

PENSER LA SANTE COMME DIMENSION DE LA FORMATION

Pierre Dominicé

Université de Genève
Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation
40, Boulevard du Pont d'Arve
CH-1205 Genève
Pierre.Dominice@unige.ch

Mots-clés : formation, santé, récit biographique, médecine narrative

Résumé. Enfermés dans leur enclos disciplinaire, les sciences de l'éducation, comme la médecine scientifique, poursuivent des recherches totalement dissociées les unes des autres alors que leur appartenance institutionnelle au service public et les enjeux contemporains qui caractérisent leur pratique présentent une parenté d'interrogations communes. La recherche biographique offre un espace de dialogue entre ces deux domaines. Le courant de médecine narrative rejoint plusieurs préoccupations rencontrées dans les démarches de récit de vie, d'autant que le domaine de la formation comme celui de la santé nécessite d'être pensé dans la complexité des processus qui les caractérisent. D'où l'idée émergente de clinique narrative qui est susceptible de relier ces terrains de pratique encore disjoints.

1. La réflexion biographique confrontée aux territorialités disciplinaires

Le cloisonnement disciplinaire auquel tout universitaire doit se plier l'oblige à penser les objets de connaissance qu'il tente d'approfondir de manière dissociée. La santé et la formation constituent ainsi deux univers de recherche séparés. Des thèmes concernant la santé ne sont guère présents dans les publications portant sur la formation. Réciproquement, les travaux émanant de l'univers scientifique de la médecine n'évoquent quasiment jamais l'apport de la formation. Logés dans des espaces institutionnels sans lien les uns avec les autres, les professionnels des deux domaines s'ignorent. Les thèmes de recherche traités en sciences de l'éducation n'ont aucun rapport avec ceux qui sont abordés par la médecine scientifique. Les cadres théoriques, comme les méthodologies, ne donnent jamais lieu à de réelles confrontations. Quant aux connaissances produites, elles ne suscitent aucun enrichissement mutuel.

Au plan de la gestion publique, ces deux secteurs de service font cependant face à des difficultés analogues. L'univers hospitalier, comme celui de la formation, subit actuellement des coupures budgétaires qui endommagent fortement les projets égalitaires issus de la période des Trente Glorieuses. Bien des dirigeants s'interrogent pour savoir comment diminuer les coûts sans porter atteinte aux prestations. La dégradation de l'encadrement familial et la diminution des ressources mises à disposition de projets pédagogiques novateurs rejoignent la détérioration, due en particulier aux charges découlant des situations de travail et aux méfaits des conditions de vie, qui portent atteinte à la santé de la population. Le droit à l'éducation tout au long de la vie relève de la même illusion que celle qui défend l'accès à la santé en tant que droit valable pour tous.

Dans ce contexte dans lequel les pratiques, influencées par des facteurs à la fois épistémologiques et politiques, cohabitent sans visée convergente, la recherche biographique a sans doute un rôle à jouer. Les démarches d'histoire de vie en formation ont fortement enrichi la compréhension des processus d'apprentissage qui caractérisent la vie adulte. L'intention d'une meilleure centration sur le patient, favorisée par le courant de « médecine narrative », pourrait, de même, bénéficier des éclairages cliniques fournis par des récits de vie de santé. Aider les patients à sortir du silence

entretenu par la dépendance aux prescriptions médicales (Dominicé, 2010) correspond à la préoccupation de mobilisation de l'apprenant revendiquée fréquemment dans les milieux de la formation. L'approche biographique ne saurait certes modifier radicalement la pratique médicale dominant le champ de la santé. Elle peut, néanmoins rappeler aux soignants de même qu'aux patients, comme elle l'a fait auprès des formateurs et des apprenants au sujet des dynamiques formatrices, que la santé est le fruit d'une construction au cours de laquelle la part jouée par le malade peut s'avérer décisive. La vie adulte prend forme au gré des événements et des expériences qui viennent donner sens à un parcours individuel. La gestion de la maladie, comme la quête générale de bien-être, en font partie. Du point de vue biographique, la formation représente le lieu de convergence de multiples facettes de la vie adulte qui, dissociées au plan organisationnel, sont articulées dans une globalité qui est une des caractéristiques principales de l'histoire personnelle.

Dans cette perspective, la santé peut être entendue comme une dimension de la formation. L'encadrement, qu'il soit médical, infirmier ou psychothérapeutique, y contribue, étant entendu que l'acteur principal, en matière de santé, reste le patient. Comme dans le cas de l'apprenant, le patient se situe au cœur de processus propres aux constructions qui caractérisent la santé et, de manière plus large, la formation. L'apport réflexif fourni par les récits a pour but de donner accès à une meilleure compréhension de ces processus

2. Rapprocher deux univers scientifiques qui s'ignorent

L'intention d'articuler les champs de la formation et de la santé a pour effet de mettre en évidence la dissociation théorique qui les maintient divisés. Penser le lien entre ces deux domaines nécessite en effet de déborder l'enclos des territoires disciplinaires au sein duquel sont conduites la plupart des recherches. Cette exigence d'amplitude de la réflexion constitue l'intérêt et la difficulté épistémologique de ce rapprochement. Rejetée de maintes universités, la formation, en tant qu'objet de connaissance scientifique, donne lieu à des travaux de recherche qui souvent évitent de relever ce défi en cherchant à obtenir leur légitimité académique dans un alignement disciplinaire plus marqué. De nombreuses thèses ou publications se réclament ainsi actuellement de la sociologie de la formation des adultes. Même si cette manière de refuser la spécificité et la complexité de la notion de formation favorise la conformité requise pour répondre à un souci d'avancement dans la carrière universitaire, ce glissement disciplinaire constitue une manière de détourner l'objet théorique qui permettrait de penser la formation.

Appartenant, depuis sa création, au conseil scientifique de la revue *Savoirs*, j'ai eu l'occasion d'observer à maintes reprises ce phénomène de rebuffade face à la difficulté épistémologique que représente la notion de formation. La plupart des publications soumises à examen ne parviennent pas à tenir la notion de formation comme objet central de recherche. La plupart des recherches conduites en matière de formation butent, en outre, sur une difficulté supplémentaire qui consiste à inclure dans l'objet de recherche des questions ou des thèmes formulés à partir de données concrètes émanant de la pratique éducative. Lorsqu'il s'agit de formation, le respect des contextes socio-économiques de même que l'attention donnée aux acteurs engagés dans le terrain de référence revêtent en effet une importance du même ordre que la prise en compte des critères de sélection de données et les catégoriques d'analyse définis par la production académique. La recherche en formation d'adultes est ainsi constamment écartelée entre une légitimité requise par le milieu universitaire et une pertinence réclamée par les formateurs et autres responsables de la gestion des actions de formation. Les formateurs ne craignent d'ailleurs pas de manifester leur déception à la lecture de publications qu'ils jugent d'un intérêt limité. La formation, telle qu'ils se la représentent pour l'organiser, en faire l'évaluation et y réfléchir, leur paraît fréquemment mal restituée dans les travaux qui sont mis à leur disposition. Autrement dit, ils ne retrouvent pas dans l'écriture scientifique la formation telle qu'ils la pratiquent et se la représentent. Principalement axés sur les programmes dont ils ont la charge, les formateurs ont de la peine à valoriser une réflexion qui, aussi stimulante soit-elle, ne les aide pas à trouver des solutions aux problèmes sur lesquels ils butent. Dans un numéro de la revue *Savoirs* consacré aux sciences de la formation, j'écrivais ainsi : « Dans le champ de la formation la question de savoir comment favoriser une

tension créatrice entre démarche scientifique conduisant à fonder des connaissances et une recherche participative plus axée sur des enjeux de veille demeure ouverte. Il en va de même au plan de la gestion de la recherche, entre l'exigence de vérification des résultats et celle d'innovation. Le fait que la recherche porte sur d'autres objets ou change de place ne la disqualifie pas d'emblée ! La recherche universitaire ne court-elle pas en effet le risque de devenir un non-lieu en tant qu'espace, certes protégé, mais coupé des dynamiques dans lesquelles se construisent les pratiques de formation ? Le fait que la formation en tant qu'objet de recherche n'ait jamais vraiment trouvé sa place dans l'univers scientifique de la recherche universitaire constitue peut-être une chance du point de vue intellectuel. Si l'enjeu de la recherche en matière de formation demeure vraiment celui de penser la pratique, il est essentiel que la réflexion demeure ancrée dans une actualité toujours mouvante. Au lieu de satisfaire des normes de production disciplinaire ou de s'inscrire avec succès dans ce que d'aucuns appellent la communauté scientifique, n'est-ce pas plus décisif que la recherche axée sur le champ de la formation demeure pertinente ? » (Dominicé, 2007a, p. 53)

Penser la formation reste donc un défi épistémologique. Prendre la formation comme objet de recherche requiert d'accepter de travailler sur des processus ainsi que sur des dynamiques personnelles et collectives complexes d'une grande mouvance, d'autant que le traitement des données n'aboutit jamais à des résultats incontestables. L'examen des phénomènes et des situations qui caractérisent le champ de la formation relève toujours de l'interprétation. Toute recherche concernant la formation fournit ainsi des hypothèses à explorer dans l'action davantage que des résultats à tenir pour acquis. La pratique reste toujours le lieu de vérification de leur pertinence. Il convient de noter que la recherche qui a assuré la promotion des sciences de l'éducation n'a guère facilité l'accès à cette complexité théorique de la notion de formation dans la mesure où elle a fortement bénéficié, pour analyser les pratiques éducatives, du cadre offert par l'organisation scolaire : une population stable d'élèves, des groupes de même âge, des curriculums arrêtés sur un temps long, des professionnels clairement identifiés. A l'inverse, la complémentarité constamment présente au plan de l'apprentissage adulte entre les aspects formels et informels, entre la part décisive de l'expérience et celle imposée par la certification ainsi qu'entre l'autodidaxie et la socialisation de groupe, est indicative du contraste existant entre les démarches de recherche envisageables dans le champ scolaire et celles qui concernent la formation d'adultes. Les travaux existant à propos de la didactique sont, en conséquence, peu pertinents pour le domaine de la formation, à moins d'assimiler les démarches propres aux apprenants d'âge adulte à celles qui ont leur place dans l'espace d'une salle de classe. Le flou conceptuel que d'aucuns reprochent, en sciences de l'éducation, au domaine de la formation d'adultes tient en grande partie à la complexité et à l'ampleur des mécanismes et des dynamiques qui en font la caractéristique. Du point de vue théorique, les tâtonnements propres à ce flou constituent, néanmoins, une chance à saisir dans la mesure où ils offrent la garantie que cette complexité et cette ampleur soient prise en compte.

La médecine scientifique, de son côté, a pris l'habitude, en matière de recherche, d'opérer un découpage d'objets qui offre la garantie d'aboutir à des résultats convaincants. Elle a ainsi eu pour effet de modifier la violence des méfaits de la maladie, des maladies infectieuses notamment, grâce à des découvertes issues des laboratoires comme celle de la pénicilline et, surtout, comme celles qui ont assuré la production et la large diffusion des antibiotiques. Elle est également parvenue à des prouesses, notamment en matière de chirurgie, qui ont souvent revêtu une portée médiatique considérable. Un des courants scientifiques qui domine actuellement la pratique hospitalière est centré sur la prise de décision médicale. Il porte l'intitulé d'« evidence based medicine », qui signifie que les choix effectués par le personnel médical sont fondés sur des preuves. Les résultats de la recherche, de manière générale, exercent une influence considérable dans l'exercice de la profession. Il existe ainsi, de manière incontournable pour les praticiens, ce que je nomme une « pensée médicale », qui s'apparente au titre de « vérité médicale » que Louise Lambrichs a donné à son ouvrage (1993). De nos jours, en s'appuyant sur les résultats des recherches menées en laboratoires, les spécialisations médicales se multiplient et entraînent, à titre d'effet pervers, une fragmentation des activités médicales, c'est-à-dire un découpage excessif des

soins donnés aux malades. De manière générale, le sérieux que la recherche scientifique permet d'apporter à l'examen de la maladie réduit d'autant l'importance attribuée au vécu du patient. Pour la plupart des soignants, l'optique biomédicale fait loi et relativise les efforts visant à favoriser, dans le cas des maladies chroniques en particulier, une « éducation thérapeutique » et, de manière plus répandue, une meilleure écoute du patient. L'intrusion du monde juridique dans la pratique médicale, notamment hospitalière, ne fait que renforcer cette tendance à « l'objectivité » des examens permettant d'établir un diagnostic. Les contrôles qui se multiplient ont pour objectif de dépister la moindre erreur. Toute décision qui ne repose pas sur des données établies apparaît comme suspecte. L'activité clinique est, dès lors, de plus en plus soumise au soupçon administratif ou juridique que les médecins ont, par ailleurs, tendance à interioriser.

Dans ce contexte organisationnel et étant donné les options épistémologiques qui régissent la recherche médicale, l'attention accordée aux modalités possibles de récit du patient, envisagé dans l'optique de la médecine narrative (« narrative medicine »), même si celle-ci est susceptible de fournir de nouvelles ouvertures à l'approche clinique, va se heurter aux résistances du milieu médical et de l'institution hospitalière. La préoccupation de la place accordée à ce que dit et sait le malade entre, en effet, en contradiction avec la centration opérée sur la maladie. Si les résultats provenant de la recherche scientifique contribuent au succès de la médecine, ils ne facilitent guère le renouveau d'une pratique clinique ajustée à la demande de patients qui consultent, en effet, le plus souvent, pour des troubles somatiques ressentis comme douloureux, mais qu'ils ont de la peine à définir clairement. Découragés par le peu d'effets résultant des prestations médicales, une part grandissante de patients se tourne vers d'autres démarches de soin proposées, par exemple, par des ostéopathes ou des spécialistes de l'énergétique chinoise. Le succès biomédical contraste donc avec des carences de traitement que l'augmentation significative de la population fréquentant les offres de médecine dite parallèle ne fait que souligner.

Influencées par les progrès manifestes de la connaissance provenant de la recherche scientifique, les sciences humaines ont tenté de s'approprier les schémas expérimentaux issus des sciences naturelles en vue de fournir des résultats de recherche justifiant l'amélioration des pratiques d'enseignement. La didactique scolaire concernant tant l'enseignement des langues que l'acquisition du raisonnement scientifique a ainsi introduit de réels changements pédagogiques. Dans le champ de la formation d'adultes, les résultats des recherches entreprises n'ont pas eu la même portée prescriptive. Le courant de la psychosociologie a favorisé la maîtrise des phénomènes de groupes, et les apports plus techniques provenant de la généralisation des supports informatiques, pour ne prendre que deux exemples, ont certes permis que les apprenants sachent à la fois mieux coopérer et mieux se prendre en charge. Il est donc évident que le rapport à l'exigence scientifique n'est donc pas le même selon que la recherche se situe dans le domaine de la pédagogie, de la formation ou de la médecine scientifique.

En m'appuyant sur les récits de biographie éducative, j'ai eu maintes occasions de vérifier que les apprentissages qui sont à la base du rapport que les adultes entretiennent avec le savoir tiennent à une pluralité d'origine et qu'il n'y a pas d'articulation de cause à effet entre les acquisitions scolaires et le savoir adulte. Les illusions, nées de la perspective scientifique, qu'entretient la pratique médicale à l'égard du maintien de la santé de la population sont analogues à celles qui sont générées par le projet de généralisation de l'accès à une scolarité de longue durée ou de multiplication des offres de formation continue en vue d'apprentissages renouvelés tout au long de l'existence. Il est indéniable que la scolarisation, et ses prolongements dans la formation professionnelle continue, connaissent des succès remarquables et parfois remarquables. Au-delà d'un illettrisme dont les chiffres sont impressionnants, le déchet des acquisitions scolaires dans la vie adulte demeure cependant manifeste. De nombreuses plaintes émergent à ce sujet dans les milieux professionnels et la difficulté d'accès à l'emploi en est certainement une des composantes. Ces restrictions dues aux limites rencontrées par les efforts d'enseignement s'apparentent aux insatisfactions ressenties face aux prestations cliniques découlant des diagnostics et des traitements médicaux. Dans le champ pédagogique comme dans celui de la médecine, un débat s'avère nécessaire pour gagner en lucidité sur la portée de recherches qui se contentent d'introduire dans

les pratiques d'enseignement et de soins des modèles à suivre davantage que des supports théoriques nourrissant une lecture critique en même temps qu'une valorisation des pratiques dominantes. En laissant la santé et l'éducation s'enfermer dans les territoires scientifiques de la recherche tant médicale que pédagogique, il est certain que la connaissance produite restera totalement dissociée des apports fournis par ces pratiques.

En revanche en interrogeant ces domaines définis comme scientifiques par un dialogue approfondi qui bouscule la manière d'en penser les relations et les frontières, il est vraisemblable que pourraient émerger de nouvelles approches théoriques et de nouvelles pratiques. C'est ce que nous avons essayé de faire avec un de mes collègues, ancien directeur du département de Médecine interne d'un Hôpital Universitaire, dans un débat qui a abouti à la publication de l'ouvrage *Dialogue sur la médecine de demain* (2009). Ce dialogue a pris des années avant d'aboutir à une publication. Il s'est avéré indispensable d'inclure dans le dialogue la compréhension des contextes organisationnels de référence, de l'avancée de la recherche provenant des travaux scientifiques marquants, de la spécificité propre aux pratiques médicales et de formation. Les présupposés théoriques ont dû être explicités, qu'il s'agisse de la vérification expérimentale ou de l'orientation herméneutique. Plusieurs termes ont même donné lieu à de longues heures d'échange. Les termes d'anamnèse et de récit n'avaient, par exemple, pas la même signification même s'ils paraissaient désigner des pratiques analogues.

Le rapprochement suggéré entre biographie éducative, utilisée en formation d'adultes, et « médecine narrative » introduite dans la pratique clinique, est du même ordre. Au lieu d'entretenir des voies parallèles pour résoudre des problèmes souvent communs, il importe, dans une perspective transdisciplinaire, de favoriser des croisements qui puissent devenir générateurs d'une créativité conceptuelle autant qu'opérationnelle. Il ne s'agit pas de prétendre transformer deux domaines établis dans des frontières théoriques et institutionnelles difficiles à faire bouger, mais d'ouvrir une lucarne pour indiquer modestement comment la globalité de la prise de forme de la vie adulte pourrait être prise au sérieux dans la perspective d'un mieux être tant des apprenants que des patients.

3. Une parenté de problématique, mais des formulations différentes

Ayant eu l'opportunité pendant des années de côtoyer l'univers hospitalier et le milieu médical, j'ai pu progressivement comparer les deux champs d'activités que représentent la médecine et les soins d'une part, la formation d'autre part. Le travail de collaboration qui m'a été offert m'a permis d'élucider la parenté comme la différence de leur univers conceptuel de référence. Les travaux universitaires de nombreuses infirmières-enseignantes, la recherche-participation menée sur le « savoir infirmier » avec des spécialistes cliniques, les nombreuses interventions de formation continue qui m'ont permis de rencontrer des médecins m'ont autorisé à accepter l'invitation d'un professeur de médecine à dialoguer sur la médecine de demain et justifient le propos de cette communication. Sans reprendre dans le détail les arguments mis en débat, je souhaite m'inspirer de cette démarche de dialogue pour me centrer sur l'apport de la recherche biographique envisagée comme lieu d'interaction entre des domaines dissociés.

Avant d'entrer plus avant dans cet apport de la recherche biographique, il me paraît nécessaire de situer quelques points de parenté qui rapprochent les problématiques de ces deux domaines effectivement dissociés :

- L'émergence du sujet en sciences humaines a renforcé la part donnée à l'apprenant dans le processus de formation. S'il est vite devenu évident que l'autonomie limitée des apprenants adultes justifiait un dispositif institutionnel d'apprentissage aussi bien qu'un accompagnement régulier, la prise en compte de la part du sujet dans sa formation a ouvert la voie à de nouvelles manières de concevoir l'enseignement. La part donnée à l'histoire de vie de l'apprenant ne fait que renforcer l'attention attribuée au sujet de l'apprentissage. Les efforts d'« éducation thérapeutique » des patients de même que l'optique de « médecine narrative » vont dans une

direction analogue, qui consiste à laisser au patient la part qui lui revient. En se centrant exclusivement sur la maladie, la médecine, comme l'a dit Illich il y a plusieurs décennies, créait une dépendance qui conduisait à déposséder le malade de sa maladie.

- Il est devenu évident que la relation entre formateurs et formés constituait un des leviers de l'apprentissage adulte. Tous les récits biographiques soulignent, de même, la part clef jouée par les enseignants dans l'acquisition scolaire. Le travail identitaire des formateurs comme des médecins joue un rôle croissant. Tous deux réalisent, de plus en plus, que les apprenants, comme les patients, apprennent ou évoluent en fonction de l'investissement que ces formateurs et médecins acceptent de jouer dans la relation. Lorsque les infirmières parlent « d'alliance thérapeutique », elles désignent bien ce phénomène de lien formateur et thérapeutique qui va bien au-delà d'un contrat ou d'une prescription. Le travail à effectuer pour qu'une telle optique soit reconnue dans ces milieux professionnels demeure gigantesque. De même que la construction du récit de vie de l'apprenant l'aide à mieux comprendre comment il a appris ce qu'il sait ainsi que la part jouée par les enseignants dans l'altérité de la relation, les médecins gagneraient à mieux découvrir comment ils se sont soignés au cours de leur vie pour saisir à quel prix s'effectue la prise en charge d'une maladie, et surtout d'une maladie chronique. Les infirmières, en s'appuyant en particulier sur les théories de soin, le savent souvent bien mieux que les médecins au service desquels elles agissent.

- En donnant à l'apprenant comme au patient une responsabilité face à l'apprentissage et au traitement de la maladie, de nouveaux espaces de savoir ont été produits. D'aucuns parlent actuellement de « savoirs de l'intérieur » par opposition aux savoirs acquis en extériorité qui caractérisent la certification. Il s'agit de prendre en considération des dynamiques personnelles qui prennent place dans la singularité d'une histoire, c'est-à-dire des manières de réagir et d'agir qu'il convient d'interpréter hors des modèles qui les détournent de leur singularité. La complexité des processus de formation a certainement son parallèle dans la complexité des attitudes et des comportements des patients. La recherche biographique a pour spécificité de mettre l'accent sur ces singularités et de pouvoir les nommer.

- Apprendre, dans la société dite de la connaissance, veut trop souvent dire acquérir des diplômes. De même, la pratique médicale dominante focalise l'attention du malade sur le traitement. La formation comme la santé réclament que les démarches engagées par l'apprentissage et le traitement aient un sens pour les personnes concernées. L'engagement en formation d'adultes, de même que le déclenchement de la maladie, peuvent entraîner un « changement de perspective », pour reprendre l'expression que nous devons à Jack Mezirow, qui va faire l'objet d'une reconfiguration du rapport au savoir ou du « potentiel vital que je suis » pour citer la belle expression de François Jullien (2005).

Cette liste pourrait être plus longue. Elle met l'accent sur l'idée principale que la maladie « ne revêt pas le même sens pour le malade et ceux qui l'entourent que pour les médecins » ou que « le contexte existentiel du malade, dans le rapport à la maladie, diffère totalement du cadre de référence du médecin » (Dominicé & Waldvogel, 2009, p.120). De manière plus subtile, il en va de même de l'apprenant par rapport au formateur, même si cette altérité est plus masquée.

4. Le récit comme espace de collaboration

La médecine scientifique ignore l'herméneutique alors que les sciences de l'éducation s'en méfient. Même si l'apport de la linguistique a contribué à valider des procédures de recherche axées sur l'écrit, le récit n'est pas vraiment admis comme instrument de recherche. Combien de fois ne me suis-je pas heurté à la méfiance d'experts chargés de valider une demande de fonds destinée à la réalisation d'un projet de recherche. Les données fournies par une population réduite à des échantillons restreints n'étaient pas reçues comme convaincantes. Dans le domaine de la recherche scientifique, le nombre fait encore loi lorsqu'il s'agit d'aboutir à des résultats fiables. Tous les travaux appartenant au courant des histoires de vie sont ainsi considérés comme intéressants, stimulants pour la réflexion, mais trop aléatoires pour être inscrits au rang de la

connaissance scientifique. Pendant des années, nous avons cru régler le problème en défendant l'idée d'une méthodologie qualitative ou d'une recherche participative ou même définie comme formatrice. Nos interlocuteurs n'ont pas été convaincus pour autant. Il me paraît souhaitable d'explorer une autre piste qui est précisément celle du récit. La formation est caractérisée, comme la santé, par des processus individuels auxquels le récit de celui ou celle qui les vit va donner accès. En d'autres termes, s'il est vrai que les contextes dans lesquels sont vécus ces processus individuels relèvent de composantes sociales et que toute histoire de vie est largement faite de temps de vie à dimension collective, la spécificité de ce qui est vécu reste toujours singulière.

Pour qu'il y ait acquisition de connaissances et de techniques, il importe que celles-ci s'inscrivent dans des démarches d'appropriation, c'est-à-dire de subjectivation. Le récit peut être considéré comme le levier qui va permettre à l'apprenant de nommer ce qui fait l'objet de cette subjectivation. Dans *La formation biographique* (Dominicé, 2008), j'ai essayé de rendre compte du trajet emprunté comme chercheur pour défendre cette position. Au cours des différentes étapes de ce parcours de chercheur, j'ai été à chaque fois étonné de la richesse des récits tels qu'ils rendent compte de ce qu'il y a de vivant chez tout apprenant. En raison des nombreuses collaborations que j'ai pu avoir avec les professionnels de la santé, j'ai essayé de proposer, lors de sessions de formation continue notamment, plusieurs démarches de récit. La résistance des médecins a toujours été très forte dans la mesure où ils ne parvenaient pas à donner à leur expérience personnelle une validité clinique. La subjectivité n'avait pas lieu d'être dans l'établissement d'un diagnostic. Ce qui était vécu à titre personnel par un médecin relevait de la sphère privée et ne pouvait avoir valeur de connaissance. Ce genre de réaction correspondait à peu de choses près à celles que j'avais rencontrées dans mon propre milieu professionnel. Le récit de vie avait ainsi failli être banni d'un programme de formation de formateurs parce que considéré comme trop dangereux pour des professionnels peu préparés à une demande aussi forte d'implication personnelle. Peu à peu notre travail de recherche biographique, en raison aussi des collaborations entreprises au plan tant francophone qu'europpéen, a permis de dépasser la méfiance de nos collègues et d'être reçus pour ce que nous avions à offrir. Plusieurs d'entre nous ont ainsi fait leur place dans l'espace académique. Reste à savoir si la formation, en tant qu'objet de recherche, a vraiment bénéficié de ce labourage de la recherche biographique. Le défi épistémologique me paraît en grande partie à reprendre.

Le domaine de la santé intervient ici comme une opportunité à saisir, précisément pour relever ce défi en élargissant son domaine de référence. Nous avons travaillé dans le monde restreint de la formation de formateurs, avec des populations assez typées en âge et en origine sociale. Sans prétendre accéder à une amplitude qui n'est pas envisageable, l'idée d'inclure au débat sur la formation celui sur la santé me paraît une manière de revisiter des thèmes à propos desquels notre réflexion me paraît avoir pris une allure un peu figée. Le champ médical, comme j'ai essayé de le montrer, ne se situe pas à l'opposé de celui qui concerne les actions de formation. Lorsque j'ai essayé de défendre l'apport du récit comme complément nécessaire à la pratique de l'anamnèse j'ai saisi l'occasion que m'offrait une procédure typique du monde médical pour redéfinir l'apport que constitue le récit comme voie d'accès aux caractéristiques singulières du patient.

En effet, les questions posées dans l'anamnèse s'adressent à un individu en vue de rapporter ce qu'il dit à « une certaine normalisation ». Le récit, quant à lui, vise le mouvement inverse. Il part de la nécessité nosographique de raisonnement par catégories d'analyse pour aller vers la spécificité de chaque situation individuelle. Le récit ne se résume pas au propos du patient tenu dans la logique d'échange d'une consultation. Il y a récit lorsque l'occasion est fournie au patient et que le temps lui est donné d'exprimer de manière singulière sa souffrance et ses troubles, qu'il y ait une atteinte physiopathologique identifiable ou non. Même si les examens demandés ne fournissent aucune indication inquiétante appelant un traitement, - ce qui permet au médecin de rassurer le patient -, sa souffrance demeure réelle. Alors que le médecin ne repère aucun signe de maladie, le patient continue à se dire malade. Les mots que prononce le malade ont probablement une valeur identitaire. Il se dévoile et demande à être reconnu dans sa souffrance. Comment se fait-il

d'ailleurs que les malades, notamment ceux qui ont été opérés et qui craignent des complications éprouvent un tel besoin de raconter à ceux qui leur rendent visite ce qu'ils viennent de traverser ?

Le récit du patient devrait faire état de la façon dont il a vécu la détérioration de sa santé et comment il vit sa souffrance. Il appartiendrait à celui qui entend le récit de décider si son contenu, quelle que soit sa longueur ou sa forme, mérite d'être inclus dans l'approche clinique du médecin traitant concernant la maladie de son patient. Le médecin peut avoir appris à écouter ou être formé aux techniques de communication, il n'est toutefois pas certain qu'il entende vraiment, sauf s'il prend le temps d'écouter ce que dit le malade.

La médecine narrative élargit la pratique clinique à une nouvelle compréhension de l'univers du patient et tient compte de l'inscription de l'état de santé du malade dans l'histoire de sa vie. Elle décroïsonne le diagnostic et situe la relation médecin malade dans un réseau social plus large. Elle a tendance à montrer notamment qu'entre médecins et patients, il existe une diversité de cultures, de manières de voir la vie et de se comporter face à la maladie et à la souffrance. En résumé, la perspective de médecine narrative me paraît permettre non seulement d'écouter le patient, mais de le laisser parler de son vécu de malade dans les termes d'un récit qui lui appartienne.

L'avenir dira si une pratique de récit peut émerger dans un monde qui l'exclut en raison d'options épistémologiques radicalement opposées à celle de la narration. Ce qui est certain, c'est que de telles démarches ne peuvent rester que partielles et modestes. L'essentiel est qu'elles aient lieu pour ouvrir l'horizon et inspirer des professionnels ouverts à d'autres pratiques. Pourquoi de cette manière ne pas tenter des collaborations qui sortiraient les médecins de l'isolement du cabinet médical ou les collaborateurs déambulants d'un patient à l'autre dans l'hôpital d'une logique limitée au diagnostic et au traitement médical. Dans la recherche conduite avec les infirmières spécialistes cliniques et centrée sur le « savoir infirmier », j'ai pu me rendre compte de la richesse réflexive suscitée par une pratique différente, en l'occurrence davantage axée sur la consultation à propos du soin que directement sur le soin. L'introduction du récit nécessiterait l'engagement de nouveaux professionnels dans une palette déjà large de professions différentes. Les prestations sociales rendent une telle option irréaliste. Mais tout n'est pas qu'une question d'argent. Les médecines alternatives en font la démonstration.

Le rapprochement entre formation et santé fournirait l'occasion de décroïsonner ces deux secteurs d'activité. La santé entendue comme dimension de la formation permettrait de considérer la formation autrement. Et réciproquement. Des expériences partagées sur la place du récit ouvriraient la voie à de nouveaux horizons de pratiques. La formation comme la santé en ont aujourd'hui grandement besoin.

5. Références bibliographiques

- Dominicé, P. (2007a). Entre commande et veille. *Savoirs*, 13, 53-57.
- Dominicé, P. (2007b). *La formation biographique*. Paris : L'Harmattan.
- Dominicé, P. (2010). Du silence de la souffrance à la parole des patients. *Le sujet dans la Cité*, 1 (à paraître).
- Dominicé, P., Favario, C. & Lataillade, L. (coord.) (2001). *La pratique des Infirmières Spécialistes Cliniques, Identifier des savoirs spécifiques*. Paris : Ed. Seli Arslan.
- Dominicé, P. & Waldvogel, F. (2009). *Dialogue sur la médecine de demain*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Greenhalgh, T. (1999). Narrative based medicine in a evidence based world. *British Medical Journal*.
- Jannsens, T. (2006). *La Solution Intérieure*. Paris : Fayard.
- Jullien, F. (2005) *Nourrir sa vie*. Paris : Seuil.
- Kleinmann, A. (2000) *The Illness Narratives*. Boston: Harvard University Press.

Lambrichs, L. (2003). *La vérité médicale. Claude Bernard, Louis Pasteur, Sigmund Freud, légendes et réalités de notre médecine*. Paris : Robert Laffont.