

## La confiance, entre assurance tacite et opacité à soi : questions pour une clinique phénoménologique

Sarah Troubé

*Université Côte d'Azur, LIRCES, France<sup>1</sup>*

sarah.troubé@gmail.com



Reception date: 12-09-2018

Acceptance date: 12-01-2019

---

### Résumé

Dans le champ actuel de la santé mentale, la confiance se trouve aujourd'hui discutée à la fois comme une dimension dont l'atteinte pourrait être commune aux divers troubles psychopathologiques, et comme un facteur essentiel de l'alliance thérapeutique, sous-jacent aux diverses méthodes de psychothérapie. Ces recherches invitent à une analyse plus fine de cette notion, pour laquelle les points de vue clinique et phénoménologique peuvent s'éclairer et s'interroger mutuellement. Cette discussion sera articulée autour de trois questions : celle d'un registre préréflexif de la confiance, qui serait spécifiquement défini par une méthode phénoménologique ; celle d'une fondation empathique de la confiance, qui renvoie aux débats de la psychopathologie phénoménologique sur la notion d'empathie ; et celle de l'opacité structurale à soi-même et à autrui, incarnée par les paradoxes de la confiance, et que nous proposerons de considérer à partir des notions d'attestation et d'identité narrative.

**Mots-clé:** confiance, psychopathologie phénoménologique, empathie, alliance thérapeutique, identité narrative

---

<sup>1</sup> Laboratoire Interdisciplinaire Récits Cultures et Sociétés. 98 boulevard Édouard Herriot, 06200 Nice.

## Abstract

### *Trust, Between Tacit Self-Confidence and Self-Opacity: Some Clinical Phenomenology Issues*

A large amount of research in mental health care relates to the notion of trust, as a possible common factor in psychopathology, and as a common dimension of psychotherapeutic alliance, underlying the various therapeutic methods. Such hypotheses call for a more detailed analysis of this notion of trust. The paper seeks to shed light on this issue by confronting the clinical and phenomenological approaches. We propose to focus on three issues at stake: 1/ the issue of the existence of a tacit or pre-reflective trust, which can be defined by a phenomenological method. 2/ the issue of a foundation of trust in empathy, which questions the debates about empathy in phenomenological works. 3/ the issue of a structural self-opacity, brought to light through the paradoxical structure of trust, and that we propose to tackle with the notions of attestation and narrative identity.

**Keywords:** trust, clinical phenomenology, empathy, therapeutic alliance, narrative identity

---

Dans l'enfer de *Huis Clos*, Garcin demande à Estelle « Auras-tu confiance en moi ? » et se voit répondre « Ah ! Il faut que tu aies fait un bien mauvais coup pour me réclamer ainsi ma confiance. ». (Sartre, 1947 : 62). La confiance semble en effet reposer sur un dilemme insoluble : sans le soupçon de sa déception ou de sa trahison, la question de la confiance ne se pose pas, et elle n'a pas lieu d'être sollicitée (Simmel, 2013) ; mais une confiance véritable suppose une assurance qui occulte la possibilité même de ce soupçon, qui est pourtant son fondement et sa condition. Il semble qu'on ne puisse non plus résoudre ce dilemme de manière rationnelle ou stratégique, où il s'agirait, dans un pari calculé, de faire comme si le doute était exclu. La confiance supposerait de croire authentiquement que je ne peux être déçu, tout en sachant que sans cette possibilité de déception, je n'aurais pas à faire confiance. Elle se rapproche en cela de la structure de croyance impossible par laquelle Sartre (1943) décrit la mauvaise foi.

Si la confiance renvoie ainsi à la forme d'un paradoxe, le champ de la psychopathologie donne à voir, empiriquement, de multiples figures d'une impossibilité ou d'un achoppement de la confiance. La dépression est couramment rapportée à un effondrement de la confiance du sujet en ses

propres possibilités et en celle de son monde, transformant ce dernier en champ d'obstacles insurmontables ou en désert vidé de tout désir. Dans les psychoses, la paranoïa mettrait en évidence un renversement total, dans la relation à l'autre, de la confiance en méfiance, tandis que la schizophrénie, dans la perte de la réalité commune, révélerait un niveau plus basique de la confiance, comme croyance assurée et non questionnée dans un monde de présuppositions et de significations partagées. La perversion, quant à elle, reposerait de manière cruciale sur un appel à la confiance de l'autre dans le but non de la tromper, mais de l'humilier et d'en faire un usage manipulateur et destructeur. La clinique du traumatisme, enfin, confronte bien souvent à une impossibilité radicale de se fier à nouveau aux autres ou aux événements, perçus comme potentiellement porteurs d'une nouvelle effraction traumatique.

La thématique de la confiance fait l'objet d'un intérêt grandissant dans le champ de la psychopathologie et dans celui de l'éthique du soin, intérêt que l'on peut rapporter à l'essor des paradigmes psychothérapeutiques fondés sur l'intersubjectivité et l'empathie, aux injonctions du monde social contemporain à la connaissance et à l'estime de soi, et au développement d'un système de soin basé sur une relation de coopération et de confiance partagée entre soignants et usagers. Il est de fait un lieu commun de faire de la confiance la base et la condition de toute alliance psychothérapeutique, et de la restauration de la confiance chez le patient la visée du travail permis par cette alliance. Mais cette alliance devient là aussi paradoxale, si l'établissement d'une relation thérapeutique doit s'appuyer sur ce que l'on suppose fragilisé ou perdu chez le patient.

La confiance représente une notion hybride, entre les registres moral et éthique, social et politique, et cognitif et épistémique. Si le terme de confiance se caractérise davantage par la multiplicité de ses contextes d'usage que par une définition unitaire, nombre de ses usages actuels – confiance en soi, transparence du partage d'information, coopération réciproque et égalitaire dans la relation de soin – semblent faire reposer la confiance sur la transparence à soi et à autrui. Ils occultent dans cette mesure le fondement paradoxal de la confiance dans le doute et l'opacité, qui supposerait toujours une forme d'inaccessibilité et d'asymétrie entre soi et autrui, ou entre soi et soi. Il nous semble à l'inverse qu'une exploration plus détaillée de la confiance peut contribuer à interroger tant la psychopathologie que la relation thérapeutique,

en prenant pour point de départ cette structure paradoxale de la confiance. Une approche phénoménologique de la confiance apparaît alors nécessaire, afin d'interroger sa nature propre, comme type spécifique de croyance, d'assurance, ou encore d'engagement.

La notion de confiance n'a pas donné lieu à une conception explicite et unifiée ni dans la phénoménologie philosophique, ni au sein des différents courants de la psychiatrie phénoménologique. Mais un questionnement phénoménologique invite à expliciter certaines ambiguïtés et confusions entraînées par les usages implicites du terme de confiance dans le champ de la santé mentale, en interrogeant les différents registres dans lesquels elle est susceptible de se manifester, à la fois comme vécu subjectif et comme phénomène emblématique de la structure intersubjective de l'être au monde. Trois questions nous semblent particulièrement à explorer :

- L'attention grandissante portée, au sein des directions actuelles de la psychopathologie phénoménologique, aux conditions et aux évidences préréflexives de l'expérience de soi et du monde interroge directement une dimension basique ou ontologique de la confiance : peut-on caractériser l'horizon préréflexif de familiarité ou les évidences naturelles comme confiance ? Une telle caractérisation permet-elle d'éclairer des aspects spécifiques des vécus de perte de ces évidences, tels qu'ils se rencontrent dans la schizophrénie ?

- Quels rapports peut-on établir entre la confiance accordée à autrui et l'empathie ? L'empathie est-elle la condition et le moyen de cette confiance ? La compréhension phénoménologique de l'empathie et des fondements de l'intersubjectivité invitent-ils à faire reposer l'alliance thérapeutique sur l'empathie du thérapeute, ou bien faut-il démarquer la confiance de l'empathie, qui masquerait toute forme d'asymétrie entre moi et l'autre ?

- Une approche phénoménologique peut interroger la confiance non pas uniquement comme un type spécifique de croyance, mais aussi d'engagement subjectif, voire existentiel. Elle invite ainsi à saisir de manière plus détaillée ce qui apparaît à première vue comme une structure d'occultation ou de mauvaise foi de la confiance. Peut-on fonder la confiance autrement que sur un idéal de transparence, et cela amène-t-il à qualifier différemment ce qu'il en est de la confiance dans les manifestations psychopathologiques et dans les relations de soin ?

Nous proposons de développer ces questions en nous appuyant sur la diversité des approches phénoménologiques de la confiance, confrontées aux difficultés issues de la psychopathologie et des spécificités de la relation psychothérapeutique. Cette question de la confiance met en évidence l'écart entre psychopathologie phénoménologique et psychopathologie cognitive, témoignant des spécificités du point de vue phénoménologique en psychiatrie. Mais elle questionne aussi l'écart entre les hypothèses théoriques issues de la phénoménologie et leurs implications pratiques pour la relation et la technique psychothérapeutiques.

### **1. Une atteinte de la confiance comme facteur commun en psychopathologie ?**

Le paradigme bio-psycho-social, aujourd'hui dominant dans les études épidémiologiques en santé mentale, aborde l'étiologie des symptômes psychopathologiques à partir de modèles de stress-vulnérabilité. Là où la tradition psychiatrique se caractérisait par la visée d'un affinement du diagnostic différentiel et des distinctions cliniques entre les entités nosographiques, ces modèles de stress-vulnérabilité tendent à l'inverse à accentuer des facteurs communs aux différents troubles psychiques : des composantes génétiques seraient corrélées à une vulnérabilité générale à développer une psychopathologie, de même que des événements traumatiques ou l'anxiété psycho-sociale formeraient des facteurs de stress déterminants pour de nombreuses catégories diagnostiques (Elzinga et al., 2008). Ce défaut de spécificité amène ainsi, chez certains auteurs, l'hypothèse d'un facteur général de psychopathologie, qui serait sous-jacent aux divers troubles psychiatriques (Caspi et al., 2014).

Fonagy et al. (2014), abordant les modèles de stress-vulnérabilité à partir du paradigme de l'attachement, proposent de relier ce facteur psychopathologique général à un trouble de la confiance épistémique, à savoir la confiance dans la fiabilité des témoignages et informations provenant d'autrui ou de la perception propre du sujet. Des corrélations seraient présentes entre les différents styles d'attachement et la possibilité, pour un enfant, d'accorder sa confiance aux témoignages provenant de sa figure d'attachement, d'un étranger, ou de ses propres perceptions, et d'évaluer la fiabilité de ces différentes sources

d'informations. Les types d'attachement prédominants durant l'enfance seraient également corrélés aux styles cognitifs des sujets adultes, certains de ces styles cognitifs formant des facteurs de vulnérabilité à des troubles psychiques. Opérant ainsi une jonction entre théorie de l'attachement et psychopathologie cognitive, Fonagy et al. soulignent notamment – corrélées à un attachement insécuré et potentiellement aggravées par des événements traumatiques – l'intolérance à l'ambiguïté et la recherche de clôture épistémique qui engendrent des jugements rapides, dogmatiques et peu sensibles à l'épreuve de réalité.

Cette hypothèse peut être rapprochée des travaux de Garety et al. (1991), qui ont mis en évidence, chez les sujets schizophrènes, une atteinte du jugement probabiliste qui jouerait un rôle dans le processus de formation du délire, et qui peut être caractérisée en termes de confiance cognitive. Les sujets délirants formeraient des jugements de probabilité trop rapides au vu du contexte et de la quantité d'information disponible, mais une fois ce jugement formé, auraient tendance à le maintenir malgré l'accumulation d'informations contraires. Comme le soulignent Fonagy et al., la difficulté à faire confiance au savoir d'autrui n'exclut pas la recherche d'une certitude rigide, mais la générerait au contraire au titre d'un mécanisme de défense.

La confiance épistémique apparaît ainsi comme un paradigme invitant à relier les dimensions cognitive et sociale ou relationnelle de la psychopathologie : une atteinte de la confiance épistémique peut entraîner une attitude de défiance généralisée, ou bien une attitude de retrait, de perplexité et de détachement, ou encore, un état d'hypervigilance face à l'impossibilité de se reposer sur de l'information déjà acquise et vérifiée par d'autres, ou de se fier à sa propre perception. Elle apparaît ainsi susceptible de former un facteur commun en psychopathologie dans la mesure où elle serait directement liée à la capacité d'adaptation sociale, en ce que celle-ci requiert un ajustement permanent aux dires et attitudes d'autrui, permettant une capacité de changement, de remise en question et de décentrement.

Une difficulté clinique notable d'une telle hypothèse sur un facteur commun en psychopathologie concerne le risque d'une neutralisation de la clinique différentielle. L'extension, dans la santé mentale actuelle, du paradigme de la confiance en soi, associé à celui du trauma comme facteur de stress sous-jacent, tend à gommer la pluralité des mécanismes et fonctionnements psychiques qui

peuvent les engendrer ou en résulter. Le défaut de confiance en soi peut ainsi renvoyer, de manière non exhaustive, à des mécanismes d'inhibition (fréquemment observés dans les formes névrotiques d'anxiété et de dépression), ou au défaut d'une représentation suffisamment sécurisante de soi et de l'environnement (souvent associé à une organisation borderline). De la même manière, l'atteinte de la confiance épistémique suite à un vécu traumatique - renvoyant à l'impossibilité de juger fiable quiconque après la trahison massive de la confiance par l'événement traumatique – peut-elle être comparée à celle qui caractérise la méfiance paranoïaque ?

Il nous semble que ces questions sont susceptibles d'être éclairées par un abord phénoménologique, qui tracerait des différenciations au sein des diverses formes de confiance en explicitant, en deçà de leur dimension purement cognitive, leur structure d'expérience comme relation à soi-même et à autrui.

## **2. De la confiance épistémique à une confiance préreflexive**

Ratcliffe et al. (2014) proposent un abord phénoménologique de l'hypothèse d'un défaut de confiance sous-jacent aux troubles psychiques. Ils déplacent l'acception courante de la confiance épistémique, en opposant le « faire confiance à » (que l'on retrouve dans la capacité à faire confiance aux informations fournies par autrui) à une confiance sans complément d'objet, « avoir confiance ». Cette dernière constituerait une forme non propositionnelle de confiance, située en deçà de toute évaluation cognitive ou morale sur la fiabilité d'une personne ou d'un objet du monde. Elle serait constitutive d'une saisie préreflexive du monde, pris comme allant de soi, et d'un style d'anticipation renvoyant à une « sécurité de base » (Jones, 2004). Le traumatisme, sur lequel Ratcliffe et al. centrent leurs analyses, engendrerait une altération de la temporalité sous-jacente à cette anticipation préreflexive, provoquant le sentiment d'un futur fermé, d'une fin imminente et d'une impossibilité radicale de toute réalisation de soi. L'événement traumatique aurait interrompu brutalement la narrativité et à la projection temporelle par lesquelles un sujet se vit habituellement, en deçà de tout jugement explicite, comme une histoire en progression continue. Cette altération se situerait donc au niveau de la structure même du rapport au monde, et affecte le rapport basique du sujet à la croyance.

Ce que Ratcliffe désigne comme une confiance tacite peut être rapproché de ce que la psychiatrie phénoménologique a cherché à saisir, à partir de l'hypothèse husserlienne d'un horizon préréflexif de l'expérience et d'un « monde de la vie » (Husserl, 2004), comme évidences antépédicatives, conférant à l'expérience du monde, avant toute perception d'un objet donné et tout jugement, une coloration de familiarité, de quotidienneté. C'est à propos de la clinique de la schizophrénie que cette dimension préréflexive de l'expérience a fait l'objet de travaux détaillés. Blankenburg (1991) évoque ainsi à propos d'une jeune patiente hébéphrène, et en reprenant les formulations de cette dernière, une perte des évidences naturelles. Ces dernières, formées d'une sédimentation d'habitudes et de pratiques, et toujours constituées de manière intersubjective, forment un arrière-plan de significations et d'usages partagés, conférant au monde un caractère indissociablement familier et commun, et permettant de constituer des structures d'anticipation de l'expérience quotidienne. La patiente de Blankenburg évoque le défaut de cette dimension préréflexive en ces termes : « Tout reste précisément *en suspens*, et moi je me tourmente avec ces questions. Je ne peux précisément rien prendre tout simplement comme c'est... » (Blankenburg, 1991 : 82). Les travaux sur ce registre antépédicatif de l'expérience et son altération spécifique dans la schizophrénie sont actuellement très développés au sein de la psychopathologie phénoménologique : Sass et Parnas évoquent notamment, dans la lignée du « cogito tacite » de Merleau-Ponty (1945), une perte de « l'auto-affection » définie comme le « sens d'une présence à soi basique », un « sens implicite d'exister », fait d'une immersion implicite dans le monde (Sass et Parnas, 2003 : 428).

Le cogito tacite se situerait en effet dans le registre d'une confiance fondamentale dans l'existence du monde du sujet : « Percevoir, c'est engager d'un seul coup tout un avenir d'expériences dans un présent qui ne le garantit jamais à la rigueur, c'est croire à un monde. » (Merleau-Ponty, 1945 : 350). Il semble que l'on retrouve bien, dans cette structure d'anticipation permise par l'horizon préréflexif, la temporalité de la confiance et sa structure paradoxale, par laquelle elle croit avec assurance et évidence, alors même que le seul présent n'est à même d'offrir aucune garantie fondamentale. Ce qui garantit ici cette confiance réside dans un sentiment de soi et du monde situé en deçà de toute formation ou évaluation de croyance au sens cognitif du terme. Autrement



dit, cette confiance de base ou préréflexive relèverait d'un type particulier de croyance, que Ortega y Gasset (2000) définit comme ayant non pas la structure du « croire », mais du « compter sur », et qui possède, en tant que cadre antéprédicatif de l'expérience, une dimension transcendante. Du point de vue du sujet, il s'agirait d'une confiance d'ordre ontologique, qui garantit l'attitude naturelle du quotidien, antérieure à toute confiance épistémique dans la fiabilité de tel ou tel objet du monde.

Si une approche phénoménologique invite à opérer un passage d'une confiance épistémique à une confiance préréflexive, ce déplacement permet-il de discuter l'hypothèse d'une atteinte de la confiance en psychopathologie ? Si on suit les analyses de Ratcliffe, une atteinte de la confiance tacite peut être considérée, à l'instar de la confiance épistémique dans l'hypothèse de Fonagy, comme un facteur commun à une grande variété de troubles psychiques. Elle pourrait en effet être évoquée dans la clinique du traumatisme, mais se montrerait aussi au premier plan dans la schizophrénie, ainsi que dans la formation du délire paranoïaque. Binswanger suppose ainsi, dans l'analyse du cas de Suzanne Urban, que « la perte de la confiance en un monde familial, amical s'accompagne d'une confiance inébranlable en chaque perception de l'inconnu » (Binswanger, 1957 : 91), ce qui confère au monde une atmosphère de terreur. De la perte d'une confiance tacite dans le familier découlerait la recherche de certitude délirante, d'une confiance inauthentique dans la perception d'un monde déformée par le sentiment de danger.

Cependant, la pertinence d'une telle notion de confiance tacite dans le champ de la psychopathologie dépend également de sa possibilité d'esquisser une clinique différentielle, sous peine de niveler le regard diagnostique. Ratcliffe (2012) esquisse une telle perspective différentielle en suggérant que la perte de confiance qui caractérise la dépression serait à rapporter à la perte de la croyance en toute possibilité de changement, mais que cette perte n'altère pas la structure même de l'expérience du monde à la manière de ce qui se produit dans la clinique des psychoses. Il serait nécessaire, de la même manière, d'explorer plus précisément les distinctions entre l'altération de la confiance de base qui peut résulter d'un bouleversement traumatique, et celle qui caractérise la schizophrénie. En effet, outre la différence de symptomatologie entre les deux entités cliniques – ce qui n'exclut pas, bien entendu, leur recouvrement chez certains sujets –, on peut supposer que dans les psychoses, c'est la

possibilité de la confiance même dans un monde commun qui se trouverait annihilée par la perte des évidences naturelles et du familier, tandis que la clinique du traumatisme confronterait à une perte de toute forme de fiabilité et de bienveillance d'autrui. Autrement dit, dans la clinique de la psychose, ce qui est atteint serait la possibilité de compter sur des significations et usages communs qui garantissent un cadre intersubjectif de l'expérience, là où la clinique du traumatisme mettrait à mal la possibilité de compter sur autrui pour garantir ce monde commun. Hartmann (2015) souligne ainsi que si la confiance tacite se révèle comme dimension constituante de l'expérience lorsqu'elle est mise en péril par des situations ou menaces de terreur et de violence, ces dernières ne détruisent pas tant la confiance de base, que la capacité à juger si les autres sont ou non dignes de confiance – dans la possibilité quotidienne de se trouver victime d'une attaque terroriste, par exemple. On peut néanmoins supposer que le caractère massif, extrême et répété de certains traumatismes – Ratcliffe (2014) se fonde sur des témoignages de sujets ayant subi des tortures et de survivants des camps d'extermination – puisse atteindre la composante de structure préreflexive de la confiance et altérer tout sentiment d'un monde commun, toute possibilité de familiarité de manière similaire à ce que décrivent les sujets atteints de psychose.

Ces questions soulevées par la possibilité de tracer des distinctions cliniques à partir d'une compréhension phénoménologique de la confiance exigeraient d'interroger plus avant les relations qu'entretiennent la confiance, la familiarité et la certitude. L'atteinte de la confiance tacite, de la même manière que l'atteinte de la confiance épistémique, engendrerait par réaction la recherche d'une certitude figée et définitive, et dont le paradigme, comme le souligne Binswanger, est la certitude délirante paranoïaque. La paranoïa peut ainsi être caractérisée comme le passage d'une logique de la confiance à une logique de la certitude (Blaize, 2014), ce qui invite à distinguer clairement ces deux termes comme renvoyant à deux rapports au monde distincts. Néanmoins, le propre de la confiance tacite serait de tenir d'une forme d'évidence primitive qui, comme l'affirme Hartmann (2015), ne repose pas sur le fait d'écarter les possibilités de risque, mais sur le fait de ne pas même les envisager, de ne pas leur conférer le statut de possibilités réelles. Cette forme préreflexive de confiance devrait en ce sens être envisagée comme un type spécifique d'assurance, dont la coloration d'évidence proviendrait du fait que bien que constituée par une sédimentation

d'habitudes et de significations intersubjectives, elle se manifeste au sujet sur le mode du pré-donné immédiat et déjà là. Proche en ce sens de ce que décrit Bégout (2005) à propos de la quotidienneté, c'est le caractère constituant comme cadre de l'expérience de la confiance tacite qui masquerait son caractère constitué et se donnerait comme évidence. Proche également, en cela, ce que Schütz (2008) décrit comme les schèmes de connaissance typique du quotidien, la confiance tacite tiendrait ce caractère d'assurance du fait qu'elle réduit la complexité et l'infinité des possibles, remplacés par un ensemble d'évidences de ce qui s'est constitué pour un sujet comme le sens commun, à l'intérieur d'un horizon infini des significations et usages possibles.

Cependant, si la confiance tacite possède un caractère particulier d'évidence, du fait qu'elle puise la garantie de son assurance dans son caractère de donné préreflexif, une telle compréhension de la confiance ne risque-elle pas de réduire cette dernière au sentiment de familiarité ? Autrement dit, peut-on encore parler de confiance lorsque celle-ci est de nature préreflexive et se manifeste sur le mode du donné non questionné, gommant ainsi la dimension d'opacité structurelle de la confiance, par laquelle elle se masque à elle-même la possibilité d'être trahie ? L'immédiateté de la confiance tacite porte le risque d'occulter ce problème de la confiance. Elle pose la question de savoir si caractériser cette dimension préreflexive et constituante de l'expérience comme confiance est susceptible d'apporter un éclairage spécifique, non réductible aux notions de familiarité ou d'évidences naturelles. La clinique différentielle semble inviter à ne pas confondre les registres de la familiarité et de la confiance : la schizophrénie témoignerait plutôt d'une atteinte de la familiarité dans l'appréhension de soi-même, d'autrui et du monde, remplacée par une atmosphère diffuse d'étrangeté ; la dépression et la clinique du traumatisme poseraient quant à elles davantage la question de la confiance, le registre de la familiarité tacite semblant préservé.

La psychopathologie adresserait alors à une approche phénoménologique la question d'une distinction entre différents registres d'appréhension tacite, celui de la familiarité des évidences naturelles, et celui d'une confiance qui possède la familiarité comme condition, mais ne s'y réduit pas. Luhmann (2000), propose ainsi, dans une approche sociologique de la confiance, de distinguer non seulement la confiance de la familiarité, mais également deux types de confiance, correspondant à ce que l'anglais désigne respectivement comme

*confidence* et comme *trust*. Tandis que la première renverrait à une forme de confiance routinière et non questionnée, proche en cela des travaux phénoménologiques sur la quotidienneté, la seconde supposerait un engagement du sujet et la reconnaissance d'un risque, qu'elle cherche à réduire. À une confiance tacite fondée dans un horizon préréflexif d'intersubjectivité s'opposerait une confiance comme engagement subjectif, dont le paradigme est la confiance en l'autre, dans la mesure où ce dernier est toujours caractérisé par son imprévisibilité et son inaccessibilité, tout en se donnant, dans le vécu intersubjectif immédiat, comme prévisible et accessible.

Une direction de la psychiatrie phénoménologique, très développée dans le champ actuel et s'intéressant aux conditions préréflexives de l'expérience quotidienne, permet donc de dégager un registre de confiance qui inviterait à saisir des aspects cliniques non réductibles à la confiance épistémique dans son acception cognitive. Il nous semble qu'afin de posséder une pertinence pour saisir finement des distinctions cliniques entre les diverses entités diagnostiques, cette confiance tacite doit être distinguée du niveau du pur sentiment de familiarité, qui relève davantage du registre de l'attente que de la confiance (Quéré, 2001). Cette confiance tacite serait à explorer plus en détail afin d'éclairer la question de savoir si la paranoïa, la dépression, les troubles borderline et la clinique du traumatisme pourraient être saisis comme divers types d'atteintes spécifiques de cette confiance tacite.

Par ailleurs se pose la question des implications de cette notion de confiance tacite pour la compréhension des soubassements et des visées de la relation clinique et du travail psychothérapeutique. L'hypothèse d'une atteinte de la confiance basique dans certains fonctionnements psychopathologiques invite-t-elle à repenser certains aspects de cette relation et de ce travail clinique ? Si la notion de confiance est très classiquement mobilisée pour caractériser l'alliance thérapeutique qui serait une condition préalable à toute relation de soin, cette confiance sous-entend un engagement subjectif qui reposerait sur une forme de confiance tacite, mais n'y serait pas réductible : comment un regard phénoménologique invite-t-il à saisir cette forme spécifique de confiance que requiert la prise en charge de la psychopathologie, et à articuler ces différents registres de confiance, comme cadre tacite de l'expérience et comme choix ou acte subjectif ?

### **3. L'alliance thérapeutique : une fondation empathique de la confiance ?**

Aux recherches psychiatriques actuelles sur un facteur de vulnérabilité commun aux différents troubles psychiques font écho, dans les travaux portant sur les méthodes d'évaluation des diverses techniques psychothérapeutiques, l'hypothèse d'un facteur d'efficacité non spécifique, qui serait sous-jacent à ces diverses techniques. Ce facteur commun résiderait en grande partie dans la qualité de la relation qui s'établit entre patient et thérapeute, autrement dit, sur l'alliance thérapeutique, à laquelle sont fréquemment associées l'idée d'un cadre clairement défini et accepté par le patient, et la confiance que le patient accorde au thérapeute et à son éthique professionnelle.

Cette composante de la confiance dans les dispositifs et les relations de soin se voit aujourd'hui de plus en plus mentionnée et étudiée dans une perspective d'évaluation et d'analyse en différents facteurs (Brown et al., 2009). La confiance tient en effet une place charnière dans une conception du soin qui s'adresse de plus en plus à des usagers davantage qu'à des patients, placés dans une relation de coopération avec les soignants, et qui cherche à évaluer l'efficacité des prises en charge à partir notamment de la transparence de cette coopération et de la qualité de vie des usagers. Néanmoins, ce que recouvre précisément ce terme de confiance, dans ces usages situés entre éthique du soin et politique de la santé mentale, demeure peu précis, et il en va souvent de même de son usage clinique, pour désigner ce qui doit se construire comme condition préalable à tout travail thérapeutique.

La place de la confiance dans l'alliance thérapeutique est souvent abordée, dans une conception intersubjectiviste de la psychothérapie, en faisant de l'empathie la condition et le moyen de l'établissement de la confiance. Le patient ferait confiance aux qualités non pas seulement professionnelles mais aussi humaines, et en particulier empathiques, de son thérapeute, et le thérapeute opèrerait par empathie un travail de restauration de la confiance en soi du patient, lui permettant de retrouver une confiance épistémique envers les autres. Cette confiance épistémique envers autrui est en effet conçue comme étant elle-même dépendante des capacités empathiques. Dans l'hypothèse d'une atteinte de la confiance comme facteur commun de psychopathologie, la confiance, via l'empathie, serait ainsi à la fois la condition du travail thérapeutique, son moyen opérant, et sa visée. L'amélioration de la confiance

épistémique, parce qu'elle repose en grande partie, dans cette hypothèse, sur la consolidation de la confiance en soi, apparaît directement liée à l'idéal d'autonomie qui guide aujourd'hui la prise en charge en santé mentale. Fonagy et al. (2014) placent ainsi l'accent sur les capacités de mentalisation du thérapeute, qui se placerait dans une position de miroir vis-à-vis du patient, fournissant ainsi à ce dernier un modèle lui permettant d'améliorer ses propres capacités de mentalisation. Ces dernières ouvrent à la restauration de la confiance épistémique par laquelle le sujet se trouve à nouveau apte à apprendre des autres et des situations sociales, et à opérer des changements dans son comportement par cette réceptivité retrouvée à l'échange et au partage interpersonnel. Une conception similaire, fondée sur l'empathie comme agent de la psychothérapie, est exprimée par Georgieff : « Et toute psychothérapie ne serait-elle pas fondée sur la relance, l'établissement ou le rétablissement de cette fonction transformatrice de l'intersubjectivité ? » (Georgieff, 2016 : 168).

Or, les divers courants de la psychopathologie phénoménologique, loin de proposer une position unique sur cette question, sont au contraire susceptibles d'amener à des points de vue contradictoires sur la place de l'empathie dans la relation thérapeutique. Cette question met particulièrement en évidence, en ce sens, l'hétérogénéité des points de vue se réclamant de la phénoménologie en psychopathologie, et interroge directement les difficultés du passage entre les analyses issues de la méthode de la réduction et de l'interrogation transcendantales, et leurs implications pour l'élaboration d'une technique psychothérapeutique.

On peut d'un côté défendre l'idée que la phénoménologie constitue une méthode privilégiée pour fonder l'empathie, comme soubassement de tout rapport à autrui. Merleau-Ponty (1945) a particulièrement souligné, à partir de la position du cogito tacite, les phénomènes de mimétisme et de résonance immédiats et non réfléchis avec autrui, fondés dans l'immersion d'une présence incarnée. Ce phénomène d'affectation par le corps incarné d'autrui, immédiat et d'emblée réciproque, fonderait un espace commun sous-jacent à tout mouvement empathique intentionnel et explicite. Au sein de la psychiatrie phénoménologique, l'accent placé sur l'appréhension de l'expérience subjective du patient tend également à privilégier une conception empathique de la rencontre clinique, dans laquelle il s'agirait de sentir et percevoir la structure d'expérience de l'autre, en se laissant affecter par lui. Pour Fuchs, le

point de vue phénoménologique « est susceptible d'aider le thérapeute à mieux percevoir et comprendre *ce que cela fait* d'être le patient et de vivre dans son monde » (Fuchs, 2007 : 424)<sup>2</sup>. La réalisation d'un changement dans la psychothérapie se fait au moyen d'une fusion partielle des horizons de monde du patient et du thérapeute, cet espace commun permettant de dégager un nouvel horizon de possibilités, modifiant les patterns implicites de fonctionnement et de relations du patient.

Néanmoins, la tradition de la psychiatrie phénoménologique est également susceptible, d'un autre côté, d'inviter à contrer une conception empathique de la confiance, et d'en souligner les risques spécifiques au sein d'une relation thérapeutique. Jaspers (2000) a défendu l'idée, aujourd'hui souvent critiquée (Henriksen, 2013), d'un caractère incompréhensible des expériences schizo-phréniques, faisant ainsi de l'inaccessibilité à l'empathie et aux raisons psychologiques de ces vécus le critère principal du diagnostic différentiel. Certains travaux phénoménologiques contemporains s'appuient sur l'attention portée aux conditions tacites de l'expérience pour nuancer cette affirmation de Jaspers : Pienkos et Sass (2012) suggèrent ainsi que l'hypothèse d'une atteinte des conditions préreflexives de l'expérience dans la schizophrénie contribue à rendre ces vécus moins inaccessibles à une saisie empathique du clinicien. Néanmoins, cette attention portée à la dimension préreflexive de l'expérience peut aussi venir renforcer l'idée d'une impossibilité de l'empathie : si ce qui se trouve atteint chez le patient relève du niveau tacite des cadres constituants de l'expérience, comment pouvoir saisir l'expérience qui en résulte ? Ne se situe-t-elle pas nécessairement au-delà des variations et des possibles contenus dans l'horizon de monde du thérapeute ?

On pourrait ainsi supposer que si certaines formes de dépression, de traumatisme ou de troubles borderline témoignent d'une atteinte d'une dimension tacite de la confiance, le champ de ce que Jaspers nommait l'incompréhensible risque de se voir étendu bien au-delà de la schizophrénie. Le fait de situer cette atteinte de la confiance non pas dans un simple registre cognitif, mais du côté du préreflexif la rendrait inaccessible à toute saisie empathique, dans la mesure où se trouveraient atteintes, chez le patient, les conditions constituantes habituelles d'un rapport réciproque et immédiat à

---

<sup>2</sup> Il s'agit de notre traduction.

autrui, ce que Merleau Ponty désigne comme la sphère du co-sentir, qui ne peut s'éprouver que dans la réciprocité.

L'hypothèse d'une altération de la confiance tacite adresse donc des questions spécifiques quant au positionnement clinique du thérapeute. Tatossian (2002) rappelle qu'une forme d'*epoché*, par laquelle le clinicien suspend dans la rencontre clinique son rapport habituel à l'attitude naturelle, est une condition nécessaire à toute psychothérapie. Ce serait par cette attitude de suspension que le thérapeute non seulement se préserverait du risque des attentes et jugements normatifs envers le patient, mais dessinerait également un cadre situé hors des présupposés des relations et conversations de la vie ordinaire, permettant d'accueillir toute forme de parole et d'expérience du patient, dans son altérité prise en tant que telle. Mais comment ce positionnement clinique peut-il articuler un mouvement empathique fondé sur l'appréhension du même, et la suspension de la croyance immédiate en un monde commun qui fonde dans l'expérience tacite d'autrui cette empathie ?

Ratcliffe (2012) suggère que la méthode phénoménologique, et en particulier la suspension de l'attitude naturelle, loin d'être contradictoire avec toute forme d'empathie, invite à redéfinir le terme même d'empathie. L'attitude qu'il propose de nommer « empathie radicale » vise à faire entrer dans le champ de l'appréhension empathique les phénomènes qualifiés d'incompréhensibles par Jaspers. Il s'agirait de questionner spécifiquement ce qui est ou non présupposé implicitement comme monde commun dans la relation clinique, et de distinguer clairement cette empathie radicale de l'empathie mondaine et quotidienne, située à l'intérieur de l'attitude naturelle. L'empathie radicale ne peut consister à ressentir en soi l'expérience de l'autre, mais à saisir, par l'attitude phénoménologique, les changements survenus dans la structure de l'horizon des possibles du patient, en suspendant la supposition d'un horizon commun de possibilités partagées.

Cette forme d'empathie que Ratcliffe présente comme proprement phénoménologique s'éloigne pour une large part des connotations courantes de l'empathie, qui supposent un ressenti commun. Si elle peut paraître relever, de ce fait, davantage d'une forme de compréhension que d'empathie, elle permet de contourner les difficultés engendrées par une conception empathique de la relation thérapeutique. Ces difficultés résident en particulier dans le risque d'une occultation de l'altérité propre du patient au profit des projections du



thérapeute, portées par l'illusion d'une expérience partagée, ainsi que dans l'asymétrie propre à la relation thérapeutique. Dans la mesure où l'empathie, dans son sens courant, semble toujours supposer un co-sentir, elle repose sur la possibilité d'une réciprocité dans une relation symétrique à autrui – même si, sur le plan factuel, une expérience empathique peut être unilatérale. Or, la relation thérapeutique fonde son cadre, en opérant une suspension des conditions ordinaires du rapport à l'autre, sur la prédominance d'une asymétrie : non seulement du fait que le thérapeute est en position de sujet sachant et soignant, mais également du fait qu'il revient au thérapeute de porter le mouvement d'*epoché* et de garantir le respect du cadre thérapeutique. La signification et la responsabilité éthiques de la relation de soin se fondent sur cette asymétrie, dans la mesure où elles incombent au thérapeute. Là où le modèle de l'usager du soin médical tend à gommer cette asymétrie fondatrice au profit de la symétrie de la relation de coopération et d'information partagée, l'empathie radicale de Ratcliffe invite à fonder la reconnaissance de la subjectivité singulière du patient sur le constat d'une altérité première et d'une impossibilité – au moins partielle - de réciprocité.

Dans cette mesure, le travail psychothérapeutique ne peut se baser sur le fait de susciter la confiance du patient par l'empathie du thérapeute, ni de restaurer la confiance tacite par une fonction de miroir. Là où une empathie-miroir suppose le partage et la possibilité d'une réciprocité, la confiance, quant à elle, reposerait de manière cruciale sur une relation asymétrique à l'autre : faire de l'autre le dépositaire de sa confiance suppose la possibilité d'une trahison, sans impliquer la réciprocité de se voir soi-même investi en retour comme le dépositaire de la confiance de l'autre. Cette structure asymétrique de la confiance – qui n'empêche pas que dans les faits, une confiance puisse être réciproque – semble la rendre irréductible à toute fondation dans l'empathie et le co-sentir, et à toute restauration par le moyen d'une empathie conçue comme agent thérapeutique.

Si une conception phénoménologique de l'empathie met ainsi en évidence les difficultés d'une confusion entre les notions de confiance et d'empathie, et les limites d'une confiance acquise par empathie, elle se confronte à la question de savoir comment peut opérer une prise en charge thérapeutique lorsque la confiance tacite est atteinte, dans la mesure où le cadre thérapeutique suppose l'établissement d'une confiance minimale. Pointer les insuffisances d'une

fondation de la confiance dans l'empathie invite alors à souligner, d'une part, les spécificités que revêt le problème de la confiance dans le cadre psychothérapeutique – irréductible à une relation de coopération – et à repartir, d'autre part, de l'opacité irréductible de la structure de la confiance, qui vise ce qu'autrui possède de plus inaccessible et imprévisible.

#### **4. La confiance comme engagement : mauvaise foi et attestation**

Nous avons suggéré, en insistant sur sa différence avec la familiarité, qu'un risque contenu dans la notion de confiance tacite était de perdre l'un des aspects essentiels de la confiance, celui d'une forme spécifique d'engagement dans un rapport à autrui. Si la spécificité d'un point de vue phénoménologique sur la confiance invite à dégager ce registre propre de la confiance tacite, peut-on également interroger, sur un autre registre, une conception proprement phénoménologique de l'acte explicite de confiance ? Nous avons par ailleurs souligné les limites d'une compréhension empathique de la confiance en l'autre. Faire de l'empathie le mécanisme sous-jacent de la confiance, qui lui conférerait une garantie, masquerait la dynamique propre de la confiance, qui serait de transformer en assurance le fait même d'une inaccessibilité radicale d'autrui.

Marzano (2010) souligne ainsi que la structure de la confiance est de contenir le savoir de sa trahison possible, et qu'elle se construit non pas en niant cette ambivalence, mais à partir d'elle. L'opacité ou l'ambiguïté fondamentale de l'acte de confiance ne résiderait donc pas en premier lieu dans la possibilité d'être trahi par l'autre, mais dans ce mouvement d'occultation vis-à-vis de soi-même. On pense à la distinction que Sartre (1943) opère entre mensonge et mauvaise foi. Dans le mensonge, il « suffit qu'une opacité de principe masque ses intentions à *l'autre* (...). Par le mensonge, la conscience affirme qu'elle existe par nature comme *cachée à autrui*, elle utilise à son profit la dualité ontologique du moi et du moi d'autrui. » (Sartre, 19343 : 84). Tandis que ce qui fait le paradoxe de la mauvaise foi, c'est que « c'est à moi-même que je masque la vérité. Ainsi, la dualité du trompeur et du trompé n'existe pas ici. La mauvaise foi implique au contraire par essence l'unité d'une conscience. » (Sartre, 19343 : 84). Or, la sincérité possède elle-même la structure de fuite de la mauvaise foi, dans la mesure où elle consiste, pour pouvoir adhérer à soi, à

se constituer comme une chose, alors même que « la réalité humaine, dans son être le plus immédiat, dans l'infrastructure du *cogito* préreflexif, [est] ce qu'elle n'est pas et [n'est] pas ce qu'elle est » (Sartre, 1943 :104). Sartre souligne ainsi que la confiance relève d'un mode de croyance, et que toute croyance contient par nature le mouvement de son autodestruction : « Croire, c'est savoir qu'on croit et savoir qu'on croit, c'est ne plus croire. (...). Toute croyance n'est pas assez croyance, on ne croit jamais à ce qu'on croit. » (Sartre, 1943 : 106).

Il ne nous semble pas dénué d'intérêt de contraster une telle conception existentialiste de la confiance avec l'idéal de transparence, qui semble aujourd'hui bien souvent assigné, et notamment dans la conception des relations de soin, comme soubassement de la confiance. Or, comme le note Quéré (2018), la transparence, parce qu'elle repose sur un idéal de contrôle, tendrait à susciter bien davantage la méfiance que la confiance, qui suppose précisément un renoncement à la possibilité d'un contrôle total. Sur le plan psychopathologique, comme le souligne Starobinski (1971) en analysant les écrits de Rousseau, une confiance fondée sur un idéal entier de transparence contiendrait le risque de rejoindre la forme de certitude constitutive de la croyance paranoïaque, engendrée par l'exclusion de la contingence et du doute, et que nous avons opposée à la structure de la confiance. Or, une conception de la relation psychothérapeutique fondée sur un idéal empathique est susceptible de faire écho à cette illusion d'une transparence entière, formée par le partage du co-sentir : elle contiendrait le risque de venir renforcer, dans la clinique des psychoses, les expériences d'une indifférenciation avec autrui, d'une lecture des pensées ou d'une intrusion par le clinicien, et d'amplifier la réaction défensive ou protectrice paranoïaque.

Une limite, néanmoins, de l'analyse sartrienne de la confiance tiendrait à son assimilation de la confiance au régime de la croyance. Si le point de vue phénoménologique attire l'attention sur l'irréductibilité d'une confiance tacite à la confiance épistémique, qu'en est-il lorsqu'est en jeu la confiance explicite donnée à l'autre, et, plus spécifiquement, à l'autre de la relation de soin ? A première vue, si on prend pour paradigme la confiance couramment accordée à la figure du médecin, il semble qu'il s'agisse bien, pour une large part, d'une confiance épistémique fondée sur la croyance. Prenant appui sur la dépendance épistémique nécessaire envers autrui, liée à la répartition du travail cognitif au sein d'une société, la confiance dans le médecin consiste à se reposer sur un

savoir jugé comme fiable. Cette confiance porte sur un ensemble de compétences attribué à l'autre, et sur l'acceptation d'une ignorance, d'une dépendance par laquelle le patient abandonne le contrôle, en acceptant de ne pas avoir accès aux procédures de vérifications du savoir de l'autre. Une telle confiance n'est pas entièrement réductible à sa dimension cognitive, parce qu'elle contient cette expérience d'abandon. Mais cet abandon semble moins adressé à une personne qu'à une fonction – celle du médecin comme représentant d'un savoir médical –, qui pourrait tout autant concerner un objet – la capacité technique d'un avion à se maintenir dans les airs, par exemple. Dans cette mesure, l'échec de cette confiance – si le médecin échoue dans ses prescriptions – semble davantage relever d'une expérience de la déception et d'une perte de légitimité de ce savoir que de la tromperie ou de la trahison. Cette forme de confiance n'occulte pas le doute – elle n'exclut pas que le médecin puisse se révéler incompetent.

A cette compréhension en grande partie épistémique de la confiance dans le médecin s'opposerait la confiance qui prend place dans une relation personnelle à autrui, dont le paradigme serait la confiance amicale et amoureuse. Cette confiance n'a pas pour contraire la déception mais la trahison, en ce qu'elle porte sur la fidélité de l'autre à un engagement, et sur les attentes et les valeurs d'une relation. S'adressant spécifiquement à des personnes, cette confiance exclut dans sa forme expérientielle toute forme de doute et, à la différence de la confiance épistémique, ne peut se vivre comme un pari – dire que ma confiance en l'autre est un pari, c'est déjà dire que je ne lui fais pas véritablement confiance au titre d'un engagement subjectif. Elle se donnerait ainsi, dans sa qualité phénoménologique de vécu, comme un type spécifique d'assurance, qui suppose une entièresité mais qui subsiste néanmoins sans assurance de fondement.

Or, si la confiance qui caractérise l'alliance thérapeutique en psychothérapie mérite une attention spécifique, c'est qu'elle semble constituer une forme hybride, et partant non réductible, de ces deux types de confiance – qui se trouve gommée lorsqu'elle est d'emblée assimilée à la coopération d'un usager envers un service, ou à la dimension purement médicale du soin. Cette confiance du patient s'adresse en effet à une fonction, celle de psychothérapeute, tout en mettant en jeu l'engagement d'une relation. Elle nécessite une assurance entière dans l'engagement de l'autre à être dépositaire

de la parole confiée, et s'adresse sur ce plan à la personne ; mais dans le même temps, c'est ce jeu entre fonction et personne, avec les décalages constants qu'il entraîne, et entre assurance entière et doute, qui sont susceptibles de revêtir une dimension heuristique et thérapeutique. En particulier, le travail psychothérapeutique peut apparaître comme un travail qui porte précisément sur la dimension fondamentale de mauvaise foi de la confiance, que la relation thérapeutique viendrait mettre au jour : ce qui se trouve adressé, avec assurance ou au contraire avec la peur de la trahison, à la personne du thérapeute se voit faire l'objet d'une analyse et d'un travail par l'agent de la fonction du thérapeute garante du cadre thérapeutique.

Si la confiance dans ce cadre et dans l'éthique du thérapeute est fondamentale pour l'alliance thérapeutique, celle-ci ne peut être conçue comme un donné de départ, transparent à lui-même. À cette confiance vient nécessairement s'intriquer le fait que le patient souhaite à la fois faire connaître et méconnaître fondamentalement ce qui lui demeure étranger et opaque dans son propre fonctionnement. La confiance affirmée dans le thérapeute et dans le cadre thérapeutique peut en ce sens se trouver utilisée comme un moyen privilégié de préserver cette méconnaissance et de se prémunir de toute dynamique de changement, en occultant cette ambiguïté fondamentale de la confiance et ce jeu de décalages constants entre la personne et la fonction du thérapeute. On rejoint ici ce que la psychanalyse a souligné dans la double polarité structurale du transfert, à la fois agent et obstacle du travail thérapeutique.

Une manière d'éclairer la phénoménologie de la construction de cette confiance en psychothérapie, et, plus largement, ce type particulier d'assurance que requiert l'engagement subjectif de la confiance vis-à-vis d'un autre, pourrait passer par la notion d'attestation développée dans la philosophie de Paul Ricœur (2015). Si la confiance n'est pas thématifiée comme un concept dans l'œuvre de Ricœur, la notion d'attestation, qu'il place au fondement du rapport au sujet à l'ipséité de son identité repose, comme le souligne Assayag (2016), à la fois sur le renoncement à une fondation dernière, et sur une dimension tacite d'ouverture à la temporalité et à la fidélité de l'autre, telle qu'elle s'incarne dans la promesse. Là où l'empathie court le risque de devoir réintroduire dans un second temps l'altérité irréductible de l'autre, l'attestation est fondée sur cette altérité radicale non seulement d'autrui mais aussi de soi-

même. L'ipséité du sujet, non réductible à la dimension de mêmeté de son identité, contient en effet une opacité à soi fondamentale par laquelle le maintien de soi et la fidélité à soi-même ne peuvent jamais faire l'objet que d'une visée, mais non d'un constat ou d'une certitude.

Dans cette mesure, pouvoir opérer cette visée à la fois incertaine et assurée de la confiance en autrui suppose déjà un tissage de cette confiance envers soi-même et son propre maintien comme ipséité. Le tissage de cette confiance devient alors une composante essentielle, si l'on suit Ricœur, du processus d'identité narrative, par lequel s'articulent les dimensions de mêmeté et d'ipséité de l'identité. Or, une direction importante de la psychopathologie phénoménologique actuelle porte sur les implications cliniques de cette notion d'identité narrative. Il s'agit d'interroger certaines manifestations psychopathologiques comme des atteintes possibles de cette narrativité constitutive du sentiment de soi (Tatossian, 1994 ; Englebert, 2013 ; Englebert et Stanghellini, 2015 ; Ratcliffe 2014), mais aussi de questionner le rôle de ce retissage d'une narrativité au sein de la relation psychothérapeutique. Gallagher (2012) compare ainsi la relation entre l'auteur et le destinataire d'un sentiment d'empathie à une relation entre narrateur et personnage d'un récit.

Il semble de plus que l'identité narrative, comme support et incarnation d'une confiance comme attestation, est susceptible d'opérer une jonction entre le registre d'une confiance tacite et celui de l'engagement explicite de la confiance. Dans la mesure où cette narrativité repose en très large part sur une dimension préreflexive, et où l'assurance de l'attestation s'appuie sur une appréhension tacite d'autrui comme ipséité fidèle à elle-même, l'identité narrative se situerait dans un registre intermédiaire entre une confiance tacite et explicite, posant la question de leur intrication. Dans les rencontres cliniques avec des sujets qui semblent présenter une atteinte du registre de la confiance tacite, la construction d'une confiance nécessaire à l'alliance thérapeutique passerait préalablement par ce retissage d'une narrativité. Cette fonction du travail thérapeutique comme co-construction du monde à la fois commun et singulier d'un récit, porteur d'ouverture temporelle, apparaît déterminante tant dans la clinique des psychoses que dans celle du traumatisme et de la dépression. Elle ouvre sur une sédimentation et une stabilisation des expériences du sujet sans occulter son opacité à lui-même, et témoigne d'un espace commun entre patient et thérapeute qui n'est pas réductible à celui de

l'empathie. La confiance qui peut être soutenue par un tel travail sur l'identité narrative n'est pas basée sur la transparence à soi, mais serait susceptible, en ce sens, de tisser le fil d'une confiance qui se présente comme une assurance sans fondement ultime.

Une telle perspective invite à explorer plus avant les relations que peuvent entretenir, au sein des différents troubles psychiques, les atteintes de l'identité narrative et celle de la confiance, dans son registre tacite comme dans son registre explicite. Les réflexions sur l'alliance thérapeutique bénéficieraient de même d'un éclairage phénoménologique plus détaillé qui interroge la construction de la confiance dans la relation de soin à la lumière des apports de cette notion d'identité narrative. Dans la mesure où Ricœur souligne que l'identité narrative est également ce par quoi l'identité personnelle s'articule à la dimension éthique, cette notion permet d'interroger l'articulation entre les dimensions épistémique, clinique et éthique de la confiance dans les relations et les dispositifs de soin.

La question de la confiance se place au carrefour des perspectives de la phénoménologie, de la psychologie cognitive, de l'épistémologie sociale et de l'éthique du soin. Elle peut ainsi incarner les ambitions pluridisciplinaires que revêtent de nombreux travaux phénoménologiques actuels, qui cherchent à s'articuler aussi bien au champ de la clinique psychopathologique que des neurosciences cognitives et des sciences sociales. Nous avons cherché à dégager les questions que la psychopathologie et la rencontre clinique peuvent adresser à une approche phénoménologique de la confiance, et, en retour, les hypothèses cliniques qui peuvent être amenées par certains points de vue phénoménologiques.

L'hypothèse d'une confiance tacite, qui ne renverrait ni au pur sentiment de familiarité, ni à l'acte de confiance explicite, interroge ce dialogue entre psychopathologie et phénoménologie, dans sa capacité à affiner certaines distinctions cliniques. Les relations entre confiance et identité narrative, articulées par la notion d'attestation, invitent également à une exploration phénoménologique. Or, dans la mesure où la confiance apparaît aujourd'hui comme une dimension cruciale dans les travaux portant sur les agents psychothérapeutiques et leurs méthodes d'évaluation, elle interroge la phénoménologie non pas uniquement comme méthode, mais également comme fondement d'une pratique de soin. Elle adresse à la psychopathologie

phénoménologique la question d'une définition proprement phénoménologique de notions telles que l'alliance et le cadre thérapeutiques, la co-construction d'un récit de soi en thérapie, ou encore l'articulation entre l'asymétrie et l'empathie dans la relation entre patient et psychothérapeute.

## Bibliography

- ASSAYAG, L. (2016). « Penser la confiance avec Paul Ricœur », *Études ricœuriennes*, 7 (2): 164-186.
- BEGOUT, B. (2005). *La découverte du quotidien*. Paris : Allia.
- BINSWANGER, L. (1957). *Le cas Suzanne Urban : Étude sur la schizophrénie*. Trad. fr. J. Verdeaux. Bruges : Desclée de Brouwer.
- BLAIZE, J. (2014). « Confiance et ébranlement ». *Cahiers de gestalt-thérapie*, 2 (33): 83-94.
- BLANKENBURG, W. (1991). *La perte de l'évidence naturelle*. Trad. fr. J. -M. Azorin et Totoyan, revue par A. Tatossian. Paris : P.U.F.
- BROWN, P. ET AL. (2009). « Trust in Mental Health Services: A Neglected Concept ». *Journal of Mental Health*, 18 (5): 449-458.
- CASPI, A. ET AL. (2014). « The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders ? ». *Clinical Psychological Science*, 2 (2): 119-137.
- ELZINGA, B.M. ET AL. (2008). « Diminished Cortisol Responses to Psychosocial Stress Associated with Lifetime Adverse Events: A Study Among Healthy Young Subjects ». *Psychoneuroendocrinology*, 33 (2): 227-237.
- ENGLEBERT, J. (2013). « Quelques éléments en faveur d'une réflexion psychopathologique sur la psychopathie ». *Annales Médico-psychologiques*, 171 (3): 141-153.
- ENGLEBERT, J. et G. STANGHELLINI (2015). « La manie et la mélancolie comme crises de l'identité narrative et de l'intentionnalité ». *L'Évolution Psychiatrique*, 80 (4): 689-700.
- FONAGY, P. ET AL. (2014). « The Role of Mentalizing and Epistemic Trust in the Therapeutic Relationship ». *Psychotherapy*, 51 (3): 372-380.
- FUCHS, T. (2007). « Psychotherapy of the Lived Space: A Phenomenological and Ecological Concept », *American Journal of psychotherapy*, 61 (4): 423-439.
- GALLAGHER, S. (2012). « Empathy, Simulation, and Narrative ». *Science in Context*, 25 (3), 355-381.



- GARETY, P. (1991). « Reasoning in Deluded Schizophrenic and Paranoid Patients: Biases in Performance on a Probabilistic Inference Task ». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179 (4): 194-201.
- GEORGIEFF, N. (2016). « L'empathie dans le processus thérapeutique : agent, moyen ou condition ? ». *L'autre*, 2 (17): 159-170.
- HARTMANN, M. (2015). « On the Concept of Basic Trust ». *Behemoth*, 8 (1): 5-23.
- HENRIKSEN, M. G. (2013). « On Incomprehensibility in Schizophrenia ». *Phenomenology and the Cognitive Science*, 12: 105-129.
- HUSSERL, E. (2004). *La Crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*. Trad. fr. G. Granel. Paris : Gallimard.
- JASPERS, K. (2000). *Psychopathologie générale*. Trad. fr. trad. d'après la 3<sup>e</sup> éd. allemande par A. Kastler et J. Mendousse. Paris : C. Tchou.
- JONES, K. (2004). « Trust and Terror ». In : P. Des Autels and M.U. Walker (eds). *Moral Psychology: Feminist Ethics and Social Theory*. Lanham, MD: Rowman and Littlefield, 3-18.
- LUHMANN, N. (2000). « Familiarity, Confidence, Trust; Problems and Alternatives ». In: D. Gambetta (ed). *Trust : Making and Breaking Cooperative Relations*. Oxford: University of Oxford, electronic edition, 94-107.
- MARZANO, M. (2010). « Qu'est-ce que la confiance ? ». *Études*, 1 (412): 53-63.
- MERLEAU-PONTY, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard.
- ORTEGA Y GASSET, J. (2000). *Œuvres complètes I : Qu'est-ce que la philosophie ? Leçons de métaphysique*. Paris : Klincksieck.
- PIENKOS, E. et L.A. SASS (2012). « Empathy and Otherness : Humanistic and Phenomenological Approaches to Psychotherapy of Severe Mental Illness ». *Pragmatic Case Studies in psychotherapy*, 8 (1): 25-35.
- QUERE, L. (2018). « Confiance et vérité », Conférence prononcée le 28 juin 2018 à l'UQAM. En ligne : <<http://comsante.uqam.ca/article-confiance-et-verite-louis-quere/>>
- (2001). « La structure cognitive et normative de la confiance ». *Réseaux*, 4 (108): 125-152.
- RATCLIFFE, M. (2012). « Phenomenology as a Form of Empathy ». *Inquiry*, 55 (5): 473-495.
- RATCLIFFE, M. ET AL. (2014). « What is a “Sense of Foreshortened Future”? A Phenomenological Study of Trauma, Trust and Time ». *Frontiers in Psychology*, 5: 1026.
- RICŒUR, P. (2015). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.

- SARTRE, J.-P. (1947). *Huis Clos*. Paris : Gallimard.
- (1943). *L'être et le néant*. Paris : Gallimard.
- SASS, L.A. et J. PARNAS (2003). « Schizophrenia, Consciousness and the Self ». *Schizophrenia Bulletin*, 29 (3) 427-444.
- SIMMEL, G. (2013). *Sociologie, étude sur les formes de la socialisation*. Paris : P.U.F.
- SCHÜTZ, A. (2008). *Le chercheur et le quotidien*. Paris : Klincksieck.
- STAROBINSKI, J. (1971). *Jean-Jacques Rousseau. La transparence et l'obstacle*. Paris : Gallimard.
- TATOSSIAN, A. (2002). *Phénoménologie des psychoses*. Paris : Vrin.
- (1994). « L'identité humaine selon Ricœur et le problème des psychoses ». *L'art du comprendre*, 1: 99-107.

---

SARAH TROUBE est psychologue clinicienne dans un service hospitalier de psychiatrie adulte, et maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie. Ses recherches portent principalement sur la clinique des psychoses et la psychopathologie adulte. Au plan clinique, elles questionnent en particulier les expériences subjectives des débuts de psychoses, à partir des approches psychanalytique et phénoménologique. Au plan épistémologique, elles portent sur la santé mentale actuelle et ses dispositifs de prise en charge, ainsi que sur les enjeux pluridisciplinaires de la psychiatrie, entre psychopathologie clinique, modèles neurocognitifs et philosophie de la médecine et du soin.

SARAH TROUBÉ works as a clinical psychologist on an adult inpatient psychiatry unit and she is an associate professor in clinical psychology and psychopathology. Her research interests focus on psychotic disorders and adult psychopathology. From a clinical point of view, they attempt to provide an examination of the various subjective experiences described at the beginning of psychosis – from a psychoanalytic and a phenomenological perspective. From an epistemological point of view, her research seeks to reflect upon the evolutions in mental health care and the pluridisciplinarity in psychiatry research – between clinical psychopathology, neurocognition and philosophy of care and medicine.

---