile et/ou le plus efficace pour éradiquer résorber ou réduire un problème. Cette approche a permis et permet encore par confrontation synoptique de produire, reproduire et perfectionner diagnostics et productions de traitements performants. Cependant, cette connaissance de l'homme par l'institution médicale s'est en même temps construite comme l'a montré Foucault à partir des dissections des corps morts. De sorte qu'outre une compréhension de l'humain limitée à un œil qui observe un « œil qui ne peut plus voir », elle s'est aussi naturalisée dans des pratiques de l'auscultation et du scalpel, pour découvrir, le mal caché dans des organes perçus par corolaire comme indépendants les uns des autres. Par ailleurs, Foucault montre encore que s'est instauré un dilemme entre soin et pouvoir (voir l'exemple du médecin fin du XIX, rejeté par sa communauté pour avoir recommandé de se laver les mains entre le passage des corps-morts aux corps vivants). Autre corolaire de cette approche, le problème par la réduction de la difficulté renvoi à un préjugé, où le « mal » est plutôt perçu comme un corps étranger, ennemi du corps vivant (une maladie), que comme un phénomène d'entropie renvoyant alors à une approche systémique des acteurs en interaction, en interrelation, c'est-à-dire dans un changement permanent du soignant comme du soigné, en « commerce avec le monde » (Kant). La question de la dévolution de la responsabilité en serait autre. A l'autre bout du continuum justement, le « prendre soin » peut être ainsi compris comme un travail de l'altérité transformant chacun des acteurs, dans la poursuite d'un chemin certes différent, mais visant l'œuvre de l'inutile condition humaine d'union pour la survie du processus d'humanisation. La encore, c'est cette finalité dépassant le rapport soignant-soigné-institution qui est visée dans une rapport-soignant-soigné-processus d'humanisation.

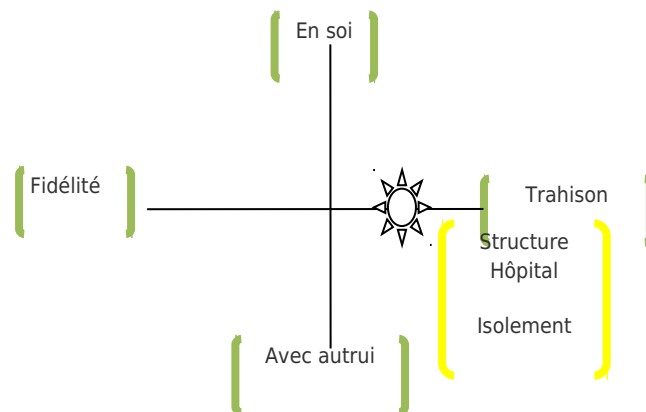
2.2. L'emprise du patient sur le praticien

La relation de confiance peut prendre sens lorsqu' elle ne rejette pas la méfiance ; « elle lui donne une autre place, celle d'un accueil de nos limites, de notre vulnérable responsabilité. » (Eymard & Revillot, 2010)

Pauline, Infirmière de nuit seule à l'étage :

« Dans le service de psychiatrie, la nuit, nous sommes deux soignants aux extrémités du bâtiment avec 16 patients chacune, dont certains peuvent être particulièrement agressifs; et je n'ai pas toujours le "bipeur" sur moi pour prévenir ma collègue si j'ai un problème. Seule la nuit, en face d'un patient agressif, je n'ai pas confiance. J'ai une peur panique, je ne sais pas comment parler au patient, je sais que je vais attraper une baffé surtout qu'il est costaud, grand, et fort (15 secondes de silence) et que je me vois toute petite devant lui. (15 secondes de silence). C'est un patient agité, agressif, je ne sais pas comment réagir (... 15 secondes de silence). Et j'apprends qu'il a agressé deux ou trois personnes précédemment. Alors je panique. D'autant qu'il le sent, et le dit : « vous êtes seulement deux femmes ce soir ». Ils savent le contexte. Ils en jouent. Je me sens seule... C'est le contexte dans lequel je travaille qui fait que j'ai peur ».

Confiance : lieu de tension « en soi » « avec autrui » avec une médiatisation faible de l'institution.



La question de la confiance se pose dans des situations fortement chargées en émotion. En quoi cette émotion à avoir avec l'institution, soi, avec autrui ? Notre objectif est de montrer que, naissent parfois pour gérer les hétérogénéités sociales des propositions de nature à remettre en cause divers schèmes sur lesquels reposent des représentations usuelles des savoirs, savoirs faire, savoirs être et de leur transmission, de la structure de l'intervention didactique professionnelle et de la formation des acteurs de santé.

2.3. Emprise-déprise dans l'interaction patient-praticien

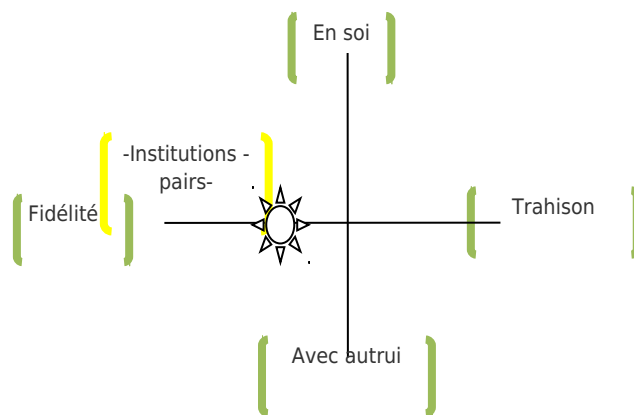
La relation de soin se construit dans un contexte propice aux jeux de pouvoirs dans lequel les savoirs ont une place prépondérante dans le sentiment de sécurité du patient et du soignant. Cette relation met en jeu et confronte les représentations et les expériences sensibles de chacun. Le savoir scientifique peut

constituer un rempart à la relation soignant / patient. « Le soin peut consister à éveiller ou réveiller les ressources latentes de responsabilité du patient, de prise en charge de lui-même. » (Eymard & Revillot, 2010)

Confiance : lieu de dégageant « en soi » « avec autrui » médiatisé par les acteurs d'une institution (des collègues).

Violette, Masseur kinésithérapeute :

« Dans le cadre d'un suivi d'une personne handicapée communiquant par un "oui/non", via une « tablette de communication », j'avais une nécessité d'inclinaison de son siège afin de lui faciliter sa respiration. Or, il a eu envie de changer de position, par rapport aux techniques habituelles. J'ai fini par accéder à sa demande et je suis sorti des chemins battus. Il était satisfait, mais j'étais inquiète en raison des risques de "fausse route". Il essaie l'appareil pendant 2 jours. J'avais peut être trop lâchée ma compétence, au profit de la confiance... car il y a eu déclenchement de "fausse route"... Cela a duré un an... Mais, c'est aussi laisser une part d'acteur dans ce processus... tout ça pour finir sur une conclusion que l'appareil ne convenait pas. Et ensemble nous sommes partis sur une autre piste de travail... Ensemble... avec les médecins. »



Réflexion de Violette : « Je crois qu'il y a de soi » qui peut générer une situation ...de « violence » ou « d'autre chose ».

Appréhender cette émotion se traduisant ici par une pression un étouffement semble dépendant du rapport entretenu avec les pairs. A quelle condition, l'analyse de pratiques participe-t-elle au développement d'un sentiment de « confiance partagé » ? Cette question permet d'interroger le média (milieu sans intention) comme possibilité pour travailler les processus de pensée individuel/collectif. De même la situation mise en place dans le récit de Violette permet de discerner ce qui a permis pour cet « autrui » de « faire l'expérience du savoir de son corps ». Dans ce cas limite, toute la difficulté est liée aux craintes et à la confiance du praticien envers elle-même et envers son patient, dans une

institution pourtant peu médiatisé. Mais ici, a contrario, cela aurait-il été plus facile pour le praticien de rester dans les procédures habituelles ? Or, la sollicitude doit permettre au soignant d'être bienveillant tout en permettant à autrui de demeurer lui-même. Ne se limitant pas à la simple obéissance d'un devoir moral, d'une approche globalisante de l'humanité, ne laissant peu d'espace au processus d'altérité.

3. Les modes d'apparition de la confiance, en situation professionnelle « soi » « avec autrui » « institution-médiatisée ».

Dans certaines conditions, un décalage se donne à lire entre la question de la confiance (qui semble être recherchée par les acteurs) et le sentiment d'isolement et de solitude que ces derniers éprouvent dans des situations où la confiance apparaît.

3. 1. Violence de la rencontre

La pulsion de vie peut conduire à une offrande de confiance pour solliciter, quémander ou signifier le désir de se rapprocher de l'autre, le désir de rencontre. Le cheminement du sujet dans son processus de vie, de recherche de sollicitude, de socialisation, voire pour certains de lutte contre l'exclusion, se construit dans une tension entre confiance et violence.

Alexandre, Conseiller en mission locale : « ça me tombe dessus »

« Une jeune fille de 21 ans, déficiente intellectuelle, public inhabituel, avec qui on devait établir un projet professionnel. Ça ne marchait pas avec sa formatrice. Elle habitait chez ses parents. Elle avait déjà fait un petit stage à côté de chez ses parents. Les parents lui avaient acheté d'ailleurs un scooter. Mais elle n'acceptait que de faire des petits trajets. Et un jour, elle est venue vers moi, m'a parlé de ces projets. Et je lui ai demandé pourquoi elle venait me raconter cela à moi. Elle m'a répondu : Parce en vous j'ai confiance. Je me suis dit : « mais ça me tombe dessus ».

Découvrir que l'autre vous fait confiance, peut s'avérer violent pour le sujet qui se trouve alors confronté d'une part directement à son propre processus de confiance et au désir de l'autre qui peut envahir la sphère de son intimité ; et d'autre part dans un face à face entre l'émergence de sa propre violence dans le rejet de l'autre et de son impossible expression devant le risque de rupture du lien.

Aline, Assistante de service social : « pourquoi à moi ? »

« J'intervenais à l'hôpital. Et j'étais allé voir un couple un peu marginalisé étrangers dont la dame avait été hospitalisée il y avait trois jours aux urgences. Je ne sais pas pourquoi, (car pendant trois jours elle avait vu du personnel hospitalier), alors que son mari n'était pas là, elle m'avoue son viol, pendant une heure elle me raconte. Pourquoi moi à ce moment là ? C'était incroyable ! Du coup cette question de la confiance, pour rebondir là-dessus... il doit y avoir... je ne sais pas comment on peut le dire... comment le mettre en mots, mais ce sont des choses complètement ahurissantes. »

Jérôme, Conseiller : « ils déchargent tout cela sur toi »

« Les gens déchargent, comme cela, tout d'un coup... tu ne sais pas pourquoi... tu es en face... et tu prends tout »... « Eux se sentent bien à ce moment là... Mais toi ? »... « Parce que c'est de la confiance qui s'est installée ». « Il peut y avoir des moments de décharge... et ça c'est difficile à gérer ».

La rencontre avec l'autre se construit dans un processus d'altérité ? Elle ne peut pas advenir tant que le sujet est dans la négation de ses peurs, de ses sentiments, dans la peur de l'autre et de ses différences.

3.2. Poids de la responsabilité

Entre la responsabilité et la vulnérabilité du soignant et du patient, « l'une insiste sur la face active, agissante de notre condition humaine, l'autre insiste sur la face passive, victimisée, de cette condition. Le danger de cette oscillation est de trop séparer ces deux faces, ce qui est ruineux pour l'éducation et le soin parce que le praticien est seul acteur et seulement acteur, et le patient est totalement passif. Comment penser une responsabilité vulnérable ou une vulnérabilité responsable ? (Abel, 2000, p. 50).

Alexandre: « Mais tout de suite après je me suis demandé « qu'est ce que j'en faisais ? » Je ne savais plus quoi faire. Je me disais « Mais, ce n'est pas à moi qu'elle a à faire cette demande. ». J'étais dans l'incapacité de proposer quoi que ce soit. La seule chose qui me revenait était de me dire : « elle n'a pas à me demander cela à moi ».

Aline : « Après l'énormité de cette révélation, la question que je me suis posé fut : Qu'est ce que j'en fait ? Parce que je ne savais pas quoi en faire. C'était trop lourd ce qu'elle me confiait... »

Dans ces situations, alors que le geste professionnel adéquat est de parvenir à ce que « autrui » refigure une expérience singulière traumatisante, il semble y avoir un mouvement de recul chez l'acteur en santé, une forme de solitude devant l'événement ainsi appréhendé.

3.3. Ligne de fuite de l'agent instituant

Alexandre: « En discutant, j'ai vu que c'était par rapport à son scooter. Et elle disait « moi je ne veux pas travailler ailleurs parce que mes parents ont fait des efforts pour me l'acheter et je ne veux pas qu'on me vole mon scooter, ce n'est pas possible. Et je comprends son blocage. Il était sur le scooter...Et donc en fait « on » a commencé une visite du garage du supermarché ou le directeur (que je connaissais) a permis le dépôt du scooter... et à partir de là, on a pu visiter la cafétéria (lieu du travail projeté), elle y a fait son stage et elle y est depuis embauché ».

Dans cette situation, le professionnel de santé, agent instituant, prend le parti d'écouter une personne dans un contexte non institué, et ouvre un espace de « rencontre ». Qu'est ce qui, au-delà, pourrait permettre de passer de la spécificité de cette situation à des gestes génériques d'une profession ?

4. Prise en charge de « l'émotion » pour une rationalisation du processus de confiance.

Les principales questions revenant régulièrement dans ces échanges et entretiens sont de se demander « Que faire maintenant ? Pourquoi moi ? » La situation provoquée par une « mise en confiance » peut engendrer une extrême pénibilité : « Dès fois, c'est lourd... la confiance, ça engage Je suis chargé... ». Dans ces témoignages, la « confiance » s'origine dans une situation recherchée en situation professionnelle. Mais il semble que l'apparition d'un geste de confiance peut déranger. Ceci est d'autant plus surprenant qu'il est requis dans ces situations professionnelles. Or, lorsque qu'il se présente, certains

professionnels même aguerris, sont soit pris au dépourvus, soit pris dans une tension concernant la conduite à tenir. Comprendre ces phénomènes contribuerait alors à favoriser l'agir des acteurs pris dans des situations d'incertitude. Or, la question de la confiance se pose rarement d'emblée et encore moins celle de l'émotion. En général, les professionnels ayant éprouvées plusieurs fois ces situations savent peu à peu comment s'y prendre. Ils trouvent des biais, s'habituent, s'organisent pour y répondre. Finalement, la question de la confiance ne se pose plus... Certes, certains peuvent toujours la faire refigurer, mais plus « souplement ». On dira d'eux qu'ils ont appris à « faire leur métier ». Pour les personnels nouvellement arrivés, avec la montée des compétences, cela apparaîtra plutôt comme une trace de gestes de métiers non maîtrisés et dans les évaluations annuelles, entrera dans catégorie « compétence à atteindre ». Mais cette approche ne fait que masquer un autre problème. En renvoyant la question de la prise en charge de l'émotion à la seule sphère du privé, c'est tout un pan de la professionnalité qui se trouve relégué à une série de gestes techniques certes nécessaires et incontournables, mais inutiles et incertains sans une compréhension préalable ; or cette dernière semble se réaliser par des décalages éprouvés du savoir en jeu : comme par exemple, de faire l'expérience de l'altérité/altération. L'intérêt de s'en préoccuper préalablement, devient alors un enjeu majeur de ses professions.

La confiance semble s'installer dans le cadre d'une « situation émotionnelle première et fortement chargée ». La surprise qui en résulte altère, dans l'instant présent, le processus de pensée. En quoi la formation prépare à travailler ces ruptures ? Comment favoriser la migration d'une émotion première (dont on voit qu'elle peut être vécue comme violente pour le praticien) à une émotion socialement partagée, (un point de départ, un choix, un projet) pour des protagonistes s'inscrivant dans une finalité orientée vers une régulation des situations, elles mêmes fortement surdéterminées socialement. C'est une question touchant à la formation générale des professionnels. Une didactique professionnelle gagnerait à intégrer la « migration des émotions », vers un paysage socialement partagé (Elisabeth Nonnon, 2008). En rester à un moment « d'émotion des origines » reviendrait à enfermer le développement du praticien dans une naturalisation de sa subjectivation « pourquoi moi ? ». « Cette appropriation de soi comme sujet passe par une conventionnalisation de l'activité et des affects (...) par l'accès aux systèmes de signes et aux significations partagées. Elle relève donc du symbolique et non de l'imaginaire (...). La construction identitaire suppose un arrachement au déjà connu, une désaffiliation » (*Op. cit.*, p. 112). Ceci constitue l'épaisseur réelle et la condition de productivité d'un processus de professionnalisation : « décontextualisation – recontextualisation ». Ceci n'est pas sans conséquences sur la pensée de la formation des praticiens pour la santé et, l'on gagnerait à intégrer à l'analyse de l'activité, plusieurs données dégagées ci-dessus. Nous pouvons reprendre alors les propos de Jean-Yves Rochex (1995) concernant les conditions d'affiliations aux professions d'enseignants, élargies aux professions de santé : on ne peut pas transmettre la culture « comme on transmet un témoin dans une course de relais ». Ce travail d'appropriation requis signifie de la part de l'acteur en santé, engagement et transformation de soi : Il transmet autant son rapport aux soins que les soins stricts. Former un praticien signifie alors mettre en place les conditions d'une dialectique entre son activité et sa subjectivité. La réflexion sur la formation des praticiens en santé doit s'appuyer aussi sur un soubassement indispensable :

« en quoi la formation professionnelle permet-elle aux acteurs de vivre la culture et les gestes professionnels, non comme un dogme, mais comme une aventure humaine, à la fois pour eux-mêmes et dans l'histoire de leur profession ». Face à ces perspectives, l'on ne peut que constater le porte-à-faux de l'introduction de la professionnalisation. Par exemple, la formation des acteurs en santé s'origine dans des épreuves écrites qui demandent au candidat de faire preuve d'un début de culture professionnelle mais en suivant une démarche de type « top-down ». Or, les copies remarquées dans les rapports de jury sont toujours celles qui précisent « ont manifesté de cette compréhension d'ensemble et ont su utiliser tous les éléments dans un éclairage mutuel » (Perez, 2007). La lecture intertextuelle sollicitée introduit à coup sûr l'étudiant dans des champs de débats nouveaux pour lui. Mais peut-elle s'intégrer à la constitution de la culture professionnelle ? La réponse peut être positive si les années de formations sont construites dans une dialectique « top-down » / « bottom-up », et non dans les ruptures introduites par les passages en 1ère, 2ème et 3ème année, et avec elle la mise en relation des savoirs universitaires et de l'activité, de l'activité et d'une subjectivité « conventionnalisée », au sens proposé par E. Nonnon. Ces critères pourraient répondre à la question de l'adaptation à des situations complexes d'un praticien réflexif.

Si le processus de subjectivation est au centre de toute relation de soin ne faudrait-il pas alors d'interroger son rapport au politique. Il porterait sur une critique radicale des préjugés actuels au service de la seule efficacité : contre la confiance décrétée, et plus largement contre toute forme de soumission unilatérale. Car rappelons que la confiance engage à une relation réciproque de toutes les parties. Or, Si chaque acteur (institutionnel, soin, patient) est invité à être en interaction, il s'agit d'interroger sa qualité (une interaction de quoi ?). Or, il faudrait justement s'intéresser à ce critère dans le rapport à la confiance des acteurs du système afin de la rendre critique, ce qui permettrait un conventionnement réactualisé en permanence. Confrontés à une fragilisation psychologique, biologique ou sociale de cet « autre » patient, c'est toute la dimension de la professionnalisation du soin qui est en jeu ; car le risque d'emprise est présent, voire récurrent, notamment lorsque le doute ou la douleur assaille et tenaille le sujet souffrant. Dans la « zone proximale » qui peut basculer entre emprise et déprise, la professionnalisation contribue à laisser un espace critique au patient. C'est par un travail sur soi et en soi pour une rencontre de l'autre en soi (altérité) qu'une rencontre patient/soignant pourrait advenir. La prise en charge de l'émotion dès les premiers instants de la formation générale des professionnels pourrait permettre de dégager ces espaces de dialogue au sens de l'agora de grecs discutant les mathématiques non pas comme des axiomes réifiés mais comme des objets de discussions.

5. Conclusion : confiance critique

A l'heure de la compétence et de l'efficacité des procédures, la question de la « confiance » semble absente du questionnement. Soit les gestes sont compris, soit ils devront l'être dans des compétences à acquérir. Cette question n'aurait donc aucun sens dans nos sociétés de l'hypermodernité, ou plutôt elle est reléguée dans la sphère individuelle. Or l'analyse des récits démontre que le vivre ensemble est conditionné aux situations permettant d'éprouver en soi les expériences afin de pouvoir se les communiquer et les communiquer à autrui. Les

arbitrages vont ainsi devenir de plus en plus aigus entre les technologies de contrôle –passant par les Architectures des hôpitaux (les couloirs), les tenues (blouses blanches) les procédures efficaces/efficientes, renforcées par les nouvelles voies de l’information et de la communication. Mais sans les conditions d’expériences pour les éprouver, elles peuvent amener les acteurs de la relation à une forme d’inattention sénile : les moyens seuls ne peuvent justifier des objectifs. Il leur faut donc les concilier à une autre dimension fondatrice de l’humain, qui est avant tout un être social et de parole. Cette dimension favorise l’empathie à d’autres mondes, l’attention à autrui et à soi. Elle renvoie à un horizon d’incertitude, mais elle est en même temps un enjeu de libération des hommes. Travailler cette dialectique d’arbitrage entre ces deux dimensions, c’est continuer à s’interroger sur ce que veut dire éduquer dans une cité à finalité démocratique. Interroger le ressenti des patients, « Que nous disent-ils ? » c’est une prise de risque du praticien en santé. Et cela passe par un dialogue social extérieur et intérieur. Mais c’est aussi l’enjeu pour penser dans le présent. Il faut donc Engager « les émotions », les « sentiments » « la chaleur » dans l’approche du soin et du travail social afin de créer des chemins pour choisir : apprendre pour savoir, pour choisir, pour faire, faire ensemble et être ; c’est le défi de l’attention profonde. C’est donc pour les acteurs et pour les soignants, le pari de continuer à prendre le risque d’être changé par les choses du monde en même temps qu’une addiction fertile à propos des institutions de santé.

Bibliographie :

- Aristote. (1990). *Ethique à Nicomaque*. Paris: Vrin.
- Elena de la Aldea (1996). Conséquence et séquelles du terrorisme d’état dans le champ culturel. *Analyse institutionnelle et formation*. l’Analyse institutionnelle hors les murs.
- Eymard, C. & Revillot, J-M. À l’écoute de la confiance dans la pratique quotidienne des soins. *Perspectives soignantes*.
- Husserl, E. (2001). *Méditations cartésiennes*. (L. philosophique, Éd., & G. P. Levinas, Trad.) Paris: Vrin.
- Kristeva, J. (1978). [*Séméiotiké*]. Paris : Seuil.
- Nonnon, E. (2008), Travail des mots, travail de la culture et migration des émotions : les activités comme techniques sociales du sentiment, in M. Brossard et J. Fijalkow (dir.), *Vygotski et les recherches en éducation et en didactiques*, Bordeaux : Presses Universitaires de Bordeaux.
- Pena-Ruiz, H. (2005). *Histoire de la laïcité : Genèse d'un idéal*. Editions Gallimard.
- Perez, J-M. (sous presse). Penser en homme d’action et agir en homme de pensée : le processus de synthèse situé. Colloque interdisciplinaire et transversal « connaître et agir en situation d’incertitude » : CNAM 8-9 décembre 2008. Paris : L’Harmattan.
- Peyron-Bonjan, C. (1994). *Pour l’art d’inventer en éducation*. Paris: L’harmattan.
- Rochex, J.-Y. (1995), *Le sens de l’expérience scolaire : entre activité et subjectivité*. Paris : PUF.
- Vygotski, L.-S. (1997) *Pensée et Langage*. Paris : La Dispute.