

Du soignant au patient : entre contrôle et lâcher-prise

Cédric Juliens est professeur de philosophie, d'anthropologie et d'expression corporelle à la Haute École VINCI.

Les soignants sont des gens particuliers. Ils choisissent de travailler *avec* ou *sur* le corps de *l'autre* et avec leur propre corps. Mais de quel corps parle-t-on dans les soins? D'un corps-machine, segmenté, manipulable et normalisé ? D'un corps aseptisé pour les besoins de l'hygiène? D'un corps contagieux, difforme, repoussant (fané, puant, suintant, béant d'escarres) ? D'un corps sexué, désirable et désirant, doué d'expression, un corps qui nous enseigne la singularité de l'expérience humaine ?

Malgré les précautions d'usage, la formation des soignants a tendance à réduire le patient à son corps anatomique. Par ailleurs, on peut se demander quelle relation les jeunes soignants entretiennent avec leur propre corps et leurs émotions non verbales ?

Chez la majorité d'entre nous, la relation au corps reste non résolue, inaboutie ou conflictuelle. Ce déséquilibre semble se figer dans les soins par un discours machinique sur le corps, qui n'est pas sans conséquences relationnelles et identitaires : il encourage le *dressage* (du patient, de l'élève-soignant) et parfois le *malaise* par le déni des émotions, c'est-à-dire *l'absence d'expression corporelle* autre qu'en termes médicaux.

À partir de ces constats, je voudrais partager mon expérience de travail corporel avec des psychomotriciens, des sages-femmes et des comédiens. Un contraste ressort : pourquoi des ateliers exploratoires de pratique corporelle ne sont pas proposés systématiquement à certains soignants, alors qu'ils constituent un préalable dans d'autres cursus professionnels¹? Malgré les stages sur les lieux de soins, malgré les séances de groupe de parole, les étudiants infirmiers n'analysent pas facilement « *les émotions qui surgissent lorsque je m'approche d'un corps affaibli* » (dixit un étudiant en psychomotricité) ? Pourquoi, par exemple, les infirmières se forment-elles sur des mannequins et non sur des vrais corps quand il s'agit de laver l'autre ? (alors qu'elles en feront l'expérience en stage) ? Y-a-t-il une vraie étude du « corps à corps » ?

De leur côté, les enseignants construisent un discours sur le corps de l'autre autour de deux tabous : *Eros* et *Thanatos*. Les patients et les élèves subissent dès lors les mêmes « mises à distance » : ils ne peuvent évoluer que dans un rapport à l'expression corporelle toujours déjà formaté².

Pistes philosophiques

Dans la tradition dualiste, platonicienne et judéo-chrétienne, le corps est considéré comme indépendant de l'âme. Platon explique dans *le Phédon* comment l'homme est entraîné vers la fange par ses désirs corporels (ses passions), tandis que son âme n'aspire qu'à rejoindre les concepts de Beauté et de Vérité. Le corps y est présenté comme « le tombeau de l'âme ». Plus tard, les pères de l'Église ont fusionné le platonisme avec le christianisme. Saint Paul puis saint Augustin ont valorisé un corps « idéal », détaché de tout besoin (comme en témoignent les « ascensions » dans la peinture chrétienne). La sexualité et le désir sont restés le point aveugle de notre tradition philosophique, constituant une problématique indépassable et pourtant constamment refoulée. Le patient représentant le versant animal de l'expérience humaine ne peut être considéré, dans cette tradition, que comme impur et mineur, c'est-à-dire, toujours à « secourir », « purifier » et à « éduquer »³. Il faudra attendre

Freud et ses travaux sur la psychosomatique, puis les recherches en « expression corporelle » (dès 1930 avec W. Reich mais surtout à partir des années 1960) pour aborder enfin le versant expressif et non verbal des soins.

La modernité (à partir du XVII^e siècle) a provoqué une triple rupture du holisme. L'Occidental a progressivement cessé de se voir en communion avec lui-même, la nature et la communauté. Cela a favorisé le développement de l'analyse, de l'expérimentation et de l'individualisme, de la confession individuelle : le monde devenant objet de *mon* expérience. L'homme occidental exige la maîtrise des choses par le fantasme de la transparence : il s'agit désormais de *tout voir, tout montrer, tout dire, tout expliquer*.

À la charnière du XIX^e et du XX^e siècle, la médecine hygiéniste puis le taylorisme ont tenu un discours dominant sur l'efficacité productive des corps. La médecine sociale s'est donné pour mission d'« investir le corps de part en part » (Foucault), en vue d'une plus grande rentabilité. C'est que, d'une manière générale, les sociétés humaines s'organisent autour de la peur d'une *liberté sans borne*. Il faut bien faire « quelque chose » avec ce corps toujours à contraindre, toujours à réguler. En Occident, la pédagogie, la médecine et l'économie produisent depuis le XIX^e siècle les discours dominants sur la discipline corporelle. Le but de cette *biopolitique* est de rendre les corps dociles et utiles par le dressage, le quadrillage de l'espace et du temps, et la confession (Foucault). L'organisation des soins en Europe se retrouve au centre de ces 3 discours : la médecine (« qu'est-ce qu'un corps sain ? »), la pédagogie (« qu'est-ce qu'un corps digne, moralement acceptable ? »), et l'économie (« qu'est-ce qu'un corps rentable ? »)

Enfin se pose la question du *rite corporel* dans une société qui n'en pratique plus et qui a sécularisé son rapport au sacré. Les soignants ont-ils eu un rapport au corps (le leur, celui de l'autre) qui a été encadré par une *initiation corporelle* adéquate ? Comment, en effet, aider les soignants à apprivoiser l'effroi et la fascination d'*Eros* et *Thanatos* ? Comment les aider à ne pas dérapier dans l'abus de pouvoir sur le corps de l'autre ? Actuellement, cette initiation se réduit souvent : au fait d'avoir été malade soi-même (ou un proche) ; aux injections, toilettes, palpations, touchers diagnostics ; aux séances de dissection et à toutes les épreuves psychologiques vécues en stage. Dans ce relatif abandon de l'élève face à l'épreuve corporelle, il peut se produire des passages à l'acte brutaux, sur l'autre ou sur soi-même.

Pistes sociologiques

Catherine Mercadier, infirmière sociologue, a bien montré que la place accordée aux émotions des soignants reste problématique, alors que, paradoxalement, des troubles naissent au cœur des soins. La profession, constate-t-elle, se trouve écartelée entre empathie et blindage. Mais quelle empathie est encore possible dans une pratique où le tabou semble persister à propos de la nudité, du dégoût, de la colère et de la mort ? « *On peut dire d'une odeur qu'elle nous repousse, mais on ne peut pas dire ça d'une personne.* », explique une jeune stagiaire. Suffit-il, pour résoudre cette question, d'enseigner des procédures stéréotypées ?

Anne Piret, sociologue, a réalisé il y a 10 ans une observation participante dans une école supérieure de soins infirmiers en Wallonie. Elle y a analysé la façon dont l'école « fabrique » une infirmière par son discours sur le patient. L'acculturation du jeune passe par l'usage intensif d'un vocabulaire et de gestes médicalisés (« *placez-le en décubitus dorsal* » pour « *couchez-le sur le dos* ») qui ont pour conséquence – ou pour

but ? - d'objectiver (de réifier) la relation au patient. Au passage, Piret pose la question de l'idéologie : la maladie serait-elle un « écart par rapport à la normalité » dont le soignant serait le vivant garant ? Elle s'étonne que les actes *techniques* sont *entraînés* tandis que les actes *relationnels* sont *simulés*.

Tout se passe donc comme si le *discours sur le corps* dans la formation des soignants se réduisait à quelques possibles, à l'exclusion de tous les autres. Pourquoi ces futurs professionnels n'auraient-ils pas l'occasion d'explorer d'autres *abords* corporels au cours de leur formation ? Pourquoi n'auraient-ils pas la chance d'expérimenter, en atelier et au moyen d'*improvisations corporelles encadrées*, les notions non verbales de proxémie, d'assertivité, de pudeur, d'empathie et de lâcher-prise ?

« Je suis un corps qui parle » : une ouverture vers d'autres possibles

Dans le cadre d'ateliers que je mène avec des psychomotriciens, des sages-femmes et des comédiens, nous travaillons la question du corps débarrassée de la rentabilité et du rapport de force. L'objectif est de lever une « zone d'ombre » de la pratique : les émotions issues du rapport non verbal et refoulées derrière les procédures. Il s'agit de réactiver son intelligence émotionnelle, et au passage, de permettre aux étudiants de s'exprimer en dehors du cadre prescrit, de s'ouvrir à une part de créativité.

1. Explorer la dimension subjective du corps

Par le biais d'exercices sur des tapis ou dans l'espace, à deux ou à plusieurs, on aborde l'autre en partant de l'idée que, privée de la parole, notre enveloppe envoie et reçoit des signaux forts. À plus forte raison quand nous touchons ou quand nous sommes touchés. Mais comment faire pour passer la première barrière de pudeur ? Ceci est *en soi* le premier travail psycho-corporel. « *Je ne touche que les membres de ma famille. Ou mon copain* », se défend d'emblée cette étudiante qui a pourtant choisi de faire du « toucher » l'essentiel de son métier. Cette autre étudiante reconnaît : « *quand je touche l'autre, je m'imagine que c'est de la terre alors ça va. J'associe le toucher à quelque chose de sale.* » Lors d'un exercice de respiration abdominale, une future sage-femme déclare : « *Il y a des parties de mon corps que je n'aime pas qu'on touche, notamment mon ventre. Cela me met hyper mal à l'aise.* » Je propose des exercices d'une simplicité déconcertante, qui mettent en scène l'abandon, le lâcher-prise. Il autorise le soignant à envelopper l'autre sans que ce contact soit perçu comme une « prise de corps ». Au passage, il s'agit de s'ouvrir à une subjectivité profonde, de se réapproprier son image corporelle en amont des stéréotypes. La question du « ventre », par exemple, est symptomatique chez les jeunes femmes : « *je n'arrivais pas à mettre mon ventre en avant. D'ordinaire, le ventre est quelque chose qui doit rester inexistant, qui n'est qu'apparence.* »

Pour d'autres futurs soignants, l'exploration du contact à soi, dans une visée relaxante, semble incongrue : « *Se toucher le visage, le cou, se masser : pour moi, je ne ressens rien quand je fais cet exercice. A partir d'un certain moment, cela m'ennuie. (...) Pour ma part, je respire de façon thoracique.* » (une future sage-femme). Pourtant, de l'aveu même des étudiantes, les tensions psycho-corporelles sont quotidiennes – identifiées sous forme de « stress » et de « sentiment de gêne ». Comment, dès lors, résoudre ce paradoxe : pour se sentir « à l'aise », il faut passer par une technique perçue comme inconfortable (« *respirer par le ventre, ce n'est pas naturel* », opposera cette jeune femme). C'est que les techniques de relaxation mettent à mal des stratégies de défense échafaudées depuis des années. La problématique du « contrôle » opposé au « lâcher-prise » est au centre de cette réflexion - qui renvoie à la relation d'autorité au

patient - et certains exercices peuvent générer des prises de conscience fortes : « *Au cours de ma vie, écrit cette stagiaire, j'ai bien appris à contrôler mes émotions, à ne pas devoir les montrer (...) Je dois avouer que rien que la pensée de ne plus avoir le contrôle sur moi-même est insupportable.* »

2. Le passage par le symbolique

Ici, nous travaillons sur la métaphore de la relation soignant-soigné. Lors d'improvisations non verbales, nous mettons en scène des concepts : que signifie « être là » pour l'autre ? « la juste distance » ? un « espace intime » ? Comment, pour une sage-femme, métaphoriser une naissance difficile ? Comment incarner aux yeux du patient « la sécurité et le réconfort » ? Peut-on objectiver les signes de « l'empathie » ? A propos d'un exercice qui métaphorisait la « prise en charge », une stagiaire écrit : « *ceci m'a renvoyée à la manière dont je vivais la charge infirmière, cette espèce d'énorme responsabilité qui te tombe dessus sans que tu la vois venir et où tu te dis « je ne peux pas le laisser tomber, je dois tenir! ». »*

Nous créons des situations poétiques, intuitives, lentes, c'est-à-dire à la fois éloignées de la réalité (mais y faisant référence par le choix des postures et d'images) et productrices de sens, parfois encore jamais nommé par le professionnel.

3. Ritualiser l'imaginaire

En délimitant une scène, espace ritualisé de l'imaginaire, nous proposons un travail sur le masque, des improvisations où le regard, la respiration et les distances interpersonnelles nous servent de paramètres de jeu. Nous expérimentons la rencontre, la séparation, la solitude, le manque, la fusion. Cette fiction est présentée devant des spectateurs : pour le participant, il est à chaque instant possible d'affirmer sa présence corporelle (« c'est moi ») et simultanément de disparaître derrière « le personnage ». Ces moments autorisent des corps « poétiques ». Par exemple, un travail sur la chute, pris au départ comme technique pour apprivoiser le rapport au sol et le lâcher prise, est dévié vers une chorégraphie, métaphore de « la chute » dans la vie. Les images scéniques font soudainement écho avec la vision fantasmée de quelqu'un qui « perd pied ». Et questionne le spectateur qui se sentirait la pulsion d'aller « relever » celui qui est faible. La vision « poétique » du corps amène à une expression de « l'innommé » : « *Cet exercice était la projection de ma propre chute, analyse cette future soignante, celle que je vis depuis des mois et contre laquelle je lutte (...). Cette attraction vers le sol et la mort avait une certaine symbolique pour moi. Comme une représentation qui m'habite mais que je m'obstine à nier.* » Cet exercice se fait toujours sous le couvert de la fiction : le cadre de la scène, suivi du travail d'écriture permet un apprivoisement des affects, chez l'acteur comme chez le spectateur.

4. Travailler la parole et l'écrit réflexif

Les stagiaires écrivent, à propos du corps des autres ou du leur. Parallèlement, ils compilent des images de corps, parfois ils prennent eux-mêmes des photos, en dehors de l'atelier, qui mettent en scène des situations non verbales (les visages sont dissimulés). Que racontent ces images ? Il n'est pas nécessaire de les commenter, de les *réduire* avec des mots, car il s'agit sans doute d'une part d'innommé qui réside en nous et que nous poursuivons à notre *insu*. A l'inverse, au fil des séances, les étudiants structureront leur « subjectivité », analyseront l'impact de leur présence à l'autre : « *Je me suis rendu compte que je me coupe de mes émotions. Je m'en vais, le*

plus souvent je suis absente, je suis partie mais où ? J'ai pu faire cette analyse après quelques exercices de respiration abdominale. » ; « Pour moi, non seulement le corps abrite la pensée mais il la développe. Je pense en fonction de mon corps. »

Conclusion provisoire

Dès leur formation, les soignants assimilent des normes corporelles, pour eux-mêmes et pour les autres, qui orientent leurs dispositions vers un certain formatage. On pourrait se demander s'il ne serait pas préférable, lorsque l'on parle du « bien-être » du patient, de travailler en priorité sur la façon *dont on s'adresse aux futurs soignants, afin de leur ouvrir le champ des possibles d'expression.*

« Pendant toute notre vie, nous répétons ces quelques mouvements sans jamais les remettre en question, sans comprendre qu'ils ne représentent qu'un très petit échantillon de nos possibilités. [...] Non seulement notre vocabulaire est réduit mais aussi notre capacité de penser, de raisonner, de créer. Quand un être ne se sert que d'une centaine de mots qui forment sa langue, on dit qu'il est un débile mental. Or la plupart d'entre nous n'utilisent que quelques variations d'une centaine des 2000 mouvements (au moins) dont l'être humain est capable. Mais nous ne prendrions jamais au sérieux celui qui suggérerait que nous sommes des débiles moteurs... » (Thérèse Bertherat).

Il nous reste donc de larges formes de communication à explorer. Les travailleurs ont-ils la possibilité de s'approprier un discours *singulier* sur le corps qui ne soit ni celui de la machine, ni celui d'un gestionnaire de tâches ? L'objectif de cette réflexion est de questionner ce qui se joue en marge du prescrit (ou au centre, c'est selon) ; en plaçant l'accent sur *la situation ressentie*. En se demandant ce qui nous permet d'avancer dans l'inconnu, avec crainte et fascination. Pour ce faire, la fiction est un bon outil. Quand on improvise 20 minutes sur « l'accompagnement de l'autre », on se surprend à laisser tomber le masque, à exprimer ce que l'on s'était toujours empêché de penser. Les comédiens, les danseurs, les psychomotriciens le savent : le jeu génère plus d'expériences de pensée que la fonction sociale. La fiction renoue avec l'intelligence émotionnelle car ce qui se joue *avec/dans* mon corps attire mon attention sur ce qui est justement « hors procédures » ; le moment est potentiellement dangereux ou bénéfique. C'est là que la pensée critique commence.

REFERENCES

- Bataille G. (1957 ; 2011), *L'Érotisme*, Paris, Minuit.
- Bertherat T. (1998), *Le Corps a ses raisons. L'anti-gymnastique*, Paris, Le Seuil.
- Collectif, *Travaux d'étudiants du Cours d'expression corporelle*, H.E. Vinci, notes inédites, 2008–2014.
- Foucault M. (1975), *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard.
- Foucault M. (1976), *Histoire de la sexualité. 1. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.
- Hall E. (1966 ; 1984), *La Dimension cachée*, Paris, Le Seuil.
- Le Breton D. (1992), *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF.
- Mercadier C. (2002), *Le Travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au coeur de l'interaction soignant-soigné*, Paris, SeliArslan.
- Piret A. (2004), *Description et analyse des processus de socialisation corporelle en contexte de formation professionnelle : Le cas de la formation en soins infirmiers*, thèse de doctorat en sociologie, FUNDP.
- Eliade M. (1959), *Initiation, rites, sociétés secrètes*, Paris, Gallimard.

¹ Nous faisons référence aux travaux pratiques proposés aux kinésithérapeutes, aux psychomotriciens, aux comédiens et danseurs. Ces pratiques sont souvent plus *libérales* : elles dépendent moins de procédures figées. L'apprentissage d'un toucher empathique serait-il en lien avec une *autonomie* du geste et du discours sur sa propre profession ?

² Nous faisons allusion ici aux soins de salle, et non à certains services spécialisés où la créativité est plus développée : les soins palliatifs, la psychiatrie, les soins pédiatriques, la santé communautaire.

³ En témoigne la problématique de la sexualité et du handicap : peut-on accompagner la libre expression du désir corporel chez des adultes handicapés moteur – ou chez des personnes âgées en maison de repos ? Ce débat demande au personnel accompagnant de se positionner sur son propre rapport au désir, à l'autonomie et à l'épanouissement corporel.