

# Pratiques

93

Les cahiers de la médecine utopique

Avril 2021 • 18 €

## Peut-on soigner sans toucher ni être touché...



# Pratiques

Les cahiers de la médecine utopique

## Une revue à défendre

Depuis ses débuts, en 1975, *Pratiques* occupe une place particulière dans le paysage des revues. Elle s'efforce de repérer, décrypter et analyser les différentes dynamiques à l'œuvre dans les questions de soin et de santé, au carrefour du social, du politique, des sciences, de la philosophie, de l'anthropologie, de l'art...

Les lieux de soins ne peuvent remplir leur fonction qu'à la condition que la personne puisse y être entendue et prise en compte dans toute sa complexité et sa singularité. Ils doivent lui permettre de repérer l'influence de l'environnement, des conditions de vie et de travail et des dysfonctionnements de la société, sur sa santé dans toutes ses composantes.

*Pratiques* propose une réflexion, à partir de savoirs croisés, qui nous concerne tous. Son ambition est de contribuer à la défense d'un système de santé de qualité, solidaire et accessible à tous.

Les colonnes de *Pratiques* sont ouvertes aux acteurs de la santé et du social, aux professionnels des sciences humaines et aux usagers de la médecine, les invitant à partager leurs expériences, leurs points de vue et leurs initiatives dans le champ de la santé.

La revue *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, mène une analyse critique constructive et indépendante sans publicité ni subvention. Elle est animée par des bénévoles et n'a d'autres ressources que ses lecteurs. 

Vous disposez ici de la version électronique indexée du N° 93  
Page 97 : conseils techniques pour vous en faciliter l'usage  
Pages 98 : sommaire index des mots clés  
Vous pouvez vous servir des signets pour naviguer plus commodément.

Avril 2021

Peut-on soigner sans toucher ni être touché...

*Pratiques, les cahiers de la médecine utopique* est édité par Les éditions des cahiers de la médecine utopique, dont le président est Patrick Dubreil. La revue *Pratiques* est éditée depuis 1975. La nouvelle formule a été dirigée par Patrice Muller jusqu'en 2008.

Directeur de la publication : **Patrick Dubreil**

Directrice de la rédaction : **Anne Perraut Soliveres**

### RÉDACTION

**Françoise Acker, Isabelle Canil, Jean Vignes**

### ADJOINTS À LA RÉDACTION

**Eric Bogaert, Lionel Leroi-Cagniard, Philippe Lorrain, Anne Pagès, Frédéric Pierru, Bernard Roy, Serge Sadois, Catherine Thomas**

### COMITÉ DE LECTURE

**Michel Bass, Pascal Boissel, Mathilde Boursier, Laurent Carrive, Sylvie Cognard, Jean-Félix Cuny, Martine Devries, Bastien Douddaine, Georges Federmann, Olivia Gili, Marie Kayser, Françoise Lagabrielle, Martine Lalande, Jean-Pierre Lazarus, Clémence Le Joubiou, Benoit Marsault, Claire Martin-Lucy, Philippe Oglobeff, Elisabeth Pénide, Léa Schleck**

Responsable du site : **Serge Sadois**

Secrétaire de rédaction, diffusion : **Marie-Odile Herter**

Photo de couverture : © **Olivier Pasquiers**

Graphismes : **Eloi Valat**

Imprimerie : **Imprimerie Chirat**

744, rue Saint-Colombe, 42540 Saint-Just-La-Pendue  
tél. 04 77 63 25 44 – e-mail : pao@imp-chirat.fr

### Revue trimestrielle

Rédaction et abonnements :

tél./fax 01 46 57 85 85

e-mail : [revuepratiques@free.fr](mailto:revuepratiques@free.fr) – [www.pratiques.fr](http://www.pratiques.fr)

52, rue Gallieni, 92240 Malakoff – France

Dépôt légal : 2<sup>e</sup> trimestre 2021

Commission paritaire n° 0922G83786

ISSN 1161-3726 – ISBN 978-2-919249-92-3

Toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, de la présente publication, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite (article L 122-4 du Code de la propriété intellectuelle) et constitue une contrefaçon.

L'autorisation de reproduire, dans une autre publication (livre ou périodique) un article paru dans la présente publication doit être obtenue auprès de l'éditeur (Les Editions des cahiers de la médecine utopique, adresse ci-dessus).

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre Français d'exploitation du droit de Copie (CFC) – 20 rue des Grands Augustins – 75006 Paris – Tél. 01 44 07 47 70 – Fax 01 46 34 67 19.

# Sauvons la psychiatrie

**M** AINTENANT tout le monde le sait, la psychiatrie est en perdition, et il n'est pas un jour sans annonces catastrophiques la concernant.

Les Français ont mal à leur santé mentale, et pendant que les dirigeants en font un objet de communication de plus, le service public de psychiatrie de secteur est au bord du gouffre et ses prestations sont rachetées « à la découpe » par le privé à but lucratif.

Les patients ne sont plus traités comme nous savons et devons le faire. Les conditions d'accueil restent indignes quand elles ne sont pas liberticides. Les soignants – psychiatres, psychologues, infirmiers et autres – sont déprimés, démotivés, découragés et ont envie de quitter l'hôpital public ou même de changer de métier. Les très nombreux administratifs de la psychiatrie commencent à se trouver en difficulté pour répondre aux questions cruciales que pose la déshumanisation de la psychiatrie. Les médecins généralistes sont eux-mêmes débordés par les patients porteurs de souffrance psychique.

Pendant que se joue ce drame qui concerne les malades, leurs familles et leurs soignants, le gouvernement met la dernière main à un projet de psychiatrie portant essentiellement sur une approche nouvelle fondée sur la recherche et les neurosciences. L'ensemble du système de la psychiatrie française, publique, associative et privée va se réorganiser autour du concept de plateformes diagnostiques disposant de moyens conséquents pour entreprendre des bilans neurophysiologiques approfondis (recours aux IRM, à l'intelligence artificielle, aux algorithmes...) débouchant sur les diagnostics promus par le DSM V (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, de l'Association américaine de psychiatrie) et passibles de traitements médicamenteux et cognitivo-comportementaux, à l'exclusion de toute autre approche de la souffrance psychique spécifiquement humaine. Le dernier décret relatif à l'expertise des psychologues du 10 mars 2021 indique de façon limpide la direction prise par la « réforme » promise.

Nul ne peut contester l'intérêt des recherches en génétique et neurosciences, mais elles ne peuvent en aucun cas répondre à la question de l'humanité de la psychiatrie à elles seules. Les travaux portant sur la psychopathologie transférentielle avaient permis de restaurer l'humanité dans la relation avec des patients en grandes difficultés dans leur souffrance psychique. La prescription de médicaments et de traitements psychothérapeutiques ne peut se penser hors de cette relation intersubjective spécifique de l'humain. Et c'est précisément ce qui avait permis à la psychiatrie de s'ouvrir au monde, notamment grâce à cette invention française que nous ont envié les autres pays, la psychiatrie de secteur.

Le succès de cette organisation sectorielle a été tel que les listes d'attente des consultations dans les Centres médico-psychologiques (CMP) se sont accrues à un point difficilement compatible avec les très faibles moyens mis à la disposition des équipes soignantes. Quand un médecin des beaux quartiers demande un an d'attente pour fixer un rendez-vous, ne dit-on pas qu'il doit être excellent ? Mais que la même durée existe dans le secteur public et voilà que l'équipe ne saurait pas s'organiser...

La psychiatrie qu'on nous promet va droit dans le mur de la régression la plus scandaleuse puisque nous savons comment soigner humainement.

Les projets gouvernementaux actuels ne sont pas à la hauteur des enjeux et doivent être reconsidérés, non pas en suivant les avis de lobbies partiels et portant sur des revendications partielles, mais, démocratiquement, avec ceux de tous les partenaires de la cité concourant à une psychiatrie digne de ce nom. 🗳

Pierre Delion



# Peut-on soigner sans toucher ni être touché...

- 4 **IDÉES**  
Entretien avec Franck Lepage,  
propos recueillis par Françoise Acker,  
Anne Perraut Soliveres et Jean Vignes  
**Une gesticulation fort à propos**
- 10 Anne Pagès  
**Le temps du toucher**
- 11 Isabelle Canil  
**Les premiers soins**
- 12 Pascal Boissel  
**Toucher, non sans délicatesse**
- 14 Sandrine Deloche  
**Des gestes barrières comme il en pleut**
- 16 Anne Perraut Soliveres  
**Corps à corps**
- 21 Isabelle Canil  
**Du bout des doigts**
- 22 Laurent Carrive  
**Soigner, toucher, sensibilités en péril**
- 26 Margot Ferry  
**Mains de médecin**
- 29 Florian Besseau  
**La relation en touche ?**
- 30 Christophe Lagabrielle  
**L'haptonomie : toucher pour rencontrer**
- 32 Éric Bogaert  
**Le toucher mental est-il téléportable ?**
- 34 Claire De Firmas  
**Téléorthophonie, mon amie**
- 36 Anne Costantini  
**Adolescents dans la violence extrême**
- 39 Anne Perraut Soliveres  
**Un bisou**
- 40 Laura Foucher et Sandrine Deloche  
**Faire corps, de la résistance au soin**
- 42 Manon Baverel  
**Léo, l'équipe et moi**
- 45 Nadine Weibel  
**Polygamie, polygynie : quid du toucher ?**
- 46 Maxime Banville  
**Confinement et pratique de la diététique**
- 48 Serge Sadois  
**Récurage et rasage...**
- 49 Marie-Christine Pouchelle  
**Façons de toucher à l'hôpital**
- 52 Jean Vignes  
**Jeux de mains, jeux de vilains**
- 55 Arben Elezi  
**Sous le masque**
- 58 Valérie Brilleman  
**Médiation en santé mentale**
- 60 Fabrice Miguel  
**La kinésithérapie en perte d'identité**
- 62 Stefania Marsella  
**Fracture numérique et fracture sociale**

« Peut-on soigner sans toucher ni être touché ? Je dirais oui...  
 mais peut-on être en bonne santé sans toucher ni être touché,  
 je dirais non... »

Thomas Rulleau  
 Ingénieur de recherche clinique, kinésithérapeute

- 64 Patrice Desmons  
**Lever les (gestes) barrières**
- 66 Benoit Marsault  
**Le « touché ! » du psy**
- 68 Laurence Gendron  
**Un toucher qui libère**
- 69 Jean-Pierre Brouillaud  
**Toucher sans les yeux**
- 70 Marcel Nuss  
**Le toucher empathique**
- 71 Anne Perraut Soliveres  
**In extremis**
- 72 Alain Carré  
**Télé médecine et médecine du travail**
- 73 Serge Sadois  
**De visu ou en visio ?**
- 74 Bernard Roy  
**Souvenirs de soins touchants**
- 77 Martine Samé  
**Itinéraire d'un toucher suspendu**
- 80 Annick Bernabéo  
**Tact et contact**
- 82 Quentin Cabeke  
**Le toucher du kiné**
- 84 Patrick Dubreil  
**Ces gens d'ailleurs**
- 86 Nathalie Touaty  
**Dialoguer par le toucher**

**MAGAZINE**

- 90 Jean Vignes  
**Mauvaises ondes**
- 91 Georges Federmann  
**Passer à la caisse**
- 92 Didier Ménard  
**Et si c'était enfin vrai !**
- 94 Didier Morisot  
**Le loup qui se limait les dents**



Je suis EN corps

(au Centre Médical et Pédagogique de Varennes-Jarcy)  
 Le résultat d'une résidence de création initiée par le Centre Médical et Pédagogique de Varennes-Jarcy (établissement de la FSEF) Avec le soutien du Conseil départemental de l'Essonne de la DRAC Ile-de-France et de l'ARS Ile-de-France

Le corps n'est pas seulement ce que les autres voient, il est aussi ce que nous ne voyons pas. De mon visage et de mes yeux, je ne peux voir que des images, des reflets. Tout un cheminement pour changer le regard : ce n'est pas les jeunes que l'on voit mais une image, un fragment. Une véritable démarche s'est articulée autour des mots, des attitudes. Les apparences ont fait place aux profondeurs intimes. Durant toute l'année, le choix des illustrations visuelles et graphiques a évolué...

**Olivier Pasquiers**  
[www.pasquiers.com](http://www.pasquiers.com)

# Une gesticulation fort à propos

Initiée par Franck Lepage, et développée par des associations d'éducation populaire, la conférence gesticulée, analyse politique nourrie de témoignage autobiographique, est devenue un concept à portée de main des « sans voix » pour relayer une parole politique incarnée et l'encourager chez les autres.

Entretien avec Franck Lepage

Animateur au sein de l'association l'Ardeur

Propos recueillis par Françoise Acker, Anne Perraut Soliveres et Jean Vignes

*Pratiques* : Franck Lepage, tu milites aujourd'hui au sein d'une association d'éducation populaire, l'Ardeur, après être passé par l'animation socioculturelle. Comment en es-tu venu à l'animation ?

Franck Lepage : Je suis suffisamment vieux pour avoir connu les débuts de l'animation. Les jeunes qui y entrent aujourd'hui ignorent que ça a commencé par une contestation des méthodes pédagogiques traditionnelles et donc une contestation de l'école. Ce qui m'a amené là, c'est une espèce d'attitude antiautoritaire concernant l'école, comme beaucoup de gens de ma génération ou de ma classe sociale. L'autre chose, qui a été analysée par les sociologues, c'est que beaucoup des gens qui entrent dans l'animation ces années-là sont des jeunes en échec scolaire. Quand ils réussissent brillamment à l'école, ils continuent dans les filières classiques de l'élite.

Dans les années soixante-dix, il y a un énorme mouvement de contestation qui va s'éteindre complètement dans les années quatre-vingt. Toutes les remises en cause de l'institution scolaire par les intellectuels vont se ratatiner sous l'argument de l'emploi, déployé et dominant à partir de 1983. L'école ne va plus servir qu'à une chose dans l'esprit des gens : trouver du boulot.

En 1974, j'ai 19 ans, je me retrouve à animer une classe Freinet dans une école libre à Saint-Gervais (avec le bac, on pouvait faire l'école dans le privé), à faire de la pédagogie anti-traditionnelle pendant un an. Assez naturellement, je me trouve aiguillé vers l'animation.

Le deuxième élément, qui va être déterminant, c'est que j'atterris à la faculté de Vincennes en 1978 où la dimension radicale et anti-capitaliste est clairement nommée. J'ai toujours en tête la brochure d'inscription : « Les études d'animation socioculturelle à l'université libre et ouverte aux travailleurs de Paris 8 Vincennes sont orientées vers la remise en question de toutes les institutions du capitalisme ». On passe d'un mouvement de rénovation pédagogique, les pédagogies

nouvelles (depuis 1920...), à un mouvement politique : comment l'animation peut servir à bousculer l'école, la famille, l'entreprise, la médecine...

Après, je vais mettre un certain nombre d'années à comprendre que l'animation arrive aussi comme mise à mort de l'éducation populaire. L'énergie des années soixante-dix va se trouver embringuée, dans les années quatre-vingt, dans quelque chose qui n'est plus du tout de l'émancipation collective, mais qui devient de l'épanouissement individuel. Grosso modo, les maisons des jeunes et de la culture dans lesquelles je me suis retrouvé à travailler qui, dans les années cinquante étaient des lieux de contre-pouvoir local et animaient des débats sur l'avortement, la guerre d'Algérie, etc., une fois les socialistes au pouvoir, vont se retrouver embringuées dans la théorie du développement local et se mettent au service des municipalités. Assez rapidement, fin des années quatre-vingt, elles ne sont plus que des lieux d'épanouissement personnel, de yoga et surtout pas de contestation qui pourrait déplaire à la mairie.

La décentralisation rend toutes ces associations, qui étaient des contre-pouvoirs, totalement dépendantes des subventions municipales. Ça éteint toute forme de contestation et de radicalité et l'animation dans les années quatre-vingt-dix devient un truc pas dangereux. Je vais contester avec quelques-uns cette forme d'animation et demander le retour à une forme plus radicale qui était celle de l'éducation populaire du mouvement ouvrier.

On est passé du débat au yoga ?

Oui, c'est ça, on est passé de la lutte des classes au développement personnel. C'est pour ça qu'on a eu dent contre le développement personnel comme idéologie, pas en tant que pratique personnelle. Toute personne a le droit d'aller chercher de l'apaisement dans ce qu'elle veut, là où ça devient très problématique, c'est que ça tend à devenir une idéologie globale conforme au néolibéralisme : arrêtons le conflit, ar-

rêtons la bagarre, il faut être positif... Sois le changement que tu veux voir devenir... C'est le livre d'Eva Illouz, *Happycratie*, qui montre comment cette idéologie globale est une idéologie anti-confliktuelle.

#### As-tu croisé Le théâtre de l'opprimé ?

Oui, à la fin de mes études d'animation. Vincennes a été rasée en 1980 par Chirac et ses bulldozers et démenagée à Saint-Denis dans des conditions qui n'étaient plus du tout ce qu'était Vincennes. Je vais passer du département d'animation au département théâtre en me disant que l'animation prétend aider les autres à s'exprimer, alors que le théâtre c'est comment s'exprimer soi-même. Faire du théâtre à Vincennes, c'est forcément croiser Le théâtre de l'opprimé, je vais même avoir la chance de croiser Augusto Boal. La question que pose le théâtre à Vincennes, contrairement aux études de théâtre dans des facs où on fait de la littérature, c'est : comment faire du théâtre politique, comment se servir du théâtre comme arme politique. Donc Le théâtre de l'opprimé fait partie de ça. D'une certaine façon, je le retrouve aujourd'hui avec le mouvement qu'on a lancé autour des conférences gesticulées, c'est une forme scénique de prise de parole politique, la boucle est bouclée.

#### La substitution de l'épanouissement personnel à la lutte des classes, tu peux développer ça ?

Ceux qui ont connu cette époque savent que cette période était éminemment politique, d'ailleurs le slogan était « tout est politique ». Ce qu'il faut avoir présent à l'esprit, c'est que les années quatre-vingt sont les années d'une véritable offensive idéologique, coordonnée, très puissante. Ce n'est pas seulement la réhabilitation de l'entreprise, de l'argent qui sont très connues aujourd'hui, mais c'est autre chose, comme la relecture de la révolution française. C'est une offensive qui va passer par du langage, par le ministère de la Culture, qui va nous faire passer le conflit pour le repoussoir de la démocratie, alors que le conflit est une condition de la démocratie. À la fin des années quatre-vingt, avec les premières émeutes urbaines en France, le pouvoir socialiste invente un « ministère de la Ville », qui transforme une lecture en termes de lutte des classes dans les quartiers populaires en problématique urbaniste et qui va théoriser autour de la notion de développement local. Le problème est que si vous réunissez les acteurs et les agents d'un quartier populaire autour d'une table pour faire du développement local, ce n'est plus pour discuter de ce qui ne va pas, c'est plus dans une optique positive et toute critique devient suspecte et condamne le conflit. C'est pour ça qu'on a vraiment des réticences avec la communication non violente, qui est très ambiguë, qui est utile sur certains plans et très néfaste sur d'autres parce que ça élimine l'idée de la conflictualité.

S'il n'y a plus de conflictualité, il n'y a plus de démocratie, c'est aussi simple que ça.

Ce qui est en train de se passer en ce moment, avec le discrédit de toute forme de critique de la politique sanitaire actuelle au nom du « complotisme », est, du point de vue de la démocratie, un phénomène extrêmement inquiétant. Les gens, et j'en fais partie, deviennent de plus en plus prudents à énoncer des formulations critiques sur ce qui est mis en place autour de la Covid-19. Parce qu'on se fait immédiatement dégommer par une gauche qui ne trouve rien de mieux à faire que de s'allier au gouvernement pour stigmatiser la critique... et ça c'est vraiment inquiétant. Si toute forme de critique devient complotiste, il n'y a plus de critique possible.

Cela fait partie de l'offensive idéologique. 1973, c'est l'arrivée du paradigme de la crise. La logique de crise est géniale pour faire taire toute forme de contestation. Et comme on y est toujours, une crise qui dure cinquante ans ce n'est plus une crise, c'est le système normal...

Mais ça marche très fort, la télévision ne parle plus que de la crise, on peut faire passer toutes les régressions sociales, tous les reculs des politiques de l'emploi, de la retraite, tout ce qui repart dans l'autre sens à partir des années 1981, c'est au nom de la crise. Une crise économique, c'est un manque de richesse. La France ne manque pas de richesse, c'est le sixième pays le plus riche du monde, elle a doublé sa richesse en dix-sept ans, elle dégueule de richesse littéralement. Il y a un « pognon de dingue », c'est le premier pays du monde pour le nombre de résidences secondaires. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas des personnes qui en bavent, ça veut dire que la richesse n'est pas distribuée comme elle le devrait.

Faire passer ces inégalités comme une crise, ça va marcher formidablement et ils vont exploiter ce paradigme de la crise tout le temps. Je me souviens de la dernière élection présidentielle, avec le débat entre les sept crétins, ils parlaient tous de la crise.

#### Il y a aussi l'instrumentalisation de faits divers, les politiques de la peur qui se mettent en place.

Oui, plus un pays est riche, plus il serait dangereux d'y vivre, c'est extraordinaire ! Je ne sais pas si vous vous rappelez les « terrains pour l'aventure », années soixante-dix, c'était dans certaines villes des espaces qu'on laissait aux gosses pour qu'ils fassent ce qu'ils voulaient, n'importe quoi. Vous imaginez ça aujourd'hui ? Maintenant, vous avez des sols en caoutchouc dans les aires de jeu pour pas que les mêmes se fassent mal. C'est fabuleux, des exemples comme ça, on peut en citer mille. Je me rappelle une randonnée dans les Hautes-Alpes, on se retrouve dans un gîte le matin et au petit-déjeuner, il y a des petites confitures dans des trucs en plastique et je vois sur l'étagère des confitures qui manifestement ont l'air

d'avoir été faites par les gens du gîte. Je demande si on ne peut pas les manger ? Non, ils vont fermer mon gîte si je vous en donne, je dois vous donner des confitures industrielles en plastoc. Ben oui, parce qu'il y a un risque qu'on attrape des microbes quand même, c'est pas rien ! Et là, avec la Covid, c'est du délire. On ne va pas s'énerver sur la Covid parce qu'on va y passer la journée.

Si on se laisse aller à rêver, à mettre en évidence toute cette absurdité, c'est tellement énorme qu'on ne peut pas continuer comme ça.

Oui, c'est très puissant, c'est ce que vous faites. La revue *Pratiques*, ce n'est pas rien. Parce que lancer une contre-offensive idéologique, ça ne peut marcher qu'à force d'agréger des gens qui ne sont pas d'accord. Ça, c'est un peu le travail que vise le mouvement des conférences gesticulées. Tout le langage a été transformé dans les années quatre-vingt en un langage positif, qui est le langage du *management* également, et pour faire marche arrière là-dessus, c'est difficile. Dans mon petit spectacle de rien du tout, quand j'ai attaqué la notion de projet, de méthodologie de projet, j'ai des gens qui sont venus me remercier : « Ah vous ne pouvez pas savoir le bien que ça me fait, je croyais que j'étais folle. En fait s'il y a des intellectuels comme Luc Boltanski, entre autres, qui attaquent la notion de projet, ça veut dire que je ne suis pas folle. » Mais vous comprenez bien que cette personne toute seule face à son obligation de tout faire par projet, elle souffre, elle est dans une injonction paradoxale dont elle ne peut pas sortir, parce que c'est comme attaquer la « démarche qualité ». Comment attaquer la « qualité » ? Personne ne peut être contre la qualité. Or la démarche qualité, c'est probablement un des trucs les plus violents qu'on subisse actuellement en termes de contrôle social, les gens se suicident mais ça s'appelle démarche qualité.

Pour répondre à la question, qu'est-ce qu'on peut faire ? Eh bien faire de l'éducation populaire, faire de l'éducation politique, c'est ce que vous faites, c'est ce qu'on fait, c'est un peu lent, un peu long.

J'utilise peu Facebook parce que je m'en méfie énormément, mais ça m'est arrivé de mettre un post ou deux sur la Covid. Les réactions sont immédiates. Il y a ceux qui m'insultent, qui disent : « Ça y est, Franck Lepage est passé à l'extrême droite, il est tombé dans le complotisme. » Mais il y a tout le bon sens populaire des gens qui comprennent que quelque chose ne va pas du tout, mais qui n'ont plus d'expression à gauche pour le dire. Donc ils sont tout seuls dans leur coin et quand des gugusses comme nous, comme vous, comme moi, envoient un post sur Facebook pour dire : « Non, attendez, le confinement et les hélicoptères qui surveillent les plages, alors qu'on est à quelques cas de Covid dans les Côtes d'Armor, il y a un truc qui va pas, vous ne confinez pas un pays pour un nom-

bre de cas aussi ridicule. » Il y a tout un tas de gens qui ont dit : « Vous ne pouvez pas savoir le bien que ça me fait de savoir que je ne suis pas folle. »

La conférence gesticulée, c'est une façon d'exprimer son propre parcours qui fait lien avec les gens ?

C'est cette articulation entre expérience personnelle et analyse politique qui est extrêmement puissante. Si tu ne balances que de l'analyse politique, en gros c'est un tract : on attend que la personne ait tourné le dos, puis on le froisse et on le jette par terre. Si tu n'envoies que du récit personnel, c'est autobiographique, et on va dire : « Ne raconte pas ta vie ». C'est cette articulation entre mon expérience et ce que des intellectuels ont écrit sur la question qui est puissante, parce qu'elle permet au spectateur de dire : « Mais, en fait, moi aussi je vis ça ». Une conférence gesticulée, ce n'est pas un exposé théorique, c'est la façon dont une personne vit cette théorie. C'est une théorie incarnée en quelque sorte. On a été les premiers surpris devant le succès.

Moi j'ai commencé ça en arrivant en fin de droits. J'étais complètement paumé, je n'avais pas envie de retourner sur le marché de l'emploi après avoir passé trente mois aux Assedic à cultiver des poireaux. Et donc, un concours de circonstances fait que je tente une espèce de défoulement un peu bizarre. Je monte sur scène et je raconte deux-trois trucs que j'ai compris dans les quinze années que je viens de passer à essuyer mes pieds sur les paillasons des ministères, et ça marche très, très fort.

Quand on crée une coopérative d'éducation populaire en 2007 qui s'appelle Le Pavé, mes collègues et amis me disent : « On n'est pas là pour faire du théâtre, on est là pour faire de l'éducation politique. » En même temps, la conférence gesticulée amène des gens à s'intéresser à nos formations et à ce qu'on fait. Fidèles à notre désir autogestionnaire de non-spécialisation des tâches, nous allons tous développer cette forme. Alexia Morvan et Anaïg Mesnil vont faire la conférence sur le *management*, Anthony Brault la conférence sur la fin du pétrole, Gaël Tanguy sur le droit du travail, Emmanuel Monfreux sur la famille, etc. On commence à développer cette espèce de forme, cette espèce d'ovni : je monte sur scène et j'articule de l'analyse politique et du témoignage autobiographique.

Un jour, on va proposer au public, qui a envie de faire la même chose, de laisser ses coordonnées et on récupère une cinquantaine d'adresses. À ce moment-là, on comprend qu'on a mis, sans trop le faire exprès, le doigt sur une forme que les gens se sentent capables d'investir très facilement, alors qu'ils n'ont pas fait de théâtre. Là où on aurait pu s'attendre à ce que les gens disent : « Ah, moi je suis incapable de monter sur scène ». Pas du tout, ils voient une conférence

gesticulée, ils voient un homme ou une femme pendant une heure, une heure et demie raconter ses interrogations et ses combats et presque tous se disent : « Ah oui, moi aussi j'ai des trucs à dire, ça, je peux le faire. » Donc on a une forme qui théâtralement est très simple, très pauvre, mais qui a une efficacité politique, militante redoutable. Et ça va aller très vite, ça va devenir une espèce de vague, puisqu'aujourd'hui on est plus de cinq cents, et c'est devenu un concept. C'est amusant parce qu'au début, j'ai dit ça comme une bêtise, « conférence gesticulée », c'est une idiotie, un gag et maintenant, ça devient un concept, il va y avoir des thèses de doctorat sur la gesticulation. En tout cas, ça devient une forme politique de reprise de parole par des gens qui ne sont *a priori* pas légitimes pour la prendre. Ceux qui sont légitimes, ce sont les experts titulaires d'une thèse de doctorat à l'École des hautes études en sciences sociales, ceux-là, ils ont le droit de s'exprimer, mais Madame X, qui est assistante sociale, il ne manquerait plus qu'elle ait des idées ! Sauf qu'une assistante sociale a un savoir politique considérable, qu'elle n'a peut-être jamais envisagé comme savoir politique, mais qui est explosif. C'est ce que l'on appelle le mélange entre du savoir chaud (l'expérience) et du savoir froid (la théorie universitaire). Quand on confronte une masse d'air chaud et une masse d'air froid, ça ne fait pas de l'air tiède, ça fait un orage. Donc voilà, en gros ce qui s'est passé avec les conférences gesticulées. C'est une forme de vulgarisation politique.

C'est drôle parce que dans le vocabulaire, une gesticulation, c'est péjoratif.

Eh oui, c'est pour ça que la droite aura du mal à s'en emparer. C'est malin, mais sans le faire exprès. Mais vous savez, on a cherché un autre mot, mais tout ce qu'on a trouvé ne marchait pas : « conférence politique », tout le monde se sauve, « conférence citoyenne », c'est langue de bois, « autobiographie raisonnée », tu vois la purge, et donc au bout d'un moment on a dit non, ça marche très bien conférence gesticulée parce qu'il y a un paradoxe, ça fait un peu insolent, ça ne fait pas légitime en fin de compte, c'est ça l'astuce.

C'est le bouffon...

Oui, oui et c'est pour ça que c'est malin, ce n'est pas très attaquant, tu peux dire : « Moi je suis un bouffon », sauf que ce qu'on énonce dans une conférence gesticulée, je peux vous assurer que ça parle. Là je sors d'une semaine de formation avec neuf nouvelles personnes. Nos formations durent seize jours, quatre

fois quatre jours, je peux vous assurer qu'au niveau réflexion politique, c'est puissant, on va loin, les gens vont chercher de la matière, de la réflexion. Mais il y a une forme sympathique.

Justement, quelle est la place de l'humour ?

C'est un mystère. À chaque fois, on se pose la question, est-ce qu'il faut que ce soit drôle ? On dit non, ce n'est pas une école de l'humour. Si on fait une conférence gesticulée sur le viol, sur la pédo-criminalité, sur la violence du *management* ou sur le fait d'accompagner une personne handicapée, ce ne sont pas des sujets marrants. En revanche, je pense que ce n'est pas d'humour dont il est question, mais plutôt d'autodérision. Et ça, ça permet de casser la figure de l'expert.

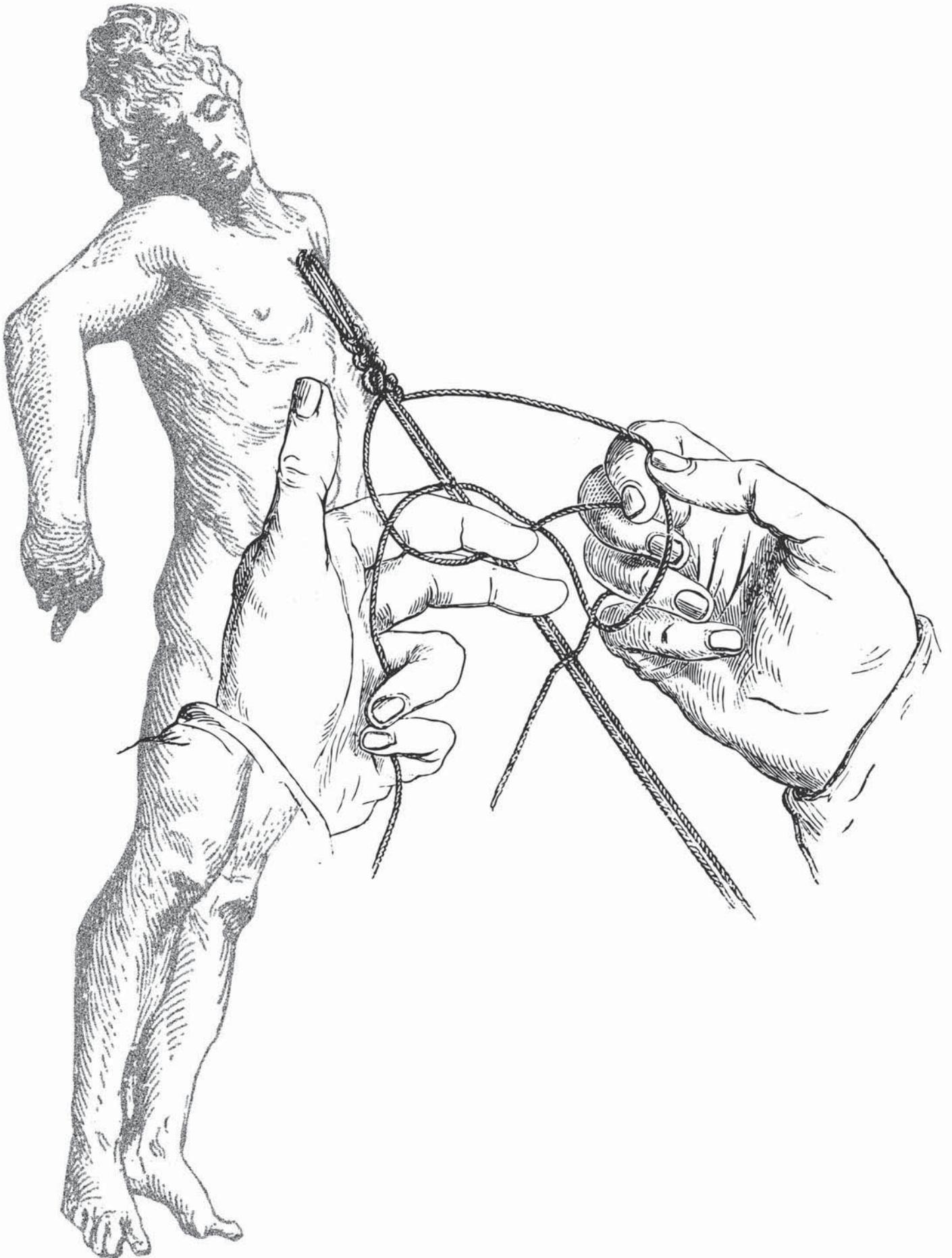
Tu dis que les gens se reconnaissent ?

Oui, c'est ça qui permet de créer un espace politique pour le spectateur. Ce qui est intéressant, c'est le travail du doute. L'éducation populaire, c'est le travail du doute. Par exemple quand Fehti Brétel fait sa conférence sur la psychiatrie. Il est psychiatre. Ce qui crée un espace pour le spectateur qui l'écoute, c'est de voir partout où il galère, là où il en bave avec l'institution psychiatrique qui est en train de virer à la neuroscience et lui qui essaie de faire ce qu'il peut, et puis, il y arrive ou il n'y arrive pas, ça c'est très puissant parce que ça n'exclut pas le spectateur, au contraire, ça l'invite à rentrer dans un espace où il y a de la place pour lui.

Le récit d'expérience, c'est vraiment bien, comme ce que fait *Pratiques*, et ça contredit toute une idéologie de la gauche, de l'extrême gauche pendant des années, qui était : « Ne raconte pas ta vie, elle n'intéresse personne. » Il faut qu'il y ait de la chair dans la pensée, c'est ça l'éducation populaire.

On nous dit souvent : « Ça change quoi, les conférences gesticulées ? » Je n'en sais rien, ça participe de l'élaboration d'un rapport de force, de notre place, là où on est, pour faire basculer le système, l'histoire ne s'arrête jamais, des changements il y en aura, des révolutions aussi.

Le mouvement social, ce que l'on fait, ce que vous faites, c'est contribuer à monter le rapport de force pour le moment où on aura besoin de tout le monde, voilà. On ne peut pas le prédire, on n'est pas des astrologues, ce que je sais, c'est que ça va arriver, c'est sûr je n'ai pas de doute là-dessus. C'est pour cela que l'on a à être là, résister, c'est fatigant mais ce n'est pas déshonorant. 



# Peut-on soigner sans toucher ni être touché ?

LA MÉDECINE moderne a développé des outils permettant de distinguer les organes et d'en mesurer le fonctionnement. La tendance objectiviste qui accompagne ces progrès technologiques a pour corollaire une négligence du ressenti et de la subjectivité de la personne, réduite à ses symptômes. L'écoute, le regard, le toucher, ne font quasiment plus partie de l'examen diagnostique et font disparaître de la consultation le temps précieux de la relation sans laquelle le soin est réduit à sa plus simple expression. Le désir de distanciation qui anime nombre de praticiens, craignant d'être « touchés », prend le pas sur l'indispensable expression de leur empathie à l'égard de ceux à qui ils prétendent venir en aide, comme si tout ce qui permet le rapprochement du soigné et du soignant présentait un risque de confusion.

La Covid, qui continue à sévir, accentue, voire prescrit cette tendance à la séparation physique des personnes soignées et soignantes, dont la téléconsultation est devenue le symbole. Les termes de distanciation sociale, gestes barrières vont alors bien au-delà de la prudence recommandée en vue de diminuer les risques de contamination. L'interdiction de se toucher, même la main, d'embrasser ceux qui nous sont chers, entretient une artificialisation des comportements et pèse cruellement sur les relations familiales, amicales etc.

Nombre de soignants ne peuvent cependant envisager leur métier comme une pratique sans toucher ni contact, et souffrent de ces nouvelles normes érigeant l'asepsie et la distance en dogme et affaiblissant la pratique clinique.

Les réductions drastiques de personnel dans les hôpitaux et les fermetures de lits sont fondées sur la quantification des actes et la rationalisation des gestes. L'absence de considération du temps nécessaire à la rencontre pour des soins de qualité, tels que les conçoivent les professionnels et que l'attendent les patients, contribue au sentiment de perte de sens et à la démobilité des soignants.

Quelle révolution devons-nous opérer dans la formation des soignants, des médecins et des gestionnaires pour qu'ils intègrent la nécessité de défendre le temps d'une relation de soin épanouissante pour eux-mêmes comme pour les patients ? La subjectivité, la construction d'une confiance mutuelle sont indispensables pour répondre aux attentes des personnes en difficulté et conforter leur propre équilibre psychique. ●

# Le temps du toucher

Comment le toucher peut être une étape essentielle dans le soin aux personnes qui souffrent de leur voix.

Anne Pagès  
Médecin phoniatre

De mon lit, vaguement somnolente, je mesure les distances et tout se superpose. Distance, dans la forêt tropicale, entre la chauve-souris et l'habitat humain, trop courte, beaucoup trop courte. J'imagine l'étalon-mètre déplié dans le bureau pour calculer la bonne distance entre le patient et moi, celle que ne franchiront pas les postillons et autres aérosols pendant la séance de pose de voix, celle qui nous gardera en sécurité l'un et l'autre. C'est clair, dans ce cas, la seule solution c'est la distance « absolue », celle assurée par les écrans... et pour cause.

Avant, quand respirer à côté de l'autre n'était pas un danger, j'ai presque du mal à me souvenir de la proximité, de l'insouciance, de la confiance et du plaisir. Il s'agissait bien sûr de garder la bonne distance, mais ce n'était pas parce que l'autre représentait un danger physique ni parce que j'en représentais un pour lui. Je dois reconnaître que la « distance » de la téléconsultation a permis de garder le lien, de continuer un travail en cours, insatisfaisant pour moi mais, semble-t-il, assez satisfaisant pour les patients qui ne s'en plaignaient pas. Je n'imaginai pas le proposer à un nouveau patient jusqu'à ce qu'une enseignante, reçue une seule fois pour entretien et bilan, insiste au point que j'accepte. J'en parlerai un peu plus loin. Dans la très grande majorité des cas l'attention, le toucher, l'écoute, le regard et le temps sont indissociables et indispensables. Le temps me semble le premier acteur de mon travail, qui permet tous les autres. Je pense très souvent à ce cours sur l'examen au lit du patient par un médecin en 1942, rapporté par le Dr Françoise Lagabrielle, alors étudiante : le médecin, assis au chevet du malade, tient sa main et l'écoute pendant une vingtaine de minutes avant de commencer l'examen clinique.

Dans le premier temps, celui de la première rencontre, j'écoute, j'examine les cordes vocales, j'observe le geste vocal, je pose mes mains sur les côtes, le ventre pour une observation plus précise de la respiration. Puis commence (ou déjà continue) ce travail à deux, cet échange où je propose et essaie de m'adapter aux besoins de chacun. Lors des premières séances, le patient en position allongée, je suis parfois très proche car il arrive que seul le toucher apporte une expérience positive. Il a ce pouvoir de permettre un relâchement musculaire que certains ne trouvent pas spontanément. Au début, la détente est souvent ressentie comme « fatigue » par des personnes très tendues, déconcertées

et un peu inquiètes de cette sensation nouvelle, avant que, petit à petit, elles la ressentent positivement et la retrouvent sans le soutien du toucher. Je ne demande alors rien au patient, ce qui est primordial : il n'a pas à réussir et ne peut donc pas rater. Accepté tel qu'il est sans exigence comme un tout petit enfant, passif, la confiance peut se développer d'autant que les perceptions s'affinent progressivement et servent d'appui dans la suite du travail actif. Dans ces cas-là, le toucher est essentiel, car il permet l'évolution d'un geste entravé et douloureux vers un geste plus libre et confortable. Pour Jean-Paul, l'amélioration de la voix s'est installée avec relaxation, respiration et massage sans qu'il ait senti le besoin d'un travail spécifique de la voix.

D'autres n'ont pas besoin de cette médiation du toucher et même, à l'extrême, n'ont pas besoin de ma présence. C'est arrivé une fois lors du premier confinement, je l'ai évoqué un peu plus haut. Marianne est plasticienne et enseignante dans une école d'art. Depuis quelque temps, elle est aphone en fin de journée et souffre de douleurs laryngées. Je ne l'ai reçue qu'une seule fois pour un entretien et un examen. Avec le confinement, elle part s'installer dans les Alpes et m'appelle pour faire un travail à distance. Je ne suis pas enthousiaste et le lui dis. Je ne vois pas comment faire un travail exigeant dans l'écoute et l'observation avec quelqu'un que je ne connais pas et dans des conditions techniques insatisfaisantes. Elle insiste et je finis par accepter. La liaison Internet est très mauvaise au point que, très souvent, je la vois et l'entends dans un brouillard qui n'a rien de poétique. Mais elle dit que ce travail l'aide et nous continuons. Finalement, nous « travaillons » (j'ai plus l'impression de passer une heure de punition pour les yeux et les oreilles) trois mois à sa grande satisfaction. Elle ne viendra pas me voir à la sortie du confinement, car elle n'a plus de problème. J'ai compris en partie pourquoi elle avait réussi à tirer parti de ces conditions déplorables : prenant des cours de chant depuis pas mal de temps, elle avait installé des repères sensoriels précis qu'elle a pu enrichir avec l'aide de mes indications et des exercices qu'elle pratiquait régulièrement.

En dehors de cette exception, qu'est-ce qui peut permettre à quelqu'un souffrant de sa voix d'aller mieux ? Le transfert tout d'abord, ainsi que le fait de s'autoriser un lieu où se poser, un temps pour soi. Le fait d'être accueilli sans jugement pendant la durée dont il a

besoin (dans des limites raisonnables) et non pendant une durée administrative est essentiel à l'autre pour suivre son chemin, chemin intérieur secret, chemin vers un geste vocal plus libre. En effet, il faut le temps que la conscience du corps se développe et, avec elle, les sensations de plaisir, de puissance du souffle et de résonance du son. Ce temps, tout en étant structuré doit avoir de la souplesse, comme un tissu lâche, pour laisser passer la parole, pour laisser place à l'imagination, à l'improvisation.

Qu'est-ce qui a permis à Corentin, 55 ans, à la voix nouée, de la sentir plus ancrée, plus agréable ? Très discret d'habitude, il évoque un jour son enfance. « Ma mère parlait sans arrêt et ne m'écoutait pas »... et il décroche très vite dès que mes explications durent un peu trop longtemps (mais ce « trop longtemps » arrive rapidement). Je perçois son regard absent et nous en rions tous les deux. Avec lui, j'apprends l'ellipse.

Natacha, 60 ans, sourde profonde depuis un traitement antibiotique à l'âge de deux ans, consulte parce qu'elle n'aime pas sa voix et que les autres la trouvent bizarre. Elle a été élevée par ses grands-parents pour qui la surdité était une honte. Elle ne devait pas en parler ni être appareillée, on l'aurait remarquée. C'est seulement à la cinquantaine qu'elle bénéficie de prothèses auditives. Elle se détend, parle de son histoire, s'allonge avec un plaisir manifeste, apprend à se détendre. Du coup, elle dort beaucoup mieux. C'est le premier changement, qu'elle n'attendait pas. Le travail vocal viendra après, prendra plus de temps.

Comment se tissent les liens entre le chemin vers la liberté du geste et le chemin intérieur psychique ? Je ne sais pas, mais je suis témoin d'un espace que le sujet s'approprie, où il respire mieux et où sa voix est moins contrainte. Je m'en émerveille tous les jours. 📍

Prendre soin  
Soins

## Les premiers soins

Isabelle Canil  
Orthophoniste

Il entre dans mon bureau et, derechef, tend vers moi une main un peu crado : « Je me suis coupé avec un truc de mon sac, et c'est sur le doigt que j'écris alors je peux pas écrire. »

C'est vrai qu'il montre l'index droit et qu'il est droitier. Des deux informations de sa phrase, je laisse tomber

l'incapacité et le handicap scripteurs et choisis de m'intéresser à la douleur, à la blessure, au bobo. Je me penche sur cet index et, ma foi, je crois déceler comme une petite ligne d'environ cinq millimètres, qui pourrait bien être la coupure.

« Ah oui ! Tu veux qu'on soigne ça ? »

Il hoche la tête.

« Viens. »

Et je l'emmène à la cuisine du CMPP. Dans le buffet, il y a un vieux carton avec du coton. Je le sais, parce que le coton fait une tache blanche au milieu des sachets de thé, du café soluble, du sucre en morceaux et de la moutarde. Avec un peu de chance, il y aura des pansements et un truc pour désinfecter. Effectivement, je trouve tout. Je débouche la petite bouteille d'alcool à 90.

« Ça va peut-être piquer », je lui dis. Et je tamponne.

« Ça pique ? »

Il hoche encore la tête, mais ne bronche pas. Je me penche un peu plus et me voilà à souffler sur le bout de son doigt. Je ne sais pas si ça pique moins quand on souffle, mais c'est ce que je faisais pour mes enfants. Sur le moment, je n'ai aucune pensée pour toutes les covidettes que je lui envoie peut-être. Puis, je déchire un papier de protection et lui colle un pansement.

« Voilà ! »

Et nous retournons au bureau. À peine assis, il me raconte que sa sœur aînée qui fait du cheval, a pleuré parce qu'à son centre équestre, une jument a eu un poulain, mais elle l'a rejeté et le poulain est mort.

« Ah bon ??? »

– Oui, reprend-il. Sa mère l'a rejeté, alors il est mort, parce qu'il a pas eu les premiers soins, alors il est mort. »

Je reste un moment muette... Cette expression, « les premiers soins », m'étonne dans sa bouche, elle ne fait pas trop partie de son vocabulaire... Je pense furtivement que je viens de donner les « premiers soins » à l'index et que la mort du petit cheval a quelque chose de terrible. Il est mort parce que sa mère-jument l'a rejeté, m'a-t-il dit, les premiers soins lui ont été refusés. C'est bouleversant. Comment concevoir cela ?

« Que c'est triste », je murmure... et nous restons tous deux silencieux et graves, recueillis même.

Mais, indécrottable que je suis, après un temps je lui dis : « On écrit ? »

Et il attrape un stylo, l'index en l'air, figé au garde à vous. 📍

# Toucher, non sans délicatesse

J'essaie de repenser des situations où le toucher devient crime, et de ne pas oublier qu'en d'autres occasions, ne pas se toucher tue.

Pascal Boissel

Psychiatre, psychanalyste

Nous vivons une pandémie qui dure et dont la fin ne saurait être prédite. Partout les interdictions, les limitations aux mouvements et aux rencontres se multiplient. Se tenir à distance de sa prochaine et de son prochain est une injonction qui nous disperse et que nous partageons : l'effleurement des mains, le rapprochement des corps, la rencontre d'inconnues et inconnus, tout cela est de fait interdit. La mise en œuvre de cet interdit est colorée en France par l'arbitraire du gouvernement et son étrange incurie. Je vais essayer de mettre en perspective cet interdit en partant de la référence à l'interdit du toucher dans la psychanalyse, j'évoquerai ensuite deux livres récents qui parlent de la transgression d'interdits sexuels.

## Lorsque le toucher devient criminel

La psychanalyse fut inventée par Freud avec quelques principes simples, entendre ce que dit le patient et ne pas le toucher font partie de ses prescriptions comme chacun le sait et comme la série *En thérapie* l'illustre. Une autre clinique naquit alors qui n'était pas celle du médecin au chevet de son patient alité, c'était une clinique du sujet, puis, avec Lacan une clinique du « parlêtre ».

Ne pas toucher est une règle : Freud renonce aux données de la médecine clinique, à la palpation, à la percussion, à l'auscultation, il renonce à cet accès au corps comme surface à décrypter de façon scientifique. En promulguant cet interdit, il rompt avec la médecine clinique de son temps, et aussi avec la pratique de l'hypnose. Le champ de la psychanalyse put alors être créé, où la parole reçoit une écoute, où le rêve est la voie royale d'accès à l'inconscient. La parole de l'analysant va pouvoir se déployer, orientée par ce qu'il suppose être le savoir mystérieux détenu par le psychanalyste.

Et aussi, le psychanalyste homme ne touchera pas le corps de la femme qui lui exprime son amour de transfert, sous une forme érotisée. Freud nomme transfert cette forme d'amour qui doit être vectorisé par l'analyste vers un désir d'en savoir plus sur son histoire, sur son désir. L'interdit du toucher est alors une forme euphémisée de l'interdit de relations sexuelles avec

la patiente, laquelle est en état de subordination.

En cette période de passivité sociale deux livres, parlant de jouissances inquiétantes, ont bouleversé une partie de la société.

Le livre *Le Consentement* de Vanessa Springora paraît fin 2019. Clotilde Leguil, dans *Lacan Quotidien* en date du 26 janvier 2020, écrit : « Sait-on exactement à quoi on consent lorsqu'on consent par amour à se faire l'objet du désir d'un autre ? (...) L'effet traumatique ne vient pas seulement d'avoir été initiée trop précocement à des pratiques sexuelles qui n'étaient pas de son âge, et cela par un homme de cinquante ans alors qu'elle n'en avait que 14. Mais c'est le fait d'avoir désiré cet homme et cru l'aimer, qui fait trauma. C'est en ce point de vulnérabilité qu'agit le poison de la mauvaise rencontre. Car ce à quoi elle consent alors en vertu du désir éprouvé, c'est au forçage. Il y a donc eu duperie. Elle a cru consentir à être un objet de désir et d'amour. Elle est devenue un pur objet de jouissance pour l'autre. ». Ce n'est que longtemps après que cette femme se sait avoir été adolescente dupée par cet homme, simple objet de jouissance parmi d'autres objets de jouissance.

En ce début 2021, paraît *La Familia grande* de Camille Kouchner. Un homme mûr a eu des relations sexuelles avec son beau-fils âgé de 14 ans, le frère de Camille. Il s'agit d'un inceste selon la loi, un inceste qui ne peut plus être poursuivi selon cette même loi. L'auteur des faits est un politologue de très grand renom, la mère des enfants est une professeure de droit. La mort est présente dans cette famille : le grand-père jamais connu, soudainement rencontré, se suicide peu après, la grand-mère, séparée de son ex-mari depuis très longtemps, se suicide à son tour, sans phrase. La mère s'écroule dans un abîme d'alcool, de méchanceté et d'incapacité à penser et à dire. La tante, actrice si belle, meurt après s'être fâchée avec sa sœur déchue et c'est ensuite que la mère meurt. Et le père a pour habitude d'être indifférent à ses enfants, voyageant sans cesse pour des causes humanitaires. Puis l'auteur a un enfant et alors la nécessité de rompre les pactes maléfiques qui la liaient tacitement à son beau-père, explicitement à son frère et à sa mère, qui l'empêchaient de vivre, devient nécessité vitale après la mort de sa mère.

Elle se souvient de cette demeure familiale où la « familia grande » dormait l'été, elle se souvient y avoir dormi dans une pièce recouverte d'affiches de mai 1968, dont celle qui avait pour légende : « Sois jeune et tais-toi ». Elle sera fidèle à son enfance, elle choisira l'écriture pour parler, pour dire le secret mortifère, elle sait que ce faisant elle rompt avec ce groupe sur lequel le beau-père régna en maître séduisant et pervers. Elle affirme que la jouissance du maître des lieux, lorsqu'elle fut sans limite, fut destructrice, ravageuse.

Ces deux témoignages de femme ne sont pas un propos sur ce qui serait une bonne jouissance, ce sont des paroles singulières, aiguës. Dans les années soixante-dix, la proposition « jouir sans entraves » fut entendue comme une injonction à jouir le plus souvent possible et avec le plus de partenaires possibles pour beaucoup de jeunes, puis très vite les féministes du Mouvement de libération des femmes portèrent une critique rude de cette injonction. Il y eut en fait un aspect lumineux de cette injonction – la libération du carcan des interdits religieux et moraux consensuels jusqu'alors – et il y eut aussi un aspect sombre – celui des abus de mineurs, des mauvaises rencontres. Les hommes décidaient plus que les femmes, le consentement pouvait être absent ou extorqué. Sans aucune nostalgie d'un ordre patriarcal qui fut misogyne et brutal, elles nous en parlent.

### Ne pas toucher peut être assassin

Notre temps est maintenant celui de la quasi-absence généralisée du toucher, cette absence peut détruire. Le psychanalyste Spitz étudia dans les années quarante le développement psychique d'enfants nés et placés en orphelinat pendant les dix-huit premiers mois de leur vie, recevant des soins de manière anonyme, privés totalement de liens affectifs. Il décrit les phases de l'« hospitalisme » : un retard irréversible du développement, la mort pouvant conclure cette effroyable évolution.

On sait que la torture par privation sensorielle fut utilisée, en complément de la torture sans adjectif, à Guantanamo, et auparavant dans l'Allemagne de la fin des années soixante-dix, avec les détenus de la « Fraction armée rouge ». Dans une cellule sans fenêtre, sans contact avec les geôliers, sans horaires réguliers de repas, les prisonniers montraient des altérations de la santé mentale irréversibles, à commen-

cer par des hallucinations et des troubles cognitifs. C'est une variante de ce qui fut vécu par les petits enfants rencontrés par Spitz ; c'est ici aussi une sorte de destruction psychique. Bien sûr, ces exemples ne sauraient faire oublier les tortionnaires français de la guerre d'Algérie, ni ceux de l'ex-URSS de Staline, ni tant d'autres, mais tenons-nous ici à ce point : isoler sensoriellement un être humain le détruit en plusieurs jours. À Guantanamo, cette torture fut supervisée par des psychologues comportementalistes.

### Et la téléconsultation ?

Esthela Solano-Suarez dans le numéro du 5 avril 2020 de l'*Hebdo-blog* s'inquiète de la généralisation acceptée des téléconsultations en ces termes : « Me guidant sur l'éthique des conséquences, ma question concerne l'avenir de la psychanalyse.(...) Si la furie cybernétique l'emporte, je préfère être hérétique, soit "choisir la voie par où prendre la vérité". Ce choix, c'est le choix de ne pas élider le corps à corps de la séance analytique, (...). C'est le choix de ne pas faire passer la psychanalyse au rang d'une pratique quelconque, parce que pratique de masse. »

Et pourtant, ces téléconsultations restent encore, aussi, une brisure dans la routine, dans les façons de faire. Certains parlent différemment et parlent de leurs rêves. Il y eut un sentiment d'urgence ravivé lors du premier confinement. Beaucoup de consultants acceptent ces téléconsultations et ne s'en plaignent pas. Mais il est vrai que nous, dont les sentiments sont si malmenés, acceptons ce que nous aurions refusé il y a peu, l'avenir devenant si difficile à imaginer. Et il est vrai aussi que la téléconsultation tend à devenir une nouvelle routine. Il faudra attendre pour faire un bilan à distance à la fois de la joie d'être moderne, technophile et bon élève du ministère, et de la méfiance exacerbée et ronchonnerie envers toute nouveauté.

Pour conclure, écoutons celles et ceux qui tentent d'imaginer dès à présent la vie d'après cette crise sanitaire, une vie où l'on réapprendra à se sourire et à se toucher. Ce sera très certainement une vie dure où la société sera balayée comme jamais par un chômage de masse, c'est tout un monde qui sera à subvertir. Dans ce contexte, retrouver les joies collectives ira peut-être de pair avec l'exigence de la réinvention d'une certaine délicatesse, le sentiment de la difficulté de la rencontre entre humains ayant été autant et si longuement partagé. 📍

# Des gestes barrière comme il en pleut

Il n'existe plus beaucoup d'endroits jolis pour accueillir la parole des enfants. À quoi ça tient et qui ça touche ?

Sandrine Deloche  
 Médecin pédopsychiatre

Des endroits poétiques discrets, à taille humaine, pouvant s'apparenter aux cabanes au fond du jardin. À un jardin même. Je travaille dans un de ces lieux. Un Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) parisien, paisible, entouré de galeries d'artistes. Attenant à un atelier de gravure, au fond d'une cour, il s'accorde au temps artisan, à sa minutie. Des lieux cachés comme celui-ci, combien en existe-t-il encore pour accueillir ce que des enfants auraient à dire pour aller mieux ? Un lieu d'écoute telle une surface d'inscription de la parole, comme elle vient, comme elle peut, devancée par presque rien. Si ce n'est la confiance faite à l'enfant, à ces gamins-là, de savoir mieux que quiconque pourquoi leur venue ici. Accompagnés la plupart du temps, ils nous confient parfois leurs parents, restant alors sur la réserve. Travailler dans un de ces lieux devient sans doute une exception et donne une haute conscience qu'il est en voie d'extinction. Le soin par la parole et son écoute psychanalytique jalonnent l'histoire de ce lieu. Son âme, ses petits bureaux, ses dédales de couloirs nouent en-

france psychique. Leur feuille de route est de transformer ces lieux en « plate-forme ». Non pas celle à la cime des arbres pour contempler les nids, les étoiles, le gibier. Celles semblables aux machines extractives de la richesse terrestre. Maintenant on le sait, le forage a ses limites aux conséquences dévastatrices sur l'équilibre du monde.

La richesse ici est notre savoir-faire, un collectif de soignants aguerris à travailler en cordée comme en solitude assumée. Des professionnels d'horizons divers, aux itinéraires de travail et de formation élargis réalisant une entité plurielle : l'équipe. Elle soutient la mise en commun telle une surface d'échanges, de paroles, de disputes, de questions. Ses contours mouvants et sa vitalité prennent racine là, dans ce lieu partagé.

Au-dessus, très loin de cette quotidienneté, se décident en dépit du bon sens la pérennité du lieu et ses pratiques de soin selon un futur qui nous échappe. Tout simplement, parce que l'administration surplombante a la paresse de rester déchaussée d'indispensables godillots de terrain, jusqu'à oublier de nous interroger, de prendre connaissance de ce qui s'y passe. L'appui au réel est jugé néfaste, voire contraire aux innovations « performatives » et « qualitatives ». La nouveauté à tout prix, malgré son inutilité, garantit l'avancement dans la place. L'innovation managériale et sa mécanique détruisent le sens des pratiques, le savoir-faire

jusqu'aux mots qui le constituent. Oui plate est la forme de la pensée qui fait structure politique et profile l'horizon. C'est décidé, les missions futures des CMPP seront des missions d'évaluation d'orientation et de diagnostic constituant l'alibi de ces fameuses « plates-formes », et faisant voler en éclat le décret 63-146 fondateur de la création des CMPP.

La désignation « plate-forme » engendre le règne du protocole, du triage de ces enfants inadaptés aux cadres normatifs psycho-éducatifs et pédagogiques qui jalonnent désormais les parcours de l'enfance grâce aux outils neuroscientistes mis à disposition. Détection dès la maternelle de tout ce qui dépasse des courbes normatives du développement psychoaffectif. À cet âge, l'hétérogénéité des seuils d'éclosion reste tout à fait banale, voire souhaitable pour une vie en

## Aujourd'hui, la beauté est une lutte,

## un état friable face aux pouvoirs prédateurs.

semble la discrétion des soignants, les faits et gestes du quotidien, et la parole. Celle devancée le moins possible par l'assignation, celle de la condition sociale, de la maladie dite mentale, du signifiant handicap, de l'échec en tout genre... Pour tout cela, le lieu compte aussi, orne le tout. Aussi, devrait-il incarner l'engagement d'une telle pratique, en être un des signes tangibles ? Aujourd'hui, la beauté est une lutte, un état friable face aux pouvoirs prédateurs. Eux agissent toujours dans le même sens, le saccage d'un certain art de vivre, celui rapporté à la singularité du sujet, à sa dimension poétique, supplantée au profit du mot « norme » accolé au plus grand nombre, à son encerclement quadrillé.

Dans cette visée, la technocratie et ses managers s'acharnent à dévoyer les lieux d'accueil de la souf-

collectivité. Non, désormais les lambins, les récalcitrants, les retardataires à l'allumage ou les trop excités seront étiquetés « troubles ». Le trouble remplace le symptôme. Le « trouble » raconterait-il la sonorité proustienne de nos bambins selon l'expérience première de la rencontre, celle de l'altérité ? Vous rigolez ! Il ne s'agit pas d'être troublé, mais d'être un trouble. Le « trouble du neuro-développement » cote et ratisse désormais plus large que le « trouble du spectre autistique » et ce dès 3 ans ; la pêche risque d'être fructueuse ! C'est sympathique et évidemment très structurant pour un enfant de s'entendre désigné par de tels signifiants : « trouble », « spectre » ou « handicap » renvoyant aux notions d'incapacité, de déviance et de fixité de la chose.

Et pourquoi pas établir ces grilles de cotation dès la crèche pour que la stigmatisation actionne encore plus en amont toutes les formes d'exclusion et de délaissement sous le vocable du politiquement incorrect de « l'inclusion ». Car « le virage inclusif » qui chapeaute le tout est exactement le contraire de ce qu'il dit. Il s'agit de fermeture de beaucoup de structures médico-sociales de soins tels les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) ou médico-éducatifs (IME). Du reste, on ne dit plus « institut » qui soutend une institution, donc de l'humain en collectif et aux manettes, mais « dispositif » qui renvoie à un format dématérialisé et à la carte du soin. Le suivi des enfants renvoyés au bercaïl sera dorénavant organisé à partir de leur domicile selon « un panier de soins » de prises en charge le plus souvent en libéral, ou parfois sur des lieux associatifs, mais selon des temps beaucoup plus réduits et éparpillés, avec un travail davantage successif que collectif de soignants. Cette réduction du soin est inacceptable et pourtant nos revendications se cognent à un mur.

Nous accueillons parfois la passion de l'ignorance chez les enfants en échec scolaire. C'est un blocage rugueux, un bloc minéral parfois. Une vraie barrière au plaisir de penser. Face à ce figement de l'esprit, comment rétablir l'agilité du vivant ? Il s'agit alors de trouver l'angle qui fera céder cette résistance pour accéder à l'autonomie qui s'ensuit : être soi, sujet unique et pensant. Se tente alors un travail minutieux, un temps long de patience, pour lequel il nous faut rester vivants et inventifs.

Hasard ou ironie du sort, on nous gave par ailleurs de la plus folle passion des ignorances. Elle se nomme

Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), consistant en un mariage forcé entre différentes structures ne délivrant pas obligatoirement un même type de soin, mais solidairement engagées sur le plan gestionnaire et financier. C'est un montage très pernicieux qui rendrait responsables non plus les décideurs gestionnaires d'en haut, mais les praticiens d'en bas qui ne feraient pas le chiffre attendu d'activité. Si l'une des structures défaille, elle embarque les autres pour éponger le déficit. Chaque année, le CPOM formalise une feuille de route barbouillée d'acronymes, d'items, de logos. Une novlangue indigeste pourrissant la parole et son langage.

Nos oreilles sont assommées d'improbables inutilités de la langue. Ça fait barrière, ça fait geste barrière à tout dialogue jusqu'à faire émiettement du collectif par effet de sidération. Celle qui use la corne de notre vigilance et de la solidarité de travail. Un jour, cette pollution propre et figurée aura ma peau, le degré de tolérance à l'insupportable aura été franchi, la honte aussi d'être assimilée à ces saloperies.

Un jour, cette langue pourrie a agi selon les attendus de la QUALITÉ. Non pas la qualité d'accueil, d'écoute ou la qualité éthique et morale du lieu, donc de son équipe. Non il s'agissait de la qualité de la gestion du risque. Et d'un coup, sans prendre en compte quarante années de présence d'un escalier et sa rampe faisant partie intégrante du lieu, il fut décidé de sécuriser l'endroit, le seuil en haut de l'escalier, exactement le point d'espace transitionnel entre le dedans et le dehors. En bas de l'escalier, on ne voit rien du lieu, en haut des marches, évidemment on y est et s'enclenche dès cet instant la fonction d'accueil, celle qui fait enveloppe et soin au sens de l'hospitalité. Le premier accueil désignant le lieu est dorénavant un geste barrière, celui d'ouvrir un petit portique pour très jeunes enfants. Le message est sans équivoque : ce lieu est dangereux. Il nous détrône par là même de notre fonction de contenance psychique. Celle qui permet aux enfants d'être libres de leurs mouvements et de leurs éprouvés tout en offrant une présence sécurisante et attentive. Celle qui s'apprend et se transmet sur le terrain. Elle s'exerce dès lors que nous sommes engagés dans le soin, mais sans doute exagérément adaptable à chacun des patients suivis ici. La vie rétrécie à la notion du risque, on en sait quelque chose depuis un an, n'est pas une vie ! Elle s'apparente à une domination du pouvoir à l'endroit de nos libertés. Une seule issue vient à mes oreilles, faire sauter les barrières. 

# Corps à corps

Les différentes acceptions du terme « toucher » peuvent augurer des impacts multiples que sa mise en actes peut avoir sur les soignants, et par conséquent sur les patients. Bienvenue dans le concret du soin.

Anne Perraut Soliveres

Cadre supérieur infirmier, praticien-chercheur

Les soignants n'ont pas d'outil conceptuel qui leur permettrait d'aborder, donc de penser, les actes qu'ils sont amenés à pratiquer sur le corps des patients et qui portent inévitablement atteinte à leur sphère intime. Pour les effectuer, ils sont contraints de refouler leurs propres sensations, de les mettre à distance. À l'époque de mes études d'infirmière, les enseignants avaient une formule qui ne laissait guère de doute : « Vous devez laisser votre vie au vestiaire », ce qui en disait long sur l'abnégation de soi qui était convoquée, sans discussion aucune.

La formation m'a amenée bien loin de la vague idée qui présidait à mon intention d'entrer dans le monde du soin, genre « mains fraîches sur front brûlant »... Rien donc dans ma jeune vie, j'avais 17 ans, qui me permette d'anticiper la fréquentation des humeurs, des corps nus, d'un panel infini d'odeurs corporelles, parfois pestilentielles. Aucun espace, dans le cursus de formation ne permettait d'en parler, pas plus qu'en stage où nous étions exposés dès le premier jour, dans le silence de l'ébullition de nos émotions.

Durant ma longue carrière, la question du ressenti s'est avérée tout aussi inaudible, renvoyée à l'indicible et c'est probablement la raison pour laquelle ce monde d'émotions et de sensations reste le plus tenace des tabous dans la relation soignant/soigné.

## Déjà, les draps...

Lorsque ma mère me demandait d'essuyer la vaisselle, le contact du torchon m'était insupportable et j'avais beau protester chaque soir, proposer de la laver plutôt que l'essuyer, rien n'y fit... Lorsque j'ai intégré l'école d'infirmières, c'est le contact des draps que j'ai dû surmonter, essayant de fermer mes poings autant que possible pour y échapper... sans compter l'électricité statique des couvertures qui me balançait des décharges dans les doigts... Une sacrée épreuve quand on doit refaire la totalité des lits d'une salle de soixante malades. Si on ajoute à ça une tendance au dégoût (voir un crachat par terre me provoquait des nausées) et un nez ultrasensible, mes débuts dans un monde où les sensations sont particulièrement fortes ne furent pas une sinécure. Ah, l'ambiance olfactive du petit matin hospitalier, entre pisse, merde et café au lait... Je refoulai tout ça autant que possible, craignant que cela ne me désigne comme n'ayant pas la vocation...

## Humeurs et répulsions

La fièvre de l'hygiénisme qui a gagné les hôpitaux, stimulée par une réelle difficulté à contrôler les infections nosocomiales malgré des précautions qui tournent à l'obsession, a porté un coup fatal au toucher. J'ai connu l'époque où nous n'avions pas de gants pour effectuer les soins d'hygiène, en particulier les toilettes intimes des personnes incontinentes, maintenant on en met pour distribuer les médicaments... Je devais déployer des trésors d'imagination pour supporter de mettre les mains où personne n'a envie de les mettre. Établir un contact respectueux n'est pas toujours facile et demande parfois beaucoup de maîtrise de soi. Une seule fois dans ma carrière, j'ai craqué et rembarqué un patient qui avait touché mon bras nu avec ses mains pleines d'excréments pendant que je le lavais... J'ai crié : « Ne me touchez pas ! » et j'ai détesté jusqu'à demander à une de mes collègues de le prendre en charge en échange d'un de ses patients. Ce n'était pas la première fois qu'il essayait de me toucher et je me souviens qu'il n'y avait pas seulement cette question d'excréments... Il arrivait souvent que certains patients essaient de nous peloter, mine de rien... Après ma période de repos, et une bonne dose de culpabilité, j'ai pu de nouveau m'en occuper, la compréhension de sa situation s'était substituée au dégoût (ce qui ne m'empêcha pas de faire attention à ce qu'il ne me touche pas). C'est, je crois, la seule fois où j'ai pu exprimer mon rejet, reconnaître mes limites, ce qui m'a permis de les contourner sans pour autant oublier cet événement constitutif de ma propre éthique de la toilette. C'est en essayant de me penser à la place du patient, en développant une haute idée de « la personne » que j'ai trouvé le courage de dépasser la répulsion qui m'assaillait invariablement.

## Une pudeur bien encombrante

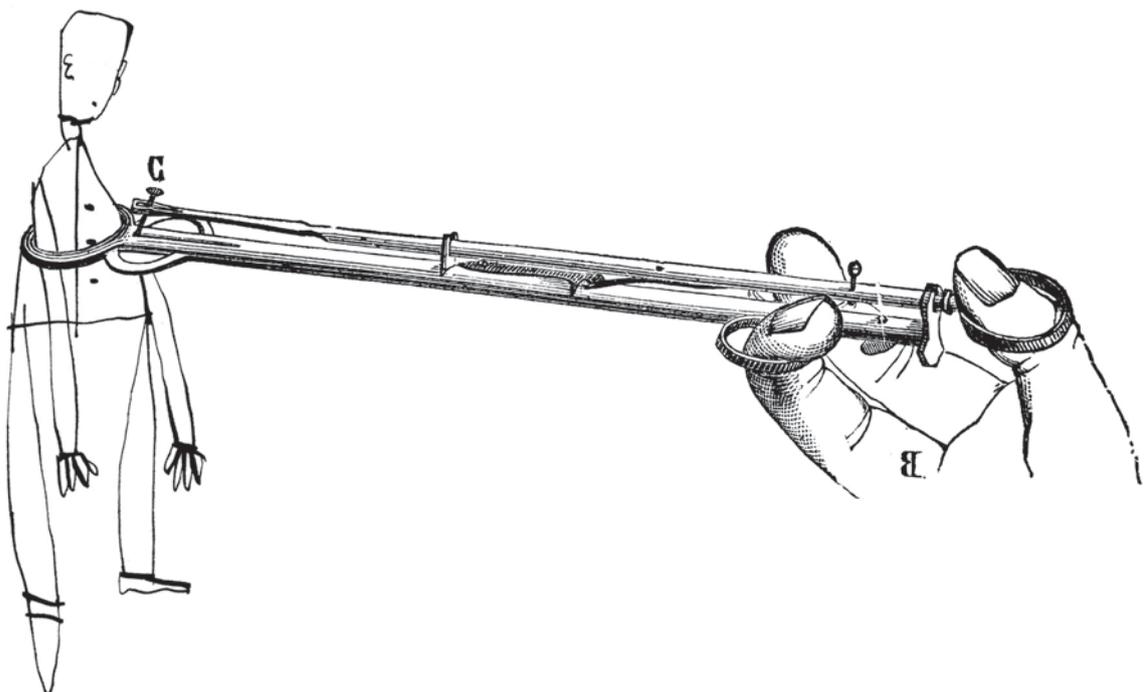
Affronter la nudité du corps de l'autre constituait une première épreuve que nous n'avions pas le temps d'appriivoiser. Je n'étais donc en rien préparée à fréquenter des corps nus, jeunes ou vieillissants, certains abîmés par l'usure ou la dégradation dues à la maladie. Je n'y avais d'ailleurs jamais pensé. Cette transgression de ce qui reste un tabou culturel se fait là sans précaution, qu'il s'agisse de personnes

du même sexe ou du sexe opposé, ce qui confronte les étudiants à des scènes délicates, parfois difficilement soutenables, voire très choquantes.

Mon stage en urologie hommes, que j'appréhendais beaucoup, allait me précipiter dans des découvertes riches en émotions, mais aussi me faire toucher du doigt l'humiliation, jamais très loin, lorsqu'on aborde les parties génitales du sexe opposé, sans même avoir été présentés. À mon arrivée, le premier jour, l'infirmière me demanda d'aller sonder la vessie d'un homme de 32 ans, paraplégique. Mon appréhension de l'acte – c'était la toute première fois – s'atténuait à l'idée que la paralysie rendrait la chose plus aisée. Las !... À peine avais-je saisi le sexe du jeune homme pour le laver avant ce satané sondage qu'une érection solide se développa dans mes doigts maladroits. Je balbutiai une excuse et rabattis le drap en lui disant : « Je reviens... ». Je retournai, très gênée, auprès de l'infirmière pour lui expliquer que le malade n'était pas vraiment paralysé, sans trouver les mots pour dire ce qui se passait. Elle éclata de rire me disant que le patient serait sans doute ravi de l'apprendre, mais que la paralysie n'affectait pas toutes ses fonctions... Après trois tentatives infructueuses, mon malaise était à son comble lorsqu'elle m'accompagna munie d'un flacon d'éther, dont elle envoya sans barguigner une giclée sur les testicules de l'homme... ce qui ramena la verge à une consistance qui me permit d'enfiler ma sonde dans l'urètre. Le patient et moi étions muets et rouges de confusion, et la technique me parut bien agressive, mais je n'avais pas la moindre idée pour contourner cela ni l'aisance nécessaire pour dédramatiser auprès du patient cette première expérience. Le lendemain matin, je fus chargée de faire subir le même sort à un vieux monsieur, sourd comme un pot. La première difficulté fut de lui faire entendre dis-

crètement ce que je m'apprêtais à lui faire sans alerter toute la salle, ce qui s'avéra impossible. Lorsque je compris qu'il était temps d'aborder la chose, je soulevai le drap et constatai, médusée, l'absence de pénis. N'osant pas retourner bredouille auprès de l'infirmière que je soupçonnais de s'amuser de mon inexpérience, je regardai soigneusement le trou, là où je pensais trouver l'organe, objet de mon projet de cathétérisme, mais rien ne vint. Je rabattis les draps, m'excusai auprès du patient qui ne comprenait rien à mon manège et repartis très embêtée avec mon plateau, à la recherche de l'infirmière. Le chef de service arriva à ce moment-là et l'infirmière hilare lui conta ma mésaventure : « Il paraît que Monsieur R n'a pas de sexe ! »... Il me prit par les épaules et m'accompagna auprès du patient en se moquant gentiment. Soulevant le drap, il me montra comment extraire la verge de son nid, ce qui s'avéra long et délicat. M'expliquant que ce phénomène était fréquent à un certain âge, il me dit : « Tu sais, ils ne te mangeront pas toujours dans la main, parfois, il te faudra aller la chercher avec une fourchette à escargots... »

Ces deux expériences donnent une idée des raisons qui amènent les soignants à « désertotiser » les corps des patients soumis à leurs soins, sans que leur expérience ne puisse jamais être verbalisée. Il est probable que beaucoup de gestes touchant les organes génitaux ne pourraient pas être exécutés sans le recours à une objectivation tout à fait artificielle qui permet au soignant d'instaurer une certaine distance. Évidemment, chacun essaie de trouver une manière de faire qui lui soit propre, mais cela revient souvent à la mécanisation de l'acte aux dépens d'une pratique respectueuse de la personnalité du patient. Je n'eus jamais recours à l'éther au cours de ma carrière, mais devins une pro du sondage urinaire chez l'homme en inondant le



patient de mes bavardages destinés à détourner son attention et à alléger ma peur de mal faire et de faire mal...

### Asepsie ou contact, il faut choisir...

Si certains soins contaminants ou rebutants justifient totalement l'usage de précautions, la généralisation de cette méfiance à l'ensemble des soins est abusive, sauf à considérer que tout contact serait potentiellement contaminant. Cette dérive est le résultat d'une campagne sécuritariste sans précédent, qui s'inscrit davantage dans la peur entretenue du contact que dans une réflexion rationnelle sur le risque. Il n'est pas surprenant que la médiatisation attribue quasi unilatéralement le spectre de la contagion aux soignants et à leurs pratiques, sans que soient évoquées ni mesurées les transformations de plus en plus fréquentes de l'immunité des patients par les traitements et leurs effets secondaires.

La période actuelle légitime désormais des pratiques et des comportements dont il n'est pas difficile d'imaginer les effets délétères pour la relation à l'autre, *a fortiori* lorsqu'il s'agit de le soigner. L'avènement du Sida avait déjà éloigné les infirmières des soins à mains nues et de la proximité corporelle, alors que nous ne savions encore rien des modes de contamination de cette maladie. La crainte de transmission des germes « manu-portés » n'a cessé de se développer sans que nous nous préoccupions de ses effets sur une relation bénéfique au corps du malade. Pourtant, le toucher par latex interposé devient systématique du fait des mille recommandations hygiénistes, devenues injonctions en cette période de pandémie. Même si le risque de contamination justifie cette protection, ce « tout latex, en toutes circonstances » en dit long sur la peur de l'autre que ressentent nombre de soignants, encouragés par le discours sécuritaire ambiant et un principe de précaution particulièrement prégnants dans cet univers aseptisé. L'idée même du plaisir, de toucher et d'être touché, est indicible dans le monde des soins tant la connotation sensuelle, bien que soigneusement refoulée, demeure incroyablement menaçante. Les demandes de massages, répétées, de certains patients mettent beaucoup de soignants mal à l'aise, les rebutent, voire les exaspèrent même si, paradoxalement, ils sont tout disposés à apprendre des techniques de massage censés diminuer la douleur. Le toucher, s'il est codifié, devient alors acceptable, mais n'entre pas dans la réflexion des infirmières. C'est le territoire du masseur kinésithérapeute qui, pourtant, se cantonne, lui aussi, au toucher « thérapeutique ». Hormis les services de soins palliatifs, qui sont promoteurs de soins dits de confort (la proximité de la mort éloignerait-elle radicalement tout risque d'érotisation du geste?), le massage reste une expérience rarissime en milieu hospitalier, de l'ordre du superflu. Le double interdit (faire mal et faire plai-

sir) qui veille à la morale du soin est parfaitement intégré dans les comportements soignants sans jamais être énoncé. Toucher un malade dans le quotidien des soins consiste donc plus souvent à le tourner, relever, remonter, nettoyer, changer, palper, percuter, piquer, mobiliser, qu'à lui tenir la main ou lui caresser le bras quand il a peur.

### Sous la peau, l'autre...

Qu'elle soit douce et plissée comme celle des vieillards, ou dure et tannée comme celles des bras d'hommes travaillant dehors, toucher la peau nous renseigne sur l'état de tension ou d'abandon de la personne.

On qualifie les peaux fines de « papier à cigarettes » à propos de très vieilles personnes à la peau toute douce, rendue très fragile et sensible aux agressions par certains traitements et qu'on écorche rien qu'en leur frôlant le bras ou en décollant un sparadrap, de peaux parcheminées pour les tout aussi fines mais sèches, plissées et plutôt rêches, de peaux de bébé pour celles qui ont gardé une certaine élasticité, sans compter la diversité infinie des grains et des couleurs qui réagissent toutes différemment en fonction d'une multitude de paramètres et en particulier de la personnalité qu'elles recouvrent.

Quand rien ne va plus, la moiteur froide du *collapsus* transforme cette belle enveloppe en peau de poulet et marbre de violet la surface entière du corps. La fièvre, elle, colle les poils et les cheveux d'une sueur profuse qui brûle et dessèche une peau rouge qui semble ne jamais finir de transpirer.

Si la peau saine est une merveille de fonctions, de couleurs et de textures, certaines affections dermatologiques la rendent carrément repoussante. Les altérations de la peau peuvent prendre des formes spectaculaires, qu'il s'agisse d'ulcérations, de plaies dont la multitude des formes est infinie, cratères, abcès, brûlures, cancers et autres coups de la nature dont l'imagination destructrice est sans bornes. Le point d'orgue pour moi restera une aventure qui date de la fin de mes études : un clochard avait été amené dans le service de chirurgie où j'effectuais un stage. Après un récurage « sportif » (il est parfois difficile d'imaginer l'état de crasse dans lequel nous parviennent certains patients et la difficulté à les convaincre de s'en débarrasser...) indispensable avant le passage en salle d'opération, où le chirurgien devait curer des ulcères variqueux impressionnants, c'est moi qui avais été chargée de lui faire ses pansements. Le lendemain, au moment où je défaisais les bandes pour montrer les plaies au chirurgien, des milliers d'asticots sortant des compresses et des plaies se sont mis à courir partout, débordant du haricot, tombant du lit. Je me souviens d'avoir poussé un cri et de m'être reculée jusqu'à tomber assise sur le lit du voisin, saisie par une terreur qui n'avait pas de nom. Pour moi, les asticots se nourrissaient de cadavres, pas d'êtres vivants et cela m'a profondément et durablement bouleversée

de comprendre qu'ils étaient entrés sous sa peau puisque rien n'était visible la veille. J'ai, par la suite, appris que les asticots étaient une aubaine pour le nettoyage des plaies, ce qui ne m'a pas rassérénée pour autant...

### Dans la peau de l'autre...

C'est en m'imaginant à la place du malade, « dans la peau de l'autre », que j'ai pu commencer à repérer les limites des savoirs qu'on m'enseignait à l'école et qui me semblaient si peu répondre à mes angoisses de faire mal.

Dans ce monde de douleur, où rien ne se disait d'elle (il fallait se montrer courageux), on classait les patientes en deux catégories : celles du nord de la Loire qui savaient rester stoïques devant la douleur et celles du sud (qui englobait le Maghreb) qui osaient se plaindre, voire gémir ou crier, ce qui me semblait fort inconvenant. Moi, je suis née à Nevers, c'est-à-dire juste au bord de la Loire, au nord...

Si la pudeur nous retient souvent de laisser s'exprimer notre empathie dans la « vie normale », la proximité et la confidentialité de la situation de soin ouvrent des perspectives inédites à condition que l'écoute soit suffisamment fine pour sentir la demande, rarement explicite. Si les enfants ou certaines personnes très âgées expriment sans gêne leur besoin d'un « petit bisou », il est nettement plus délicat d'aborder la question de la tendresse lorsque le statut du patient ou son âge sont plus proches des nôtres. Sans compter que la culture, l'éducation et les comportements font varier à l'infini les possibilités relationnelles ainsi que les risques de « tomber à côté ». Ne sachant pas d'emblée jusqu'où l'autre peut accepter que je m'approche, j'ai pris l'habitude, lorsque je lis l'appréhension sur le visage de quelqu'un, de poser légèrement ma main sur son avant-bras puis de la laisser traîner près de sa main pour qu'il s'en saisisse s'il le souhaite. Le geste peut être bref ou insistant selon le moment et la personne, mais il est rarement vain tant le besoin de se sentir soutenu dans l'adversité balaie facilement les codes habituels de la rencontre.

### Protégée par la nuit...

Mes seules expériences d'un toucher « de communication » se sont épanouies dans ma fonction nocturne chaque fois que j'allais effectuer un soin en essayant de ne pas réveiller la personne. J'entrais dans sa chambre, à la lueur du couloir, lui touchais doucement l'épaule en chuchotant : « C'est moi, je vais vous faire ceci ou cela, ne vous réveillez pas », ce qui instaurait une intimité très particulière dans laquelle je me sentais à l'aise et qui faisait dire à mes patients le matin : « J'ai à peine senti la piqûre » ou « Je ne vous ai pas vue cette nuit, vous m'avez fait mon soin ? »... Je mettais un point d'honneur à les piquer sans qu'ils se réveillent vraiment.

Beaucoup d'occasions de toucher les patients ont disparu avec la sophistication des appareils de mesure dont ils sont bardés. La surveillance de la fréquence respiratoire se faisait la main posée sur le thorax, les yeux sur la trotteuse, durant une minute, qu'il fallait souvent recompter lorsque le patient parlait et nous faisait perdre le fil, le pouls se prenait au poignet, la tension artérielle était l'occasion de prendre le bras pour installer le brassard, etc. Autant de contacts fréquents, anodins, mais humains. Aujourd'hui, les machines froides et bruyantes, les écrans, les seringues électriques, même s'ils ont contribué au confort des infirmières, sont devenus des remparts... Je ne pourrais pas dire combien de fois j'ai dû agacer les jeunes infirmiers qui se précipitaient dans une chambre, alertés par une alarme indiquant une baisse de la saturation en oxygène. Ils étaient debout devant la machine, les yeux fixés sur l'écran essayant de comprendre cette « désaturation »... Ils n'avaient pas eu le réflexe de regarder le patient, qui était tout rose dans son lit, et avait simplement perdu son capteur...

### La peur de faire mal comme école du soin

J'ai toujours pensé que mon attention était due à ma propre sensibilité à la douleur et je n'ai, de ce fait, jamais pratiqué un geste intrusif sans m'imaginer dans la peau de l'autre, ce qui reste, à mon sens, la meilleure garantie de ne jamais le réduire à la notion « d'objet de soin ». C'est l'un des reproches majeurs que je ferais à la médecine qui, sous prétexte d'objectivité, refoule une implication personnelle du soignant, certes parfois usante, mais qui lui permet de ne jamais oublier que nous soignons nos semblables avant de faire la guerre à la maladie sous toutes ses formes. Ainsi, lorsque je suis amenée à piquer un malade en intra-veineux, je n'hésite pas à faire plusieurs fois le tour de son lit, essayant mon garrot sur ses deux bras, afin de repérer le meilleur endroit pour cathétériser une veine qui tienne assez longtemps pour mener à bien le traitement. Cette raison objective n'exclut pas l'autre, qui est de me donner le temps d'appivoiser la peur de souffrir du patient ainsi que ma crainte de lui faire mal, voire de le rater.

Il faut dire que le paysage veineux est extrêmement variable et qu'en fonction de la perméabilité de la peau qui recouvre les veines, ainsi que de leur propre géographie, les stratégies d'approche du cathétérisme veineux vont devoir s'adapter au terrain. Devant l'intra-veineuse comme devant bien d'autres difficultés, nous sommes très loin d'être égaux !

Je suis fascinée par les « boulevards » (plutôt un privilège des hommes), qui consistent en un réseau plus ou moins sinueux de grosses veines apparentes, mais qui souvent roulent sous la peau et fuient l'aiguille ; celles qui sont sclérosées par l'iatrogénie de certains traitements, dures comme du bois et définitivement arides, ou celles, archi sollicitées dont la paroi est si

dure qu'elles refusent l'aiguille et la détournent, les invisibles et profondes dont on sent à la pression du bout du doigt (là où la pulpe est la plus sensible) qu'elles sont pleines de promesses, celles, tout aussi invisibles et qu'on ne sent pas (plutôt l'apanage des femmes...), mais qu'on imagine se cachant sous la peau complice, les toutes petites bleues sur la main qui peuvent claquer aussi vite qu'elles sont piquées (celles qui font le plus mal), ainsi que celles qui se cachent et disparaissent sitôt l'aiguille enfoncée... Il y a parfois fort à faire (et de belles suées en perspective pour les deux « partenaires ») pour s'acquitter « en douceur » de la tâche.

Il suffit d'observer les pauvres avant-bras constellés d'hématomes de personnes fragilisées par l'âge ou les traitements pour comprendre que le cathétérisme veineux n'est pas de tout repos. Ajoutons à cela la sérénité ou l'appréhension de la personne piquée en fonction de son expérience ou non de l'exercice, de son seuil de tolérance à la peur d'avoir mal, puis à la douleur et nous avons tous les ingrédients d'un mauvais moment à passer pour les protagonistes.

Une fois décidé quel bras se prête le mieux à l'épreuve, après avoir demandé au patient de fermer son poing, je tapote ce bras afin de faire gonfler les veines que la faible pression sanguine rend difficiles à sentir. Assurée de « l'identité » de la veine, j'aseptise largement la région choisie et je pique directement, légèrement en biais en direction de la veine. Je la pénètre franchement sans la transpercer et la cathétérise en remontant le fleuve, retirant simultanément le mandrin aussi tranquillement que possible après m'être assurée que j'étais bien « dedans », évitant surtout la torture de « reprendre » sous la peau. Je branche ensuite la tubulure de la perfusion ou j'injecte le liquide contenu dans la seringue après avoir retiré le garrot.

Ensuite, il restera à enlever l'aiguille avec tout autant de soin et, là encore, c'est de ma propre expérience (de piquée) que j'ai tiré la méthode la moins douloureuse : après avoir retiré le pansement et aseptisé la peau, je pose une compresse stérile sur le point de piqure et je retire l'aiguille sans appuyer sur cette compresse, comprimant aussitôt ensuite le point de ponction pour tarir le petit saignement.

Cette ablation ne demande pas seulement une dextérité relevant de la simple coordination gauche droite, elle requiert surtout une attention permanente au ressenti douloureux de l'autre... totalement évitable en la circonstance...

## De l'autre côté

C'est en éprouvant à plusieurs reprises l'état de patiente que j'ai le mieux pris conscience des différentes

manières d'aborder la question du toucher et de son effet sur le bien-être. Après un curage ganglionnaire, le kiné qui était chargé de mobiliser mon bras m'a profondément touchée par son attention et la qualité de son contact. Alors que j'étais incapable de le bouger tant la douleur était vive, il s'est emparé de mon bras, l'a soulevé, comme le berçant et j'ai été envahie par une gratitude immense, qui rompait avec mon expérience antérieure avec d'autres kinés, qui se contentaient de me donner des consignes de mouvements et me laissaient me débrouiller seule dans une salle, se contentant de passer leur tête à la porte de temps en temps pour demander si tout allait bien. Je continuai ma rééducation avec lui, à son cabinet, où aucun matériel n'encombrait la pièce et où il ne me quittait pas un instant, ses mains remplaçant tous les instruments, accompagnant les mouvements, résistant, contre-poussant... Hélas, ces soignants sont rares...

Une autre expérience dans la suite de cette intervention m'a donné à expérimenter une méthode qui laissait certains médecins sceptiques, mais qui soulageait significativement les douleurs. Mon bras ayant commencé à gonfler, je consultai un lymphologue qui me conseilla le drainage lymphatique. Je contactai alors une kinésithérapeute qui s'était spécialisée dans ces drainages et fus conquise par le dispositif subtil qu'elle avait mis en place. Nous étions six femmes, dans des box séparés par des rideaux fermés d'emblée, puis ouverts sur sa proposition, et elle nous gardait deux heures durant lesquelles elle effectuait ses massages, passant de l'une à l'autre, laissant le drainage s'effectuer et reprenant le massage à plusieurs reprises. Nous retrouvions souvent les mêmes personnes et parlions de tout, de rien et parfois de nos soucis de santé. Ces séances me soulageaient beaucoup et petit à petit mon bras a retrouvé son volume, les douleurs ont diminué puis elles ont disparu.

On ne pourra sans doute jamais éviter tous les écueils des relations soignants/patients et, en particulier, les croyances et des savoirs des uns et des autres, mais il serait très simple de contourner ces écueils en changeant de regard. Écouter la parole singulière des personnes, soignantes comme patientes, sur leur ressenti, est le seul moyen de progresser dans un apprentissage mutuel des façons d'aborder la complexité qui surgit du moindre acte de soin. Pour que les soignants puissent y réfléchir collectivement, il faut d'abord qu'ils puissent le penser singulièrement, ce qui nécessite qu'on les encourage à exprimer leurs difficultés et à y trouver des parades ou des solutions. Toucher, se laisser toucher est une source d'épanouissement, nous devons tout faire pour que cette commune humanité se pense et s'affirme. 📍

# Du bout des doigts

Isabelle Canil

Orthophoniste

Elle a 56 ans, et une aphasie progressive. C'est-à-dire que petit à petit, les mots s'en vont. Ils lui deviennent inconnus, *caniveau*, *aubergine*, *gouttière*, ou *somnoler*, *acquérir*, *prétendre*, ou encore *en vain*, *promptement*, *constamment*, et *prendre au dépourvu*, *avoir le bras long*, etc., etc. Aucun aspect du langage n'est épargné. Et voilà plus de deux ans que j'assiste à ce triste naufrage, impuissante à colmater la brèche par où les mots disparaissent.

Il lui faut fournir d'énormes efforts pour en refixer quelques-uns dans sa mémoire : kiwi (parce qu'elle passe sous une tonnelle de kiwis pour entrer dans mon cabinet), écureuil (parce qu'elle en a vu un et qu'elle l'a dessiné pour que je comprenne), gratin, ratatouille (parce qu'elle aimait faire la cuisine et que nous en avons retrouvé péniblement les recettes), déviation (parce qu'il y a des travaux dans mon quartier)... Mais il y a une telle disproportion entre les efforts qu'elle déploie et le maigre résultat que ça m'émeut et me désespère à la fois. Je me dis : à quoi bon ? À quoi sert tout ça ?

Le monde lui devient de plus en plus incompréhensible. Elle ne sait plus rien de l'actualité, ignore le nom du président. Elle-même a un comportement de plus en plus décalé. Elle embrasse des gens dans ma salle d'attente, caresse des enfants...

Mais elle est malheureuse. Sa plainte est toujours la même : « On fait comme si je n'existais pas. Personne ne me parle. » Tous les lundis, elle arrive la mine à l'envers, prête à pleurer. C'est que le week-end a été dur. Son compagnon a invité des gens, personne ne lui a adressé la parole, si elle essaie de dire quelque chose, ils parlent par-dessus sa voix et se détournent. Quelquefois, elle fait une crise, dit-elle. Elle pose les assiettes brusquement et elle crie. Elle peut même jeter un verre par terre. « À cause de ma maladie, je suis pas intéressante, mais ils pourraient me parler quand même ! »

Son compagnon, moi je le trouve minable. Il la traite mal, il se moque d'elle, il l'humilie. Mais elle est jolie et elle satisfait ses besoins sexuels, qui sont exigeants. Régulièrement, elle va à l'hôpital pour faire des tas de bilans, dont on m'envoie copie. Le compagnon y

est décrit comme un aidant admirable de dévouement. Moi j'aimerais qu'elle fiche le camp en le traitant de connard, mais pour aller où ? Et qui s'occupera d'elle ? Alors le lundi, elle a presque invariablement très mal à la tête, elle a déjà pris un ou plusieurs cachets. Elle me raconte comme elle peut toutes les disputes du week-end, en appuyant ses doigts sur son front, tête baissée. Un jour, je me place derrière elle. « Laissez-vous faire, je lui dis. On va essayer un truc. » Et me voilà réellement à essayer des trucs. Je fais n'importe quoi. Exactement ce qui s'appelle n'importe quoi. Je lui masse le cou, les deux mains de part et d'autre, je descends vers les épaules, je remonte. Puis je mets trois doigts sur les tempes, et je tourne, dans un sens puis dans l'autre. Je recentre vers les sourcils, puis je repars vers les tempes, et je grimpe vers les cheveux. Parfois en cercles, parfois en petits déplacements latéraux. Qu'est-ce que je fais encore ? De temps en temps, j'essaie des petits tapotements des doigts. Ou je mets ma main en araignée et j'écarte et rapproche les bouts de mes cinq doigts. Elle ferme les yeux, et elle dit : « Je sens que ça passe... » Moi, je me marre doucement, parce que s'il y a bien un domaine qui ne m'intéresse pas, c'est celui-là ! Les massages, le bien-être du corps, tout ça tout ça... Alors je regarde mes doigts, je leur fais faire des petits pas sur le front de la dame, des pas chassés, des pas glissés, une petite ronde par ci, une petite ronde par là. J'entends leur bruit quand ils chiffonnent les cheveux, un petit coup de toboggan vers la nuque et une remontée à rebrousse-poil. Je m'excuse pour le décoiffage : « C'est pas grave », chuchote-t-elle. J'aime bien aussi descendre d'un doigt sur l'arête du nez. Je me dis que ce n'est pas très orthodoxe, mais je ne peux pas résister. Sinon, à quoi sert cette pente douce ? Je peigne et dépeigne les sourcils. Quand environ dix minutes sont passées, je sens que j'en ai ras le bol, ma chorégraphie digitale manque d'inspiration. Et ô miracle, c'est en général à ce moment-là que la dame me dit avec un grand sourire (que je ne vois pas parce que je suis dans son dos, mais que je devine) : « Oh ça y est, c'est passé... » Alors je reviens m'asseoir face à elle, et je fais ma modeste devant son émerveillement. 

# Soigner, toucher, sensibilité en péril

D'où que se réclame le soin, de l'altérité, du sujet, du toucher ou autres formes de sensibilité, ses fondements sont ébranlés par l'invasion soudaine des technologies numériques. Si la science atteint d'évidence ici ses limites, la philosophie peut-elle en revanche nous être d'un certain recours ?

Laurent Carrive

Philosophe, chercheur en psychopathologie et psychanalyse

## INTRODUCTION

Le rêve du tout numérique vire au cauchemar. À quand le réveil ? Cette question, légitime pour beaucoup déjà, ne fait pourtant pas l'unanimité, loin de là. Comment ne pas s'inquiéter de cette invasion massive et soudaine des outils numériques, qui n'épargne plus aucun recoin de notre vie quotidienne ? Chacun de ces « progrès » étouffe des pans entiers de notre univers sensible. Et le monde du soin, pilier de l'altérité, fondement de toute humanité possible, n'échappe pas à ces profondes transformations.

Le télétravail, le téléenseignement, la téléconsultation... nous démontrent chaque jour combien la présence physique de l'autre, même la plus triviale, nous est essentielle, combien toucher, ausculter, de simples gestes rassurants, restent irremplaçables.

Pourtant, le drame de cette situation ce ne sont pas ces technologies en elles-mêmes. C'est plutôt notre surprenante passivité devant ce déferlement d'outils que nous faisons entrer si vite dans l'usage : réseaux, IA, robots, imagerie... Car à chaque fois, malgré la dépendance qu'ils engendrent ou les soupçons qui pèsent sur leurs effets, nous finissons tôt ou tard par les faire nôtres, oubliant ce fait primordial que la plupart transforment irréversiblement notre rapport sensible au monde.

Peut-on soigner sans toucher ? Cette question sur le sens du soin aujourd'hui n'est autre qu'une exhortation à une immense prise de conscience, celle de notre sensibilité malmenée, celle d'un monde qui s'enlise dans une crise phénoménale.

À quoi rime ce numérique ? Sommes-nous voués à dépérir, momifiés dans des cercueils de nombres ? Qu'importent ces arguments ou d'autres, nous n'en sommes déjà plus à l'heure des questions. Pendant que nous dissertons, c'est la maison entière qui brûle.

## Propos

La perte spécifique de lien tactile dans le registre du soin est une conséquence presque mécanique de l'adoption généralisée des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) dans le champ

de la santé. Mais pour mieux comprendre ce glissement insidieux, il semble difficile de ne pas remonter aux racines anthropologiques de notre rapport au sensible et de son pendant, notre rapport aux sciences, incluant le nombre, la logique et même le langage.

## SOIGNER TOUCHER

### La primauté du toucher

Le toucher est un sens d'exception, matrice, essence même des autres sens, bien plus irréductible qu'eux. Il est premier et fondateur des autres, et ce à plus d'un titre : ontogénétique, topologique, ontologique, sémantique...

Premier sens à pouvoir juger des objets extérieurs, il apprend l'extériorité aux autres sens<sup>1</sup>. En pouvant établir un rapport direct et indubitable avec le terme extérieur du contact, il acquiert le premier, le sens de l'extériorité. Le voir et le sentir en général, d'abord instruits par le toucher, sont donc, à leur manière, eux aussi des touchers.

En plus du contact, le toucher comprend les sensations thermiques, de mouvement et de pression (musculaires, force motrice) toutes associées à la sensation graduée de la douleur, sens des limites, le plus nécessaire. D'où toute l'étendue du spectre sémantique que recouvre ce mot toucher : selon l'intensité, blesser, caresser, frôler, selon le rythme, le pouls, le tocsin, selon le lieu, toucher au but, être contigu, selon l'analogie, la touche de peinture, comme sujet abstrait, toucher à...

### Le toucher et l'unité du sensible

Mais isoler conceptuellement le toucher des autres sens et du monde sensitif dans son ensemble, c'est oublier que notre rapport au monde est un vécu dont l'unité et l'immédiateté précèdent toute décomposition de l'univers sensible. Le morcellement en sensorialités est incapable de rendre compte ni de l'unité préalable du perçu, ni de l'unité intersensorielle rétrospective. En fait, le découpage rationnel du corps sentant a plus à voir avec l'instauration archaïque d'une distance

idéalisante entre le sujet et le monde senti, entre le langage et la sensibilité. Non seulement une telle découpe n'est pas à la mesure de cette expérience originelle qu'est notre présence au monde, mais elle participe plus profondément de la dissociation de l'unité du sensible par la raison.

### Toucher et altérité au centre du soin

Il est vrai que le toucher et la peau jouent un rôle prépondérant dans la constitution du sujet et du moi. C'est par eux que se découvre et se fonde l'altérité, par la séparation du corps de l'enfant de celui de sa mère, déjà alter ego.

À la racine même de la sensibilité, le toucher est le plus propre à en incarner l'unité. D'où, bien sûr, son importance dans le registre du soin. Car soigner n'est pas seulement réparer un organe, c'est toujours s'adresser à un être entier, un autre indivisible. On parle là de toute une conception totalisante du soin. La maladie, comme le formule Canguilhem, « n'est pas quelque part dans l'homme, elle est en tout l'homme et elle est tout entière de lui ».

Dans le soin, le toucher, qui engage deux êtres, tout l'un, le soignant et tout l'autre, le soigné, renvoie précisément à cette entièresité de part et d'autre. Il est une altérité, encore intacte si l'on peut dire, qui prend corps avant même toute représentation. Dans cette rencontre, l'un et l'autre sont conscients de l'indicible et de l'irréductible du contact. Par de simples gestes, avant toute asymétrie des rôles, soignant et soigné engagent dans la réciprocité, leur commune humanité.

### Les métiers de la santé, en banalisant la disqualification du contact, menacent à terme cette aide vitale au soin

#### L'altérité menacée

Mais ce portrait de la relation soignant-soigné n'est-il pas un peu idyllique ? Non parce qu'il sublimine naïvement la richesse indiscutable de toute altérité, mais parce que, dans la clinique aujourd'hui, ce qui fait la substance de cette relation est de plus en plus nié, la souffrance étant d'emblée catégorisée, chiffrée ou tout simplement refoulée. Ce mouvement d'éviction est même devenu la norme dans nos sociétés scientifiées et technocratiques. Et des pratiques comme la consultation à distance assèchent plus encore cette altérité mourante. Les métiers de la santé, en banalisant la disqualification du contact, menacent à terme cette aide vitale au soin. Moins nous accorderons de place au toucher, pourtant irremplaçable comme préalable humain à toute interprétation technique de la souffrance, plus nous encouragerons les recours à des traitements systématiques, voire maintenant presque algorithmiques.

#### L'invasion du numérique dans la santé

Nul besoin de rappeler en détail la place grandissante qu'a pris le numérique dans le champ de la santé. Cette vague d'informatisation généralisée des structures de soin et des métiers associés ne diffère pas spécialement de ce qu'elle est ailleurs. Quant aux bénéfices indéniables tirés de ces technologies, rapidité de gestion, précision et disponibilité de l'information, ils sont suffisamment vantés.

Par contre, les nuisances de ces outils revêtent, dans le monde de la santé, une importance toute nouvelle, car elles touchent la sacralité du soin. L'atteinte de valeurs humaines irréductibles a donc ici des conséquences plus radicales. Elle nous renvoie brutalement à un déni d'humanité flagrant et nous oblige à réagir. Elle nous interroge plus gravement sur l'étrangeté de ces technologies numériques et leurs déterminants, logique, nombre, mathématiques, non plus dans la seule sphère de la santé, mais dans notre société entière. Autrement dit, la crise numérique du soin devient emblématique d'un état de crise, du sensible en général.

### PHILOSOPHIE, LANGAGE et NOMBRE

#### Les sensations trompeuses

Les philosophes, dès l'antiquité, ont relégué le sensible au rang d'apparence et de manifestation superficielle des phénomènes. Pour Héraclite, la sensation n'est pas un instrument digne de foi. Pour Parménide, le témoignage des sens est radicalement trompeur et la connaissance doit se fonder sur la raison seule. Ce rejet s'explique communément aujourd'hui par le fait que, dans leur quête première de la vérité, certains philosophes ont refusé le statut d'être vrai à toute forme de mouvement (non-être parménidien) et donc à la nature sensible en devenir. Deux mondes s'excluant mutuellement se sont alors édifiés : le monde des essences, suprasensible, monde de l'être, monde intelligible, vrai monde ou encore « monde-vérité », selon le philosophe ou le religieux et le monde des apparences, trompeur.

La critique sceptique et le tragique de l'histoire  
Cette ligne de partage, délimitant les conceptions du réel et de la vérité, va traverser toute l'histoire, les philosophies oscillant alternativement d'un côté ou de l'autre d'un clivage réalisme/idéalisme. Plus on croit toucher le réel par une vérité adéquate idéale, plus au lieu de cela, on le vide de son mystère en l'arraisonnant. À l'excès idéaliste des absolus répondra souvent un retour au réalisme et au touché de l'expérience sensible.

Pour les sceptiques, notamment, la prétention du monde intelligible à la vérité est intenable. Au contraire, dira plus tard Nietzsche, notre seule réalité est le monde des apparences, le monde sensible. C'est le monde-vérité qui est en réalité un monde d'apparence, pâle copie du réel.

Malheureusement, par ce dédoublement<sup>2</sup>, nous nous sommes engagés dans un processus irréversible. Plus question pour nous, désormais, de revenir au monde réel en oubliant le monde-vérité dont les mots sont inscrits à jamais dans la pierre. « Le monde-vérité, nous l'avons aboli : quel monde nous est resté ? Le monde des apparences peut-être ?... Mais non ! Avec le monde-vérité, nous avons aussi aboli le monde des apparences ! ».

C'est une des thèses majeures de Nietzsche, dès les origines de notre histoire, le sort du sensible relève du tragique, et doublement. D'abord la terrible irrationalité de l'existence est en elle-même tragique. Mais ce qui est bien plus tragique encore, c'est notre éviction inconsciente des causes de cette douleur, du corps corruptible, de la sexualité, de la folie et en premier lieu de la mort, inconcevable.

### Le tragique du langage

Mais, le tragique de ce partage, victoire de la fixité sur le changement, de l'idéal sur le réel, de l'intelligible sur le sensible, est encore plus ancien, puisqu'il commence par toute représentation, dès le langage. Le mot muselle aussitôt la vie qu'il prétend affirmer. De fait, le mot rate la chose. Il est duplice. Comme le formulait Wittgenstein, le langage est une prison, ce que Nietzsche dira autrement avant lui : « Les mots nous barrent la route. Partout où les premiers hommes plaçaient un mot, ils croyaient avoir fait une découverte. Combien il en allait autrement, en vérité ! Ils avaient effleuré un problème et, croyant l'avoir résolu, ils avaient fabriqué un obstacle à sa solution. Maintenant, pour atteindre la connaissance, il faut trébucher sur des mots devenus éternels et durs comme la pierre, et on s'y cassera plutôt une jambe que de briser un mot<sup>3</sup>. » Le mot ne fait que re-présenter, ce « re- » n'étant jamais qu'une vaine tentative. Le mot est nostalgique par essence. Chaque mot est d'abord croyance, puis oubli, puis oubli de cet oubli. Sa positivité reste l'éviction craintive d'un mystère insoluble, la négation d'un sensible ineffable qui perdure en silence.

### Le tragique du nombre

Comment situer les technologies numériques, par rapport à cette fracture anthropologique entre sensible et intelligible ? Ces technologies dérivent des sciences, mais sont rendues possibles par la manipulation savante et techniquement sophistiquée de nombres. La question du nombre n'est qu'un des aspects de cette épistémologie, mais elle en conditionne tous les progrès.

Il n'est pas excessif de parler d'une tyrannie hypermoderne du nombre. Économie, politique, médecine, sont aujourd'hui régies par l'efficacité froide du nombre<sup>4</sup>. Mais sans une meilleure connaissance de cet être qu'est le nombre, il nous sera difficile d'en réguler l'usage et d'en éviter les excès. Sauf que philosophes

et mathématiciens ne s'entendent déjà ni sur sa définition, ni sur son origine. En fait, nous sommes encore très loin de pouvoir situer le concept de nombre dans une perspective anthropologique comme génétique. Notre usage du nombre, notre manière de nous égarer dans l'excès numérique sont d'une inconséquence qu'auraient largement pu augurer certaines orientations historiquement repérables ces derniers siècles, avec l'émergence des pensées systémiques logico-mathématiques, ancêtres de nos algorithmes, mais autrement plus féroces, dont le positivisme et le scientisme sont en quelque sorte les rejetons.

Mais, la fascination que l'homme éprouve aujourd'hui pour le nombre est bien distincte du rapport ancestral qu'il entretient notamment avec le mot, la lettre et le signifiant. La question est : que savent les nombres, qu'ont-ils à nous apprendre ?

Lacan disait que le nombre est un ancrage dans un au-delà du langage, véhiculé par ce même langage. Il est clair que notre compréhension de cette souveraineté aliénante requiert une connaissance qui ne peut pas être interne aux sciences ni aux mathématiques. On peut même se demander si le nombre et la logique, qui offrent des capacités structurantes et politiques à nos grammaires, ne sont pas un talon d'Achille du langage, une faille par laquelle s'engouffreraient certaines formes de pouvoir et industries de la domination.

Nous pourrions ici retracer bien des généalogies complexes de cette institution qu'est devenu le nombre. Mais force est de constater que de l'être profond du nombre, nous n'en savons encore que trop peu. Du reste, saisir l'intrication du nombre et du langage est une chose, savoir pré-langagier ou non. Mais encore faudrait-il ensuite comprendre comment l'homme, cette forme de vie particulière, l'être sensible que nous sommes, se trouve irrésistiblement noué au nombre, jusqu'à cette hyper-mathématisation du réel qu'il a provoquée et qui, désormais, le menace.

Et si nous devions nous « désenvoûter » du nombre, le pourrions-nous seulement ? Du cours de civilisation qui résulte du nombre, tout retour en arrière, nous le savons, n'a plus guère de sens. Un mouvement inverse supposerait, désormais, un renoncement auquel nous nous sommes rendus inaptes. « Bien que la science demeure un fantasme, l'idée d'un réveil est impensable<sup>5</sup>. » Il faut donc se faire à l'idée d'une cohabitation « définitive » avec le nombre, et sous sa forme la plus calculante. D'évidence, seul l'usage nous en enseignera les écueils. Plus nous habiterons le nombre, plus nous en saisirons les possibles et plus nous serons à même d'en écarter les pièges.

### Quelle philosophie pour le soigner numérique ?

Alors, la réponse la plus utile que l'on peut opposer à l'hégémonie imminente du soin numérisé n'est-elle pas de réclamer, à cor et à cri, ce contact, ce tact, cette présence de l'autre, d'en rappeler les vertus, d'en exposer au quotidien la supériorité éclatante, par l'évi-

dence sensible de la pratique ? En somme, le toucher, organe de la douleur, serait le garant, la sentinelle d'un autre infranchissable, une ultime frontière au-delà de laquelle l'abstraction numérique n'est plus maîtresse et, même, n'a plus cours.

Car on peut sérieusement douter des vertus d'une philosophie du soin si l'on songe ne serait-ce qu'à l'évolution moderne de la philosophie. À l'origine, « manière de vivre »<sup>6</sup>, sagesse vécue, impliquant le corps et l'esprit inséparables, la philosophie sous l'égide de la théologie, s'est vite transformée au Moyen Âge en une activité universitaire. Schopenhauer ira jusqu'à dire que « [...] la philosophie des universités est de l'escrime en face d'un miroir ; au fond son véritable but est de donner aux étudiants des opinions selon le cœur du Ministre qui distribue les chaires. [...] [elle est] [...] une marionnette mise en mouvement par des ressorts étrangers. On ne saurait la considérer comme sérieuse ; c'est une philosophie pour rire »<sup>7</sup>.

On peut avoir ce sentiment que la philosophie, qui s'intéresse essentiellement à la « vérité », a fait profession d'avoir raison, sur tout. Même lorsqu'elle a tort, aussitôt dotée des bons arguments, par d'habiles mouvements dialectiques, elle sait reprendre l'avantage quoi qu'il advienne. Or, ce mécanisme éprouvé ne ressemble en rien à un véritable dialogue. Il serait même un pur rapport de force, à peine déguisé, tant il ne laisse aucune chance à l'indigent. Le propre du dialogue n'est pas d'imposer à tout prix à l'autre sa vérité, ni même de l'en convaincre. Au contraire, il s'agit de reconnaître chez l'interlocuteur une perception radicalement autre, souvent indicible, en premier lieu, peut-être, sa souffrance.

Rien d'étonnant donc à ce que la philosophie, dans la pratique, ne sache pas s'y prendre avec le sensible, le quotidien, le contingent et la souffrance et qu'elle n'ait jamais vraiment pu étendre sur eux sa juridiction. La raison philosophique, à son tour, ne souffrirait-elle pas d'un tel manque de tact qu'elle ne peut qu'à peine le combler en cédant à l'indiscipline de formes autres, poétiques, littéraires ou cliniques, toujours en lisière de son champ propre ? Mais déjà ce n'est plus elle.

Le grand paradoxe de nos ruptures historiquement répétées avec la sensibilité, et qui constitue une nouvelle menace pour notre vie d'hypermodernes, assujettie aux algorithmes, c'est qu'il est impossible de plaider pour le sensible autrement qu'avec le sensible. En dernière instance, seules la force de notre instinct et la violence de nos souffrances sont en mesure de reconnaître ce danger et l'urgence d'y faire face. Même le langage, pour véritablement toucher, doit

déborder de vie, sans quoi il reste lettre morte. Toute argumentation, qu'elle touche le soin ou plus généralement la valeur de nos vies, ne trouvera comme dernier appui solide que notre conviction sensible.

## CONCLUSION

C'est en reprenant contact avec cette sensibilité inexorable qui constitue notre vie en propre que nous dénouerons le problème. Qu'il s'agisse de notre rapport premier avec la nature du corps-esprit individué, du rapport de ce corps au monde naturel qui l'entoure ou encore du lien qui nous unit tous – soigner autrui comme sensibilité première à l'autre, primauté de l'interdépendance et même définition de l'altérité. Le sentiment et la conviction de perdre en humanité et en sensibilité sont inaccessibles à la pensée argumentative. Et les sciences sont en la matière de médiocres recours. Les sciences de la vie, qui viennent régulièrement nous décrire et nous expliquer les merveilles de la nature, ne font que confirmer ce qui est déjà notre intuition profonde, puisque précisément ces convictions sensibles, indirectement ou non, constituent leur source et assurent leurs fondements. Mais constater la disparition progressive du lien tactile dans le monde du soin et, plus généralement, dans nos sociétés reste insuffisant. Car une fois encore, la dégradation de ce lien est l'indice d'une crise beaucoup plus large, dont les signes ne cessent de s'accumuler. Or, seule notre sensibilité en alerte, celle-là même que par une vanité présomptueuse, nous étouffons chaque jour un peu plus, peut nous offrir une perception juste de la situation, parce qu'unifiée et ressentie par tout notre être. L'unique moyen de démêler ce problème inextricable est de briser le cercle, en ménageant à tous le temps de respiration, vital pour retrouver nos esprits, en fait le plus naturellement du monde, puisque ce n'est rien d'autre qu'accorder à la vie ce qu'on lui doit. P

- 1 Cf. E. Condillac (Bonnot de), *Traité des sensations*, 1754.
- 2 Cf. C. Rosset, *Le réel et son double*, 1976, Gallimard.
- 3 F. Nietzsche, *Aurore – Réflexions sur les préjugés moraux*, § 47, trad. H. Albert. Mercure de France, 1901.
- 4 Cf. Par exemple, A. Badiou, *Introduction de Le nombre et les nombres*, 1990, Seuil.
- 5 J. Lacan, *Séminaire XXV*, séance du 15 novembre 1977.
- 6 P. Hadot, *Exercices spirituels et philosophie antique*, 2<sup>e</sup> éd., Paris, Études augustiniennes, 1987, p. 223.
- 7 A. Schopenhauer, *Le monde comme volonté et comme représentation*, trad. A. Burdeau, Paris, Félix Alcan, 1912.

# Mains de médecin

Chronique de l'apprentissage du toucher. Des mains qui palpent, explorent le corps et son intimité, qui témoignent de l'empathie du médecin pour le patient. Un usage des mains qui se module avec le temps et en fonction des patients, entre retrait et pression, et émotions partagées.

Margot Ferry  
 Médecin généraliste

Les mains ont changé. J'étais de celles qui gardent leurs ongles longs, pour paraître plus redoutables. De celles qui portent des bracelets, bagues et autres grigris, dans un effort superstitieux pour me sentir en sécurité. J'avais toujours un peu de terre ou de mousse incrustées çà et là, comme Thérèse Desqueyroux fuyant les hommes et leur jugement, renouant avec la nature en grattant du bout des doigts les pierres des vieux murs. Et de ces mains de sauvageonne, j'ai finalement appris à soigner. Plus de bague, plus de bracelet. Les ongles courts, impeccables, la peau sans cesse désinfectée. Des mains qui sentent le gel hydroalcoolique et la crème réparatrice. Des mains de médecin, qui ne tremblent jamais.

Je suis médecin, cet inconnu qu'on laisse nous toucher, nous palper, nous ausculter. Qui explore de ses mains notre corps et notre intimité. J'ai touché tant de corps dans ma vie que j'en ai presque oublié l'étrangeté qu'il y a à toucher ainsi les gens, ceux qu'on ne connaît pas, qu'on ne reverra peut-être plus jamais. Que l'on soit ou non de ces gens dit « tactiles » dans la vie de tous les jours, on le devient nécessairement dans l'apprentissage de la médecine. N'étant pas moi-même de ceux-là, la question du toucher ne s'est pourtant même pas posée : toucher l'autre, celui qu'on soigne, m'a semblé parfaitement naturel.

Le toucher en médecine est, à bien des égards, indispensable. En médecine générale, qui est ma spécialité, mais également dans l'ensemble des spécialités « cliniques », une consultation ne se conçoit pas sans un contact physique avec le patient.

Palper un ventre, prendre les pouls, rechercher des adénopathies, une douleur, une masse, un goitre... sont les apprentissages de base de la sémiologie médicale. Et après la sémiologie clinique à visée diagnostique, il y a la thérapeutique. Manœuvre de Hall-Pike, massage cardiaque, médecine manuelle et ostéopathie : tout cela, c'est encore apprendre à toucher.

Et puis, il y a tout le reste. Le toucher symbolique. La poignée de main. Les gestes de réconfort. Le toucher de l'empathie, celui qui touche le corps pour mieux toucher l'âme.

Je débute mon internat dans un service de pédiatrie. Une entrée en matière difficile, dans une ville sans

charme, un internat vétuste, et soumise à des horaires allant de soixante à quatre-vingt-dix heures par semaine. Il y a, parmi les pédiatres de ce service, un médecin ostensiblement phobique du contact physique. Il ne touche les enfants que du bout de son stéthoscope et ne se résout à palper un ventre que lorsqu'il n'y a aucun interne à portée (de main) pour l'en décharger. Il ouvre les portes avec les coudes et se déplace d'une étrange façon, de biais, les mains relevées, pour ne surtout pas risquer un contact accidentel en frôlant quelqu'un dans un couloir ou une pièce un peu étroite.

L'autre caractéristique principale de cet homme est son manque d'empathie flagrant. Capable de faire pleurer aussi bien la jeune adolescente de la chambre 6 que son interne au bord de l'épuisement professionnel, cet homme sec et acerbe semble résolu à ne se laisser toucher, littéralement comme au sens figuré, par absolument rien.

À l'inverse, alors que je dîne un soir avec l'interne des urgences, celle-ci me dit qu'elle pose toujours sa main sur l'épaule des patients lorsqu'elle les ausculte, pour ne pas être « juste un stéthoscope », mais aussi une main bienveillante, qui rassure et qui soigne. Ses mots me touchent alors, moi, à cet instant précis. Je comprends que j'ai moi aussi toujours posé la main sur l'épaule. Toujours pris la main des patients lorsqu'ils pleurent. Et ce depuis mes premiers pas à l'hôpital, en stage infirmier, à l'aube de ma deuxième année.

Et pourtant, alors qu'elle m'explique cela, je comprends que je ne touche plus l'épaule des patients que j'ausculte. Loin d'être dépourvue d'empathie, loin d'être phobique, pourtant je ne touche plus les gens. Pire, les gens ne me touchent plus.

Je suis ici comme une ombre, interne solitaire qui ne connaît personne, isolée des siens comme de tout ce qu'il y a au monde de familier ou de rassurant. Je suis si épuisée que plus rien ne peut m'atteindre réellement. J'assume bravement mes prises en charge, mais sans recevoir dans ma coupe déjà pleine la souffrance de ceux que je dois soigner.

Quelques mois plus tard, je quitte enfin cet endroit sordide pour gagner de plus vertes contrées : pour mon deuxième semestre, je suis affectée aux urgences d'un hôpital ardéchois. Sur la route qui sépare Roanne

d'Aubenas, dès les premiers virages, je sens s'ouvrir en moi une brèche, de laquelle s'écoulent des torrents de larmes et par laquelle entre la lumière du soleil, la beauté des montagnes, et les sourires et paroles de bienvenues de mes nouveaux collègues. Au réveil d'un profond sommeil, je suis redevenue moi-même, touchante, et touchée. Et je prends mon poste aux urgences avec une certaine légèreté.

Une femme d'une cinquantaine d'années, en vacances dans la région, se pointe aux urgences pour des douleurs abdominales. Traitée pour une infection urinaire, elle se plaint d'avoir toujours mal. Je pousse l'interrogatoire jusqu'à mettre en lumière un tableau typique de troubles fonctionnels intestinaux : cette femme se plaint en réalité d'inconfort, de ballonnements, de difficultés à digérer et, ce, depuis déjà quelques mois. Tandis qu'elle m'expose cette situation qui n'a rien d'urgent, plutôt que de forcer le trait sur la gravité de ses symptômes comme le font parfois les patients qui comprennent que leur place n'est pas vraiment aux urgences, celle-ci insiste au contraire sur sa bonne santé, sur son activité sportive.

Je poursuis donc par l'examen clinique. Je touche à ce ventre, le cœur de ses ennuis. Ventre souple... non, pas si souple. Une sorte de défense en fosse iliaque droite. Et le cadran pelvien, comme induré. Induré... ou plutôt, empâté. L'empâtement, un mot qui ne me parlait pas lorsque je le croisais dans mes livres, jusqu'à cet instant. J'ai un mauvais pressentiment en touchant ce ventre, qui vient ébranler mon hypothèse précédente.

Je reprends toute l'histoire et ses antécédents. Hystérectomie, conservant un ovaire. Sous traitement hormonal substitutif pendant cinq ans. J'ai le mot cancer à l'esprit, maintenant.

Je demande donc un scanner.

Les images arrivent sur l'ordinateur. Nul besoin d'être une experte en imagerie pour voir qu'il n'y a là rien de normal. « Carcinose péritonéale », je pense. Et le compte rendu vient quelques minutes plus tard étayer cette hypothèse. J'éprouve une sensation désagréable : la satisfaction du diagnosticien d'avoir vu juste, l'amertume de l'humain qui voudrait avoir eu tort. Je pense aux mots de la patiente : « Je fais de la randonnée, je suis en pleine forme, je suis très tonique ». Comme si elle avait senti venir le coup, comme si elle conjurait d'ores et déjà ce diagnostic, l'écartait d'un revers de main : ça ne colle pas, parce que je vais bien, moi. Le déni avant l'annonce.

L'annonce. Que dire, maintenant ? On nous apprend que le diagnostic de cancer ne se fait que sur l'histologie. On nous apprend qu'il faut une consultation d'annonce qui répond à des règles, de lieu, de temps, de calme. Et la réalité, aujourd'hui, c'est que nous sommes aux urgences et que je ne peux pas transférer cette femme en oncologie sans lui en dire la raison. Je fais part de mes questionnements à mon senior, un homme brusque, efficace et qui me propose de m'ac-

compagner. Il entre dans le box. La dame n'est plus seule. Son compagnon est là, avec elle. « Bon, y'a quelque chose. » Il dit que le scanner n'est pas normal, que ça n'augure rien de bon. Il dit le mot, le mot tant redouté, le mot qui tombe comme un couperet, qui tranche l'air de la pièce et la vie de ma patiente.

« Je savais bien qu'il y avait quelque chose », dit-elle, vaillante, quoique semblant quelque peu résignée. Lui semble sur le point de s'effondrer. Et le mot « cancer » reste en suspens dans la pièce que nous venons de quitter. Tandis que je marche derrière le senior dans le couloir, celui-ci interrompt son pas décidé, se retourne vers moi, évalue brièvement mon expression et, dans un effort de pédagogie pour paraître moins asocial, il me dit : « Tu vois, moi, je leur dis les choses. Il faut leur dire les choses. »

« Est-ce que c'est un cancer ? »

– On ne peut pas affirmer qu'il s'agit d'un cancer tant qu'on n'en a pas prélevé un morceau pour l'analyser, mais c'est l'hypothèse la plus probable que nous ayons actuellement.

– Et si c'est un cancer, est-ce que c'est grave ? »

J'hésite. On est au milieu du couloir. Je songe à mes cours sur la consultation d'annonce, sur le secret médical... tout ça me semble d'un bien piètre secours. « Oui », je lui réponds, en le regardant dans les yeux. « Oui, c'est grave ». Il étouffe un sanglot. Il me prend les mains, les serre dans les siennes.

« Vous êtes gentille. Vous êtes gentille. Vous êtes gentille », me répète-t-il, comme pour réprimer la haine qu'il pourrait déverser sur celle dont les mots ont le pouvoir de faire basculer sa vie du bonheur au malheur le plus profond. Alors je pose mes mains sur ses bras, je lui dis que je suis désolée. Il retourne dans le box et je retourne dans le bureau.

Et la journée reprend son cours pour moi, tandis qu'à deux pas de là, dans le box n° 5, le temps s'est arrêté. Le lendemain, je prends le train. J'attends ma correspondance en buvant un thé. Dans la buvette, ça se la joue rétro. Après une chanson de Gainsbourg un peu pénible, je reconnais une chanson que j'ai déjà entendue dans mon enfance. « Paroles, paroles, paroles... rien que des mots, toujours des mots... » Rien que des mots, oui. Ces deux dernières semaines, j'ai pris la pleine mesure du poids des mots.

Des mots que je dois prononcer, comme des condamnations. Des mots qui font basculer la vie de ces gens inconnus, et soudain si proches de moi, que sont mes patients.

« Rien que des mots ».

Je me revois dans le box de ma patiente de la veille.

« Cancer », a dit mon chef. Rien qu'un mot.

Un mot, puis rien.

Je poursuis mon internat en psychiatrie. Prenant le contre-pied de mes précédents stages, celui-ci m'apprend à retenir le toucher plutôt qu'à le libérer. Chaque patient y est plus qu'ailleurs sensible au contact

physique, qu'il peut interpréter comme une intrusion, comme une agression, comme une incitation. L'examen clinique est soumis au rythme de chaque patient, à ses limites propres. Je dois souvent reporter, revenir, réessayer. Le temps s'étire sur des semaines, voire des mois pour qu'enfin certains patients acceptent d'être soignés. C'est donc un contraste saisissant que l'arrivée, six mois plus tard, en soins palliatifs. Ici le toucher est souvent bienvenu, souvent facile, souvent spontané. Toucher l'autre devient facile. Ce qui l'est moins, c'est de ne pas l'être trop en retour. Les histoires qui s'achèvent entre ces murs n'ont rien de juste ni de facile. On y meurt aussi bien à un âge avancé, sous le regard humide de l'être avec qui l'on a partagé sa vie, qu'à seulement trente ans sous les yeux de ses enfants.

C'est dans ce service que j'ai rencontré Irène. Irène qui a aimé toute sa vie un homme de dix-huit ans son aîné et qui maintenant ne parvient pas à accepter sa mort prochaine. Irène vient chaque jour veiller son homme, chanter pour lui, le caresser, lui parler. Et chaque jour, elle me raconte un petit bout de leur histoire, qui m'apparaît comme un conte de fées. Et nous parlons de la mort, et nous parlons d'elle, et de lui, et ce jusqu'au jour où celui-ci nous quitte pour de bon. Irène me tend les mains, que je prends dans les miennes. Elle me remercie avant de s'en aller. Puis elle revient quelques jours après. Elle sort de son sac une fine dentelle, qu'elle me tend, en me disant : « J'ai fait cette dentelle de mes mains lorsque j'avais seize ans. Ces mains que vous avez tenues dans les vôtres lorsque j'en avais besoin. Je voudrais que vous la gardiez. »

J'arrive enfin, pour mon cinquième semestre, dans un cabinet de médecine générale. Je pose la main sur l'épaule des patients que j'ausculte, et des personnes âgées que je vais voir en visite à domicile et qui ont besoin de parler. Je caresse les cheveux des enfants

et j'ausculte leurs doudous pour les rassurer. J'apprécie les subtiles différences entre la poignée de main à l'arrivée et celle au départ : lorsque la seconde est un peu plus vigoureuse, je me dis que j'ai bien travaillé. J'apprends à connaître les gens du village, je suis touchée par leurs histoires et je m'astreins cependant à les laisser au cabinet.

Jusqu'à ce qu'une certaine pandémie vienne renverser l'équilibre constitué durant ces neuf années d'études et de stages.

On ne s'embrasse plus le matin au cabinet. On ne serre plus la main des patients. On désinfecte entre deux consultations, les chaises, le bureau, la table d'examen, le lecteur de carte. On s'adapte. On s'adapte parce qu'on va bien, qu'on est plutôt stable, plutôt en bonne santé.

Cependant qu'en psychiatrie, le confinement vient retourner le couteau dans la plaie.

Je reviens dans l'hôpital psychiatrique de mon troisième semestre pour renforcer les effectifs de somaticiens déjà réduits, largement insuffisants dans ce contexte de pandémie.

Et je découvre les répercussions multiples et variées de la pandémie sur les esprits déjà troublés des patients psychotiques du Vinatier, qui désormais sont privés de visite, privés de parc, privés de réfectoire. Décompensation, anxiété, agitation, délire, pour certains. Un calme et une étonnante résilience pour d'autres. Et puis il y a cette profonde solitude, lorsque l'éloignement physique est vécu comme une prise de distance, les gestes barrières comme un rejet. Et cette femme que je vais voir dans sa chambre et qui se met à pleurer, que j'écoute, émue, m'expliquer que les soignants l'évitent, refusent de la toucher, qu'elle n'a pas le droit d'aller voir les autres patients, que personne ne vient la consoler. Et ce besoin pressant, instinctif, que j'ai alors de lui prendre la main, de la toucher. 📍

# La relation en touche ?

Alors que le rapport bénéfice/risque de la télémédecine est discutable, la qualité de la relation de soin est primordiale. En présence ou à distance, c'est le cœur du soin, bien plus qu'un outil, c'est par la relation que le soin vit.

Florian Besseau  
Médecin généraliste

À toi que l'on appelle « patient » : j'aime que l'on se « touche », que l'un à l'autre on soit présent, que l'on ressente, ça, c'est urgent ! Librement, authentiquement, sans faire semblant. Reconnus dans nos humanités, accueillis dans notre unicité.

Comment pourrais-je ressentir que tu ressens à travers tous ces câbles ? Comment pourras-tu sentir que je ressens ? Est-ce à ce point futile et dénué de sens, d'importance ?

Regarde, je sais consulter sans les mains ! Regarde, je sais consulter sans humain...

Consultation dématérialisée ou plutôt déshumanisée ? Débarrassé du présentiel, du relationnel, à la chaîne, sans chaleur humaine, a-t-on réduit la consultation à l'essentiel ?

Ou l'essence y est-elle ? Cette « téléprésence » est-ce bien réel ?

Sans te « toucher », je peux te dépanner, mais c'est bel et bien un mode « dégradé », un soin dénaturé... une santé buguée ? Te dépanner je pourrai, te soigner j'aimerais...

Car une fois tes problèmes « réglés », il m'est aussi possible d'en fabriquer, apeuré d'être comme anesthésié. Quelle supercherie à peine déguisée, voilà l'occasion d'un surplus d'exams, d'un surplus de « traitements », car à travers cet écran, je ne sens presque rien...

Les moyens, je te les dois ? Mais les moyens on les a, c'est d'abord toi et moi.

Pour rendre des comptes au chef du cognitif, à travers l'étroit objectif, comment verrais-je que, sous tes tifs, le chef tu t'es cogné, et qu'ta pupille est dilatée ? On est floutés et ce n'est vraiment pas limpide, on est floués par les cristaux liquides !

Si la parole est d'argent et le silence d'or, ton corps n'est pas un tort ni un poids mort, mais bien un mentor. Entre la reine pelle du rationnel et le subjectif pif du sensible, la clinique surfe et cherche son équilibre. Sans sacrer ni sacrifier l'examen clinique physique,

je veux juste dire où sont le hic et l'arnaque, l'inique du « tout numérique ». Du pragmatique au productif, c'est prismatique.

Pour prendre rendez-vous et te connecter, le serveur informatique des prolongations va jouer ; et ses élucubrations sont souvent bien plus longues qu'en moyenne une téléconsultation...

On est servis ou asservis, où est le sens dans tout ça, est-ce qu'il reste un peu d'humain ou pas ? Pour du temps gagné, de manger, d'échanger, de penser je devrais arrêter ? Est-ce vraiment ce que tu attends de moi ? Le soignant de demain ressemble-t-il à cela ?

À travers un téléphone ou un écran, soigner, méditer, à mon tour être écouté, par nécessité je l'ai fait... C'est vrai que la relation fait peur, c'est pas rentable, c'est dépassé, on sait jamais, ça peut blesser ! Même quand on est sous le même toit, on est parfois si éloignés ; et parfois à distance, on serait presque « connectés ». Mes certitudes, je les ai incinérées, mais je sens que sans « être » je ne suis que fumée.

Avec cet objectif qui nous poursuit, insidieux mais injonctif, lequel poursuit-on avec lui ? La télémédecine, c'est la médecine éloignée. Mais de quoi s'est-on éloigné ? De la médecine ne s'est-on pas déjà assez « hippocratiquement » éloigné ? Pourquoi persister à faire semblant que Balint n'a pas existé ? Devant tant d'inégalités sociales de santé : à qui va la priorité ?

Les relations humaines, même si j'aime la technique, je les préfère sans fibre optique ! Ce n'est pas qu'une peur d'être Prométhée. Toucher, c'est pas magique, mais je le jure, ça peut soigner... Plus que parler, plus que toucher : être présent l'un à l'autre, c'est souvent disqualifié. Cette présence, même au cabinet, c'est difficile, c'est pas gagné, mais est-ce tant dépassé ? Pourquoi nier l'importance de cette alchimie de l'être à l'autre dans nos vies ? Ce « presque rien » entre toi et moi, c'est essentiel, j'y crois, aussi peu palpable que cela soit... 

# L'haptonomie : toucher pour rencontrer

Soin et toucher : comment l'approche haptonomique peut nous éclairer ? Nous allons tenter d'y répondre par sa description et son utilisation possible dans nos pratiques. Quel est alors le rôle que peut prendre le toucher dans le soin, à côté de l'omnipotente place de la parole et de la technologie ?

Christophe Lagabriele  
 Psychiatre-psychothérapeute

**H**apto en grec veut d'abord dire toucher, toucher pris dans le sens de rencontrer.

Soigner veut dire prendre soin de l'autre en lui apportant un ensemble de compétences techniques dans le but d'améliorer l'état de santé de la personne. Les soins techniques sont ici pris à l'intérieur d'une relation entre deux personnes qui est guidée par des codes relationnels, sociaux et professionnels, mais surtout guidée par une rencontre humaine et donc forcément intersubjective. La rencontre est consubstantielle au soin, car le soin s'adresse à des personnes prises dans leur subjectivité, qu'on le veuille ou non !

Si l'on part du mot *hapto* au sens de rencontrer, comme on le fait dans la pratique de l'haptonomie, cela signifie que l'une des modalités essentielles de la rencontre est le toucher.

Comme il ne peut y avoir de soin sans rencontre, le toucher fait donc partie intégrante du soin, puisque toucher signifie rencontrer le patient.

L'haptonomie est une approche du soin qui vient nourrir et enrichir la pratique d'un psychomotricien, d'un médecin, d'un infirmier, d'un kinésithérapeute, d'une sage-femme, d'un psychologue ou d'un psychiatre. C'est de cette dernière place que nous parlerons dans ce texte : un psychiatre psychothérapeute. L'haptonomie vient infiltrer ces différentes pratiques dans un lien qui est nourri d'un toucher qui ouvre à chaque fois à une rencontre. La spécificité de cette rencontre est d'être une rencontre qui est dite « affective ». Affectif, ici, ne signifie pas une rencontre entre deux amoureux dans un lien qui attache et enferme dans une forme de possessivité. Il signifie une présence d'amour qui est au contraire « ouverte » et qui n'enferme pas l'autre, le patient, dans son exclusivité. Nous pouvons parler d'une présence prise dans « le sentiment de deux âmes » qui se parlent et se disent qu'elles sont présentes l'une à l'autre et qui se disent, dans le dialogue de leurs souffles, qu'elles sont importantes l'une pour l'autre et qu'elles s'aiment.

Dans notre société occidentale, depuis plusieurs siècles, nous rencontrons principalement l'autre par la médiation de la parole, en reléguant le toucher en

tant que sens de deuxième niveau ou de deuxième ordre, bref en un sens secondaire.

Le langage, dans sa fonction de rencontre, va mettre en jeu directement des représentations et du sens pour éventuellement guider vers une rencontre sur le registre émotionnel, voire affectif.

Avec le toucher, ces fonctions de mise en représentation et d'activation du sens ne sont activées que secondairement. C'est d'abord la sensation et la perception qui en découlent qui sont mises en jeu par l'activation de capteurs sensoriels de pression et de tact. Cette perception peut conduire directement au déclenchement d'une émotion ou d'une rencontre affective. Dans le même temps, ou secondairement, elle peut activer des représentations plus ou moins pré-existantes. Ces représentations peuvent aboutir à leur mise en symbolisation dans une pensée et un discours. Nous revenons alors à un mode de communication médié par la parole.

Quand on parle de toucher, il faut revenir aux origines de la vie et notamment de la cellule. Le premier sens que la cellule met en œuvre est le contact avec une cellule voisine. Le toucher est donc le premier sens qui est activé, les quatre autres étant inexistantes ou involués, en raison de l'absence des organes neuro-sensoriels correspondants et nécessaires.

Dans le toucher, il faut différencier deux composantes distinctes, bien que reliées. La première est la question de la pression et du tact qui a pour fonction de se présenter à l'autre. Par exemple, avec ma main à peine posée sur le galbe de l'épaule de mon patient, je signifie que je viens à sa rencontre pour le saluer. Je me présente à lui. La deuxième composante du toucher est liée à un mouvement inverse qui est consécutif au premier. Il consiste en un allègement du contact initialement appliqué sur l'épaule. Cet allègement de la pression de contact crée une invitation chez la personne contactée (le patient) à venir se déplacer dans sa présence chez la personne qui a proposé cette rencontre dans ce toucher (le thérapeute). Ce mouvement d'ouverture qui invite à la rencontre, non plus chez la personne contactée mais chez la personne qui

contacte, est la deuxième composante du toucher. Une rencontre est née !

Il y a donc un premier temps d'aller vers la personne contactée pour se présenter, et, dans un deuxième temps, une invitation à ce que la personne contactée vienne rejoindre, par un mouvement qui lui est propre, la personne qui vient de se présenter à elle.

Cette rencontre dans le toucher est une composante du soin au sens où elle est toujours initiée par la personne soignante qui vient d'abord à la rencontre de l'autre et invite l'autre à la rejoindre chez elle pour interagir avec elle de par sa propre initiative. Elle répond à l'invitation du soignant et vient à sa rencontre. Le soignant est dans une intentionnalité précise pour créer cette rencontre. La qualité de cette rencontre, et notamment dans sa qualité de rencontre « affective », ouvre ensuite à des possibilités de réorganisation.

Nous sommes bien tous ici, quelle que soit notre fonction, dans une position de soignant qui vise donc à améliorer l'état de santé des patients que l'on rencontre. Le toucher de rencontre haptomique fait l'expérience que sa qualité de rencontre affective modifie, dans le sens de l'ouverture, sans forcément une intervention associée de la pensée et de la raison avec la parole, des tensions du patient, qu'elles soient physiologiques ou psychologiques. C'est cela que nous nommons réorganisation. Il faut préciser ici qu'en haptonomie, nous ne nous adressons pas à une personne prise dans sa dualité communicante entre le corps et l'esprit. Nous nous adressons à la personne prise dans sa « corporalité », c'est-à-dire à son corps doté de vie, à son corps vivant, à son corps entrelacé de vie, à son corps de « chair », pour reprendre le terme du phénoménologue Maurice Merleau-Ponty. Le thérapeute fait ainsi l'expérience de ces réorganisations soignantes, dans la perception du vécu de son toucher de rencontre affectif. Ici c'est un muscle qui se relâche, libérant une contracture douloureuse. Là, c'est une zone fermée à la circulation sanguine qui rouvre ses réseaux capillaires favorisant ainsi une cicatrisation. Ici ce peut-être une peur qui régresse dans la sécurité du contact de rencontre. Là, c'est peut-être un conflit intrapsychique qui se dénoue.

Dans notre pratique de psychiatre-psychothérapeute dans une équipe mobile de psychiatrie et précarité (EMPP) à l'Hôpital Charles Perrens à Bordeaux, nous accompagnons de nombreux migrants psychotraumatisés par des événements de vie traumatiques au sens psychiatrique, c'est-à-dire qui ont laissé une trace mnésique intense qui se réactive de façon récurrente

dans des reviviscences diurnes ou nocturnes : trouble de stress post-traumatique (TSPT). Lors des séances, la sécurité apportée immédiatement par le contact de rencontre affectif de l'haptonomie offre le repos nécessaire au patient pour que se réactive spontanément sur ce fond calme, son souvenir traumatique (réactivation). La qualité du contexte sécuritaire, mais bien plus, « aimant », offert par la présence du thérapeute, crée les conditions favorables à une réorganisation de la mémoire traumatique du patient. Elle s'en trouve, de séance en séance, déchargée de sa composante émotionnelle de peur intense. Sa symptomatologie post-traumatique s'amointrit ainsi progressivement. Il peut alors être accompagné dans sa réappropriation d'un nouveau lien à lui-même issu de ses vécus réorganisateurs des séances, et réinvestir son passé d'avant le traumatisme et un futur dans un espace social et relationnel créatif de vie.

On a dit qu'il ne peut y avoir de soins sans toucher au sens de rencontrer l'autre. Il peut y avoir une rencontre médiée par la parole, ce qui est le cas le plus fréquent dans notre culture. Mais alors qu'est-ce qu'amène de différent et de spécifique un soin médié par le toucher, pour accéder à cette rencontre consubstantielle au soin ?

Nous l'avons déjà dit un peu plus haut, le toucher, dans sa composante de rencontre, permet d'accéder directement à un niveau d'interaction émotionnel et/ou affectif. Il n'est pas nécessaire d'avoir besoin de passer préalablement par la mise en jeu de représentations ou par la mise en jeu d'un sens rationnel à travers des paroles.

La rencontre liée au seul langage fait appel à des fonctions cognitives plus élaborées chez l'homme que la rencontre médiée par le tact qui, on vient de le voir, peut court-circuiter la mise en jeu de représentations et de pensées rationnelles.

On peut donc décrire comme archaïque, au sens de l'organisation progressive de notre appareil psychique, la rencontre médiée par le toucher par rapport à la rencontre liée au seul langage. Nous pouvons ainsi inverser le paradigme actuel pour dire que la rencontre, et donc le soin, médiée par le toucher est première, par rapport à la rencontre médiée par le langage, qui devient ainsi un mode de rencontre second.

Il ne s'agit pas ici de hiérarchiser l'importance ou l'intérêt d'une rencontre médiée par le toucher par rapport à une rencontre médiée par la parole. Il s'agit ici de permettre à chacune de ses deux modalités de prendre une place plus équilibrée dans notre médecine occidentale technicisée actuelle. ①

# Le toucher mental est-il téléportable ?

Si le psychiatre soigne le patient sans le toucher, pour qu'il y ait soin psychique, tous deux doivent être touchés, et pas sans y toucher.

Éric Bogaert

Psychiatre de secteur retraité

Soigner sans toucher, c'est la pratique psychiatrique, pas tactile mais pas sans tact : clinique du discours, toucher avec les mots pris dans le corps, le corps dans son environnement, enveloppé d'une neutralité bienveillante – accueil de l'autre tel qu'il paraît, se dit, sans préjuger – pour ne pas polluer la relation de ses scories personnelles.

Mais pas soigner sans être touché. Ça c'est nécessaire. Mais il faut le maîtriser, c'est-à-dire repérer les émotions suscitées par le patient (étymologiquement c'est un « éprouvant »), s'en faire patient, et les garder pour soi, même si souvent c'est moteur, et aussi parfois, et à condition d'avoir la bouteille qui permet de juger de la bonne contenance, ça peut être partagé avec le patient au bénéfice du soin.

Ce pas touche, c'est comme un condensateur. Il y a accumulation d'affects, voire de désir des deux côtés de l'interface sans contact, séparés d'une lame de vide, *no man's land* habité de fantômes. Bien entendu, il faut éviter le court-circuit du coup de foudre, la décharge de deux corps électrisés qui se touchent grille l'appareil à soigner.

Mais s'il n'y a pas cette proximité des corps, ces émoticones d'un frémissement des lèvres brouillant un mot, d'un souffle qui ponctue un silence, d'un pli déformant le visage, d'un battement de cils qui fait frémir un œil, d'un nuage passant dans les yeux, d'un penché de tête ou d'un geste furtif d'une main qui cassent une posture, d'un frissonnement parcourant le corps, si au cours d'une téléconsultation, le relief de la présence des corps s'efface pour la platitude d'une image pixélisée et d'une gestuelle hachée, il n'y a pas de condensation possible.

Le dispositif proposé par la téléconsultation, c'est de la télévision. Pas de profondeur de champ, le sujet est isolé dans un environnement restreint. Il apparaît sur un écran qui en propose une image d'un réel d'autant plus irréel qu'il est découpé d'une ambiance hors champ, et raboté comme un tableau étranger dans une autre ambiance ; discordance plus que rencontre. Ce n'est même pas du cinéma, où le spectateur plongé dans l'obscurité peut entrer dans le récit projeté, et encore moins du théâtre, où la présence charnelle des acteurs permet de toucher du doigt la vie.

Dans un tel dispositif, le symbolique est égal à lui-même, l'imaginaire stimulé et le réel, si je puis me permettre cette subversion, schizophrénique. S'il y a bien du côté du patient le réel de l'espace d'où il téléconsulte, et du côté du soignant celui de l'espace où il est consulté, ils ne partagent pas dans ce temps de consultation le même réel.

Il faut un espace étroit entre les deux corps, plongés dans la même atmosphère, pour qu'il puisse y avoir élan retenu, trémulation entre pulsion et défense, pour que s'exprime, se sente, jusqu'à ses odeurs, la vie psychique dans le moment où se confie le sujet et son histoire. Sinon, il n'y a qu'un récit factuel où les mots sont débarrassés de la sensualité qu'ils recouvrent pour le patient et le soignant, confinés chacun dans des univers disjoints, des ambiances étrangères et détachées.

Même si ces images animées et parlantes peuvent toucher les sens pour teinter insidieusement ce qui est dit, elles échappent à donner raison à l'âme au-delà du sens des mots entendus et de leurs éventuelles vibrations symboliques. Le texte sans son contexte est appauvri de la part « esthétique » de la relation. Seule une immersion dans la même ambiance des corps engagés dans la relation de soin psychique permet d'appréhender son texte et d'en affecter le sens. Sinon, c'est une relation désaffectée, une consultation sèche. Une momie.

« L'ambiance, en tant que milieu d'échange, est active. C'est une série de lieux-temps au sein desquels se produisent des situations fugaces, difficiles à cerner, relevant du sensible, de la psyché et de la relation – donc de la gestion du pouvoir (*la politikê*) : nous éprouvons une ambiance de même qu'elle nous éprouve. Avec tous nos tactes sensoriels et sociaux. » dit Emmanuel Doutriaux<sup>1</sup>.

Jean Oury le dit à sa manière : « Et même des gens qui apparemment sont apragmatiques sont pris là-dedans, dans une atmosphère, ce qu'on appelle en japonais du *ki* (un Japonais d'Okinawa, en visite à La Borde, m'avait dit : "Ici, il y a des arbres et du *ki*".) ». Ça se rapproche ici, pour nous, d'une "atmosphère", d'une forme particulière de *Stimmung*, de légèreté.

Tout cela est une composante essentielle d'un certain travail collectif<sup>3</sup>. » Habiter l'espace, y participer à l'ambiance et en être touché, est un travail social collectif.

Le romancier japonais Haruki Murakami a la sienne : « Jusqu'à quel point l'air qui (*ki*?) flotte dans l'espace du roman peut-il se transmettre au lecteur<sup>4</sup>? »

Et Bruce Bégout en propose une conception philosophique : « ... l'ambiance possède des qualités propres. Elle n'est pas psychique ni objective. Elle se situe entre les objets et les sujets. Elle entretient un rapport à l'espace, au temps et au corps. C'est la manière dont nous ressentons immédiatement ce qui nous entoure sous la forme d'une présence invisible et enveloppante qui possède néanmoins une tonalité affective spécifique... Ce terme devient presque un paradigme pour comprendre à nouveaux frais les sociétés contemporaines, notre rapport au monde et aux autres, la manière dont nous ressentons les choses. Ce modèle ambianciel pourrait devenir une grille de compréhension générale de l'homme et du monde au même titre que le structuralisme ou la psychanalyse l'ont été en leur temps... La connotation positive de l'ambiance s'explique par sa racine, comme l'a montré Léo Spitzer : le terme "ambiance" provient de la racine indo-européenne "ambi-amphi", qui signifie "prendre dans ses bras"<sup>5</sup>. »

Ainsi une proximité des corps, en opposition à la « distanciation sociale », fût-elle de téléconsultation, est nécessaire pour permettre ces « actes » à remettre inlassablement, consultation après consultation, sur l'établi, que sont un accueil incarné du patient et aussi un examen clinique en capacité de désintriquer ce qui revient au patient (son psychisme et son corps), au psychiatre lui-même (ce que son analyse personnelle lui a révélé), et à l'environnement (*Stimmung* et pathoplastie, terme par lequel Jean Oury désigne les manifestations « pathiques » du sujet en réaction à son environnement, soit l'influence des entours). Mais elle l'est aussi pour le soin. Pour prendre le patient dans l'ambiance, dans l'ambiance des soins, dans ses bras.

Attraper des bouts du patient dont lui-même ne peut se saisir, permettre qu'il s'en dessaisisse, prendre en charge ce qu'il ne peut supporter, l'en décharger, l'en-

velopper, lier ces objets psychiques ou trous noirs par leurs entours sur une culture commune qui aura pu se constituer dans l'histoire des rencontres et l'atmosphère d'une relation, puis lui en restituer une interprétation, probablement provisoire, dont il pourra faire usage pour contenir ses bouts à bras-le-corps lorsqu'il s'avancera seul dans le monde, voilà qui nécessite le dispositif dramaturgique de la présence des corps. Comme au théâtre, pas comme à la télé, des corps, pas des images. Le soin, c'est pas du cinéma. C'est du corps à corps.

Bien sûr, on peut faire des téléconsultations s'il s'agit de s'intéresser à autre « chose » qu'au patient, par exemple aux effets du traitement et à sa maintenance. Mais ça, c'est pas de la psychiatrie, pas son essence, même si ça en fait partie, c'est du service après-vente. Pour soigner, dans ces temps concomitants d'accueil, d'appréhension puis de jugement de ce qui est en cause, et de traitement de l'affaire, un psychiatre doit être touché, ému par le patient. Et pour ça, le patient doit être en face de lui, en chair, en os, en émotion. Dans la parenthèse d'un temps social suspendu, dans la tension d'un temps théâtral condensé, dans un face-à-face de psychés au risque de toucher. 

- 1 Dans « Ce confinement des corps amène l'architecture à se déconfiner », interview par Antoine Perraud, *Mediapart*, 12 décembre 2020, à propos de son ouvrage *Conditions d'air – Politique des architectures par l'ambiance*, éditeur MétisPresses, Genève, 2020.
- 2 Pour saisir cette remarque sur l'ambiance, voir le film *La moindre des choses* de Nicolas Philibert, où de plus, cette séquence, entre les répétitions et la première, de tempête dans les grands arbres de la clinique de La Borde illustre ce que sont le *ki* (souffle, énergie, vie) ou la *Stimmung* (ambiance).
- 3 Dans « Le travail est-il thérapeutique? », *Revue Internationale de Psychopathologie et de Psychodynamique du Travail*, n° 19, 2008, p. 15-34.
- 4 Cité dans « Haruki Murakami, de la pop culture au réalisme magique », Arnaud Vaulerin, *Libération*, 20 décembre 2020.
- 5 Dans « Nous sommes tous des aménageurs d'ambiance », propos recueillis par Simon Blin, *Libération*, 13 novembre 2020, à propos de son ouvrage *Le concept d'ambiance*, éditions Seuil, Paris, 2020.

# Téléorthophonie, mon amie

Alors que la pandémie perturbe tous les liens, que devient la parole quand on est éloignés ? L'absence physique imposée par les « gestes barrières » a révélé en creux combien le corps soutient les échanges verbaux à l'oral et combien l'écran peut libérer l'écrit.

Claire de Firmas  
Orthophoniste

Depuis un an, la pandémie bouleverse tous les pans de notre vie. Elle nous touche tous. Elle nous prive de sourires, de baisers, de poignées de mains, d'embrassades, de mouvements, de rencontres, de sorties culturelles, de voyages. Elle nous a enlevé nos proches, certains pour toujours.

Sur le plan médical, elle représente un défi inouï. Orthophoniste, je veux témoigner ici des pratiques nouvelles qu'elle m'a contrainte à inventer et des observations cliniques qu'elle m'a permis de faire. L'orthophoniste est un soignant particulier qui touche très peu le corps, qui soigne le langage par le langage, qui touche et qui est touché essentiellement par les mots et par leur absence.

Avant même que le confinement ne soit officiellement décrété, j'avais avec mes collègues anticipé la fermeture du cabinet et nous avons averti chacun de nos patients en leur annonçant que nous cherchions comment poursuivre les thérapies autrement. Nous avons commencé à réfléchir aux propositions que nous pouvions leur faire pour les soutenir : groupes de parole, ateliers d'écriture... par téléphone, mail, WhatsApp, Skype.

J'ai d'abord été très inquiète de l'impossibilité pour la plupart de mes patients de respecter la fameuse « attestation de sortie dérogatoire », parce qu'ils n'ont ni la maîtrise du numérique, ni celle de l'écrit (illettrisme, illettrisme, dyslexie, dysorthographe). Je me suis donc préoccupée de leur transmettre une attestation simplifiée, dont plusieurs versions, dénommées FALC (en français facile à lire et à comprendre) ont rapidement été diffusées et validées par plusieurs associations.

Je me suis réjoui que cette crise sensibilise le public aux problèmes rencontrés quotidiennement par les sourds pour accéder à l'information, et j'ai apprécié la généralisation du sous-titrage et de l'interprétation simultanés en langue des signes. Je me déssole en revanche de constater combien les résistances sont tenaces car le signe « bonjour » de la langue des signes, tellement plus parlant que les ridicules frottements de coudes, ne s'est pas généralisé. Pourtant, à chaque

fois que je salue un commerçant ou un chauffeur de bus avec ce signe (j'éloigne ma main de ma bouche), je vois bien qu'il me comprend.

Le 26 mars 2020, la téléorthophonie, jusque-là interdite en France, a été officiellement autorisée, ce qui nous a permis d'assurer la continuité des soins orthophoniques et de mettre en place un cadre thérapeutique à la fois souple et rigoureux, que j'ai co-construit avec mes collègues et nos patients, comme nous le pratiquions avant la crise. Nous avons tenu en particulier à utiliser les outils connus et choisis par nos patients et à n'ajouter aucune contrainte supplémentaire à un quotidien déjà très compliqué. Concrètement, tous nos patients ayant un smartphone, nous avons privilégié les séances par WhatsApp ou Skype, applications gratuites et que la plupart pratiquaient déjà dans les échanges avec leur famille restée au pays.

Nous avons avancé prudemment, conscients que tout ou presque était à inventer. L'invention est le premier point positif de cette période, par ailleurs terriblement éprouvante. De même que la parole germe à la fois du désir et de la nécessité, de même le confinement nous a obligés à l'inventivité, premier moteur du langage. Ce double socle de créativité et de partenariat étant maintenu malgré la distanciation, l'aventure pouvait commencer avec deux tiers environ de nos patients, les autres n'ayant pas répondu, soit qu'ils étaient submergés par les difficultés, soit qu'ils profitaient du confinement pour se replier sur la cellule familiale, soit que leurs troubles de langage ne leur permettaient pas de comprendre nos textos, soit qu'ils n'envisageaient pas que ce soit nous qui prenions l'initiative, puisqu'habituellement ce sont eux qui font la démarche de téléphoner pour demander un rendez-vous. J'ai été touchée de l'empressement avec lequel de nombreux patients ont répondu à mes propositions d'organiser nos séances en visio. J'ai eu le sentiment très fort qu'ils avaient besoin de moi comme j'avais besoin d'eux pour traverser cette période terrible et inédite pour tous. Motivés par le désir de continuer à travailler ensemble malgré les obstacles, nous avons déployé des trésors de patience et d'ingéniosité pour apprendre à manier le téléphone ou l'ordinateur, in-

verser la caméra pour montrer sa feuille, l'orienter correctement tout en écrivant, caler le téléphone pour installer les cartes à jouer et faire une réussite comme au cabinet, « partager l'écran » de l'ordinateur et ainsi montrer à l'autre un document, écrire dans la « conversation », corriger son message... Les fonctions exécutives ont turbiné à plein régime de part et d'autre des écrans !

Tout n'est pas rose pour autant. De mon côté surtout, car je suis arrivée à l'été avec les yeux, la tête, le cou, le dos en compote ; une capacité d'écoute en dessous de zéro pour mes proches. J'ai compris qu'en visio, je ne pouvais m'empêcher de tendre vers l'autre – en pure perte – pour compenser l'éloignement. De même qu'on force sur sa voix dans le brouhaha et qu'on sort aphone d'une soirée techno, à longueur de journée en téléorthophonie derrière l'écran, le thérapeute perd la boussole qui lui fait ajuster naturellement sa posture et sa voix à la situation d'échange.

À l'inverse, j'ai observé l'absence de ces phénomènes de compensation lors des séances de langue des signes (LSF) en visio avec un « ami » rencontré sur Facebook pour troquer compétences en français écrit contre apprentissage de la LSF. J'en conclus que faire connaissance, échanger, partager, apprendre sans avoir jamais été en présence ni même connaître le nom de l'autre est plus facile, car on ne cherche pas des indices qu'on n'a jamais eus. Je rapproche cette observation de la remarque souvent entendue par les personnes bègues qui disent bégayer moins avec des personnes non familières.

Je savoure depuis septembre le retour au cabinet avec l'alternance des rendez-vous en présentiel et en visio. C'est infiniment moins fatigant, malgré les mesures strictes à respecter : masque, nettoyage des surfaces et matériels utilisés entre chaque patient, aération des pièces, neutralisation de la salle d'attente, frictions avec les voisins de l'immeuble. Cela me permet de tirer les premières conclusions cliniques et théoriques de ces longs mois de téléorthophonie, expérience inédite à la fois permise et contrainte par la crise de la Covid.

L'observation principale est la différence entre les pathologies du langage oral et du langage écrit. Il faut ici préciser un point de terminologie. En effet, dans la nomenclature des actes orthophoniques, « retard de parole » désigne des déformations de la prononciation tandis que « retard de langage » signifie des

déformations de la syntaxe et du lexique. Je préfère nommer « parole » tout ce que je peux considérer comme une « prise de parole » qu'elle soit orale, écrite ou signée et parfois même non verbale (chacun a connu des silences qui sont évidemment des prises de parole). J'emploie le terme « langage » pour désigner la dimension verbale de la fonction symbolique, cette compétence qui permet de créer du sens et faire des liens.

Pour tous ceux qui avaient suffisamment investi la communication écrite, les séances en visio ont sensiblement favorisé leur évolution. À l'inverse, pour tous ceux qui n'avaient que de faibles moyens de communication orale, le manque de corps a été si criant que la thérapie n'a pu se poursuivre à distance. Ce constat, que nous n'avions pas anticipé, s'explique finalement assez bien dans la mesure où l'on sait, sur un plan théorique, que la distinction essentielle entre l'oral et l'écrit est l'absence. Celui à qui on écrit n'est pas là, sinon on lui parlerait. De même, lire est prendre connaissance du message d'un absent.

En revanche, ce qui est toujours minimisé en orthophonie, c'est l'importance considérable de la posture et du tonus dans toute situation de communication. Les séances en visio permettent de percevoir les composantes de la communication non-verbale que sont la voix et le visage, mais l'impossibilité de se toucher, ou même d'éprouver l'état corporel de l'autre, empêche la relation de se recréer. Dans les pathologies les plus lourdes, en effet, il s'agit bien de recréer une ébauche de relation langagière à chaque séance (je rappelle de surcroît que la téléorthophonie n'est pas autorisée pour un premier rendez-vous, le bilan initial devant obligatoirement être effectué en présentiel, on voit combien cette règle est justement fondée).

Depuis mars 2020, j'ai appris beaucoup sur moi-même, sur mes patients et sur la parole.

J'ai compris combien je minimisais, par intellectualisation ou par pudeur excessives, tout ce qui, dans une relation, ne peut passer que par l'être ensemble, réellement, c'est-à-dire sans barrière ni écran.

J'ai confirmé combien les mots seuls peuvent émouvoir, toucher, soigner ou blesser profondément et durablement.

J'ai senti la puissance de la distance, de la séparation, de l'absence pour mettre en branle l'écriture.

J'ai éprouvé la fécondité de l'indicible pour faire germer les mots enfouis. 

# Adolescents dans la violence extrême

Réflexion à propos d'un lieu expérimental d'accueil et de soin d'adolescents toujours exclus du fait de leurs comportements extrêmes. Quels sont les conditions et les effets thérapeutiques d'une contenance psychique et physique mise en œuvre au quotidien, soutenue par une règle de non abandon.

Anne Costantini

Psychiatre et psychanalyste, Lyon et Valence

## Une maison d'hébergement

Autrefois, ce fut une maison familiale, ancienne ; on dit aussi qu'elle a abrité des fugitifs pendant la guerre. Elle se tient dans la cité, en bordure d'une voie ferrée, entre un jardin et une rue, dans la proximité des bus, des supermarchés, des fast-foods. À l'intérieur, le mobilier, les portes sans cesse réparées, encaissent coups de pied et colères ; les cris et le tumulte résonnent entre les murs. C'est une maison de passage où se déposent les errances, les peurs, les abandons. Elle demeure pourtant, singulièrement, au-delà des fracas, une maison d'accueil.

Vivent ici six jeunes garçons et filles, déjà grands, entre 15 et 18 ans, qui ne trouvent refuge nulle part ailleurs. Il y a une règle instituée : « De cette maison, ils ne seront pas exclus, pendant au moins une année, souvent deux. » Cela malgré des comportements très violents, très attaquants appelant habituellement le rejet hors des institutions spécialisées.

C'est ainsi que nous aurons le temps de faire connaissance avec eux, et eux avec nous, les éducateurs et les soignants. Nous sommes ensemble embarqués dans cette rencontre ; c'est un lieu d'accueil dit expérimental, destiné à ces adolescents qu'on dit « incasables ».

## C'est dans ce bruit de mots qu'éclatent brutalement des fulgurances poétiques.

Voilà donc un lieu mouvant, tantôt habité, tantôt vacant, l'ambiance y est changeante, de la musique aux cris, du rire à la violence, instable, imprévisible toujours.

Les objets épars disent le désordre adolescent, la fin de l'enfance, et aussi le désarroi, l'abandon, la confusion, la violence. Ici, les jeunes partent et reviennent, détruisent, puis exigent réparation de tout. Ils guettent des regards, des attentions extrêmes, une improbable consolation, pour refuser tout, ensuite, farouchement...

Alors, ils fuient éperdument dans la ville, en espérant qu'on les retienne ou qu'on dira leur absence.

## Entre nous

Nous ne sommes pas dans un hôpital, ni dans un centre éducatif fermé. Il nous faut laisser là nos représentations anciennes. « Pourquoi des pysy ici ? Nous ne sommes pas fous ! » C'est une expérience ardue, une remise en question de notre pratique, de la légitimité de notre présence de cliniciens immergés dans ce lieu où s'entrecroisent l'intime du quotidien et la dimension thérapeutique.

Par quelle alchimie convertir ce qui obstinément va vers la violence, en lien social humanisé ?

Comment être ensemble un instant, fabriquer cet « entre nous » qui est la pierre angulaire du travail thérapeutique ? Tout discours éducatif et psychologique est ressenti ici comme une agression. La Novlangue des « jeunes de foyers » circule, passant du babil enfantin au langage obscène, et c'est dans ce bruit de mots qu'éclatent brutalement des fulgurances poétiques.

Pour les soignants (psychiatres ou psychanalystes), il s'agit de se mêler aux jeunes et aux éducateurs dans un espace de vie commun. Le bureau n'est occupé que rarement, il sert de remise pour de vieux livres de la dernière guerre.

Notre présence est là, précaire, fragile, dans ce nouage de la vie quotidienne à un projet éducatif et thérapeutique, dans un cadre instable.

Nous vivons là une expérience de « l'informe », difficile à saisir. Nous nous tenons sur un appui interne du corps, une simple présence affirmée, sans réponse immédiate, ouverts à ce qui advient. Pourtant, nous sommes gagnés par une hypervigilance physique et psychique, et une tension musculaire épuisante.

Ces adolescents ont été confrontés, pour la plupart, dans le premier âge, à la violence extrême des abandons, des guerres, des déplacements de population, à la déliaison des liens de filiation, à la mélancolie des mères et à l'humiliation des pères. Ils ont subi ou

ont été témoins de violences irreprésentables à cet âge du petit.

Ainsi la parole adressée par un adulte, véridique, est toujours mise à l'épreuve. Parler ensemble, au bord de ces aires d'effondrement symbolique, est risqué, suspect. Les visages se cachent sous les capuches, les regards guettent alentour. Cette hypervigilance ne les quitte pas. Nous sommes dans un contexte de survie, tendus, toujours. La possibilité de la catastrophe imminente doit être tenue à distance, maîtrisée ou anticipée par l'excitation ou l'agitation. Ces cris, ces rires sont autant de défenses contre la possibilité du pire, et cette possibilité nous atteint, nous aussi.

### Persévérer dans la crise ?

Nous avons vu l'un ou l'autre adolescent se métamorphoser brutalement, happé par les figures anciennes, archaïques, hallucinées, féroces, hors du temps. Nombre d'éducateurs ont décrit ce moment où le regard de l'adolescent bascule, où le visage disparaît, où le face-à-face se refuse.

Le jeune est alors habité de toute puissance, aucune parole ne peut l'atteindre, il est emporté par la résurgence d'un vécu ancien, qui le domine et le défigure, jusqu'à l'hallucination. Lui revient au présent, sur la scène institutionnelle, le trauma passé. Transe guerrière, pour exorciser la peur, possession diabolique d'un autre âge ; les mots eux-mêmes pour dire ces états du corps renvoient aux temps primitifs, ou au Moyen Âge.

Sur une telle scène violente, les notions de temps présent ou passé coexistent, il peut y avoir un « moment psychotique transitoire », au sens où réel et imaginaire semblent fusionner momentanément.

Cette poussée hallucinatoire se présente à l'endroit d'une discontinuité, du trou noir de la mémoire consciente. Là où une zone psychique cicatricielle réclamerait justice.

L'adolescent, retranché dans la violence, se débat dans ce passé traumatique avec ces émotions extrêmes, l'effroi, *le sans visage, le sans nom*.

Les menaces d'anéantissement psychique se retournent en pulsion meurtrière. L'adolescent s'en prend alors à l'adulte présent, lui-même fortement déstabilisé dans ses repères de temps et d'espace.

### Risquer le corps à corps ?

Contenir un adolescent en furie demande une grande force psychique. Une telle violence expose à une violence symétrique, en miroir, avec un climat sacrificiel, dangereux.

Le risque est, pour un soignant, de se trouver débordé par ses émotions, ses propres vécus anciens, ceux qu'il ignore de lui-même. Il y a pour chacun un vertige psychique à se tenir à proximité de ces aires traumatiques, à supporter la force d'une relation transféren-

tielle psychotique momentanée, sans le savoir, et à entrer alors dans une symétrie dangereuse.

C'est dans ce passage, ce retour monstrueux d'un temps archaïque, qu'il faut trouver le courage de poser un acte fort, physique, un geste chaste et contenant, dans les bras, avant que se murmurent les paroles inventées, puis parfois les bercements... comme avec un petit.

C'est comme cela que revient parfois, dans les larmes, le temps présent et le visage de l'enfant retrouvé. Cela peut parfois durer des heures et se répéter jusqu'à épuisement.

### Agrippement et attachement, liens précoces ?

Nous percevons, dans l'après coup de ces événements, ce que le nourrisson d'alors a vécu, sans mots pour symboliser, sans représentation possible, figurable, du traumatisme. Il est resté sidéré par des affects trop forts qui ont tracé des sillons brûlants dans l'organisation pulsionnelle, où se mêlent la jouissance et l'horreur. Il n'a pu intégrer de tels vécus perceptifs, qui perdurent comme expériences sensorielles étranges. Il doit sa survie psychique au processus interne de clivage, au déni, pour ignorer la douleur, annuler l'angoisse. Le sujet en paye le prix souvent par un sentiment d'étrangeté, de retrait de son corps, d'inconsistance. La survie n'est pas la vie... Ces constructions, ces barrages, un jour ou l'autre se fissurent. Ils ne résistent pas aux remaniements psychiques de la puberté.

Le retour de ces figures archaïques, retour infiniment attendu et redouté, se manifeste le plus souvent dans les temps de l'intime, dans les nécessaires rapprochements physiques, au foyer d'hébergement. Elles surgissent au moment du coucher, du lever, du repas. Là où la sécurité psychique, l'enveloppement maternel, les paroles, pour le petit ont manqué.

Ce sera une frustration légère, mais aussi, de façon plus insaisissable, un simple regard, un sourire ambigu, une intonation de voix chez une éducatrice, un geste sur l'épaule, qui jettera brutalement le trouble dans l'esprit de l'enfant.

Au-delà des propos éducatifs, l'adolescent observe, comme un tout-petit, les expressions du visage de l'adulte ; quelle figure maternelle originaires n'en finit pas d'être explorée, attendue, au-delà du manifeste ? Cet agrippement de nourrisson au visage, à la voix, au corps de l'adulte est toujours là. Il est dans le regard, l'odeur parfois, la retenue des gestes, les bruits. Quelle place a-t-il, ce petit, cet infiniment faible, dans la préoccupation maternelle de l'adulte présent ? Va-t-il à nouveau être lâché, tomber dans l'oubli ? L'âge actuel pour l'adolescent ne délivre pas de ces angoisses-là immémoriales ; celles de l'abandon psychique, d'un défaut d'inscription dans l'inconscient maternel. Il n'en finit pas d'interroger chez l'adulte

présent l'amour inconditionnel, le creux de l'espace matriciel de la mère... il faut avoir été fondamentalement accueilli, pour un jour consentir à se séparer et grandir en humanité.

Si un mouvement de régression, d'attachement, vient au jour, il convoque simultanément le maternel archaïque omnipotent, redoutable. Il n'y a plus alors que l'agression ou la fuite. C'est là l'origine probable de certaines fugues compulsives, conduites d'évitement irrépressibles, entre impulsion meurtrière et peur de l'attachement. C'est ainsi que toute émotion est menaçante, elle peut ouvrir les vannes d'une reviviscence autonome, imprévisible.

Ces adolescents n'arrivent pas à discerner la teinte des émotions qui peuvent les submerger ; entre attachement infantile massif et pulsion sexuelle violente. Ils disent qu'ils ont le diable en eux. Ils disent de ces émotions qu'elles leur sont étrangères. Ils n'ont sans doute pas seulement le diable en eux, mais surtout les larmes en eux. Les leurs ou celles de leur mère... Et d'ailleurs, ils ne pleurent que rarement.

### Des questions éthiques complexes

Celui qui, enfant, a été pris, au-delà de tout interdit, dans la jouissance aveugle des adultes, questionne sans cesse, par ses provocations, l'éducateur ou le soignant en position tutélaire. C'est ainsi que le comportement pervers transitoire de certains adolescents vient interroger l'adulte à la racine de son choix professionnel. Il s'en trouve atteint dans son désir d'éthique et brutalement troublé dans son discernement. L'approche de telles questions existentielles ne laisse pas indemne. Le plus difficile, peut-être, est de rencontrer chez ces jeunes cette dérision, ce persiflage, ces insultes et même cette séduction qui atteignent parfois jusqu'au secret de l'être.

Tout adulte, soignant ou éducateur, soumis à une incessante provocation, manipulé et fragilisé dans sa parole, court le risque de s'engouffrer dans un passage à l'acte violent envers un jeune. Il faut du discernement, du courage aussi pour se risquer à cette pratique éducative. La fonction tierce institutionnelle, la parole partagée, sont essentielles à cet endroit. C'est le seul recours, la référence première. Ce tissu institutionnel est sans cesse troué et sans cesse réparé. Quels sont les repères fondamentaux et la légitimité de nos interventions dans ce contexte ? Sans cette élaboration, l'éducateur, le soignant, s'expose tel une victime émissaire, aux conduites à risque de ces adolescents, en quête de sensations excitantes, de chocs émotionnels, comme d'une drogue.

### Quelles conditions pour aborder cette clinique du réel ?

La clinique du réel désigne ce point où les capacités de l'imaginaire et du symbolique ne recouvrent plus

les lieux de l'horreur. Cette clinique demande des conditions et des dispositifs d'élaboration psychique soutenus. Cela engage notre responsabilité de cliniciens, cela engage les choix institutionnels collectifs qui doivent être précisés.

La rencontre avec un autre, un « Autre » présent et incarné, comme peuvent l'être certains éducateurs, est cliniquement opérante. L'intime du vécu traumatique chez l'enfant vient au jour ; vécu resté hors d'

## Ils n'ont sans doute pas seulement le diable en eux, mais surtout les larmes en eux.

teinte jusque-là. Cette manifestation est forcément douloureuse ; il faut pouvoir l'accueillir et non la rejeter brutalement. Sinon, nous sommes nous-mêmes dans une posture perverse d'avidité curieuse qui ne soutient pas les conséquences d'une proposition d'accueil et d'écoute. C'est une explication plausible des exclusions répétitives que ces jeunes ont subies et qu'ils induisent dans les institutions ou les lieux de soin. On les dit « sans solution ».

En effet, après de telles expériences, ces garçons et ces filles demeurent psychologiquement hors d'atteinte. Ils anticipent ces situations de rejet, les provoquent comme une addiction, une occasion de dissociation, en font un mode de survie, dans la défiance, sans repos ni sommeil.

Parfois, pourtant une éducatrice, un éducateur, trouve le passage vers l'un d'eux au moyen d'une parole véritablement incarnée, avec les gestes qui humanisent, y compris dans l'affrontement. Ces gestes-là, tout le monde n'a pas la capacité de les risquer. Peut-on toujours puiser très loin en soi, dans sa propre vie psychique, dans son monde interne, pour entendre le trauma chez l'autre : c'est parce qu'il est lui-même terrorisé qu'un adolescent nous menace.

### L'empreinte

Les adolescents, par leurs attaques incessantes, voudraient-ils ouvrir un creux en l'Autre, y laisser une encoche, une mémoire ? Comment ont-ils été portés dans l'espace psychique, matriciel, de leur mère, elle-même dans la tourmente, livrée à l'insécurité ? Ce qu'ils cherchent, au-delà de la violence, c'est la possibilité d'une « empreinte » dans ce matériau primitif de leur vie psychique lorsque cette mémoire traumatique revient au jour.

Et lorsque reviennent les figures du passé, que s'entrouvre le plancher psychique, lorsque le nourrisson d'alors revient vers nous dans la violence et l'effroi de l'abandon passé, ce sont des bras contenant, des gestes fermes qui feront empreinte en eux, en bordant ces aires traumatiques par des paroles soudain véridiques,

mêlées aux mélodies ancestrales et aux bercements. Pourrait-on parler là de « greffe symbolique ? »

Mais, avons-nous encore les moyens d'engager de telles prises en charges dans ce climat de raidissement ?

### La fonction paternelle de l'État ?

Le statut expérimental de l'institution, ses prises de risque nécessaires et son déficit budgétaire inévitable, ont suscité inquiétudes et évaluations par les organismes de contrôle. Mais peut-on juger de la pertinence d'une structure seulement à l'aune du budgétaire, avec une logique comptable à court terme ? Acceptons-nous qu'il y ait de l'*irréparable, non quantifiable*, dans le malheur ? Cette institution occupe fondamentalement une fonction d'ASILE, fonction dont semble-t-il, faute de moyens, l'hôpital psychiatrique se démet pour cette frange de population parvenue à l'adolescence.

Bien souvent, ces jeunes-là sont maintenus dans l'errance, de lieux en lieux, jusqu'à leur majorité. Ils sont « réorientés » ou exclus à chaque acte délictueux, et finalement laissés dans la rue ou dans un hôtel de transit. Cette politique sociale ne fait que repousser la question qu'ils nous posent, à travers leurs symptômes, celle de l'acceptation par la société de leur existence.

La seule réponse alors, dans cette logique sécuritaire d'après coup, sera judiciaire. Ils chercheront, faute de mieux, par des conduites à risque, une probable incarcération avec les effets que l'on connaît sur des personnalités fragiles. La prison plutôt que l'hôpital.

### « La chose publique »

La création d'une telle institution participe au bien commun et relève fondamentalement de principes démocratiques. Il n'y a pas de mécénat privé. Son exis-

tence dépend de la volonté des gouvernants, de l'Agence régionale de santé (ARS), des Conseils généraux, des ministères de la Justice, de l'Éducation nationale. Cette institution renvoie aux instances gouvernementales une image rude. Elle met au jour la difficulté de prise en charge de ces jeunes ; elle renseigne sur les possibilités de soin et en souligne les impasses. On a relevé dans les dossiers des négligences, non seulement du côté de l'environnement familial, mais aussi du côté de ce qu'on nomme *la fonction paternelle* de l'État. Il y a donc une responsabilité partageable collectivement, envers ces enfants victimes de maltraitance précoce.

Ces jeunes n'en finissent pas de crier au monde les effets néfastes d'une déliaison sociale et d'une attaque ordinaire de la possibilité de penser la complexité. Le simplisme de la logique binaire actuelle ne s'encombre pas de pensée clinique ou anthropologique. Au nom d'un scientisme obscur, on compte sur une contention chimique de la violence, on prescrit trop vite des traitements psychotropes incisifs à de jeunes mineurs, sans prendre le temps d'interroger le sens de leurs symptômes violents. Traitements qu'ils rejetteront dès l'âge de la majorité, sans avoir intériorisé la moindre limite à leurs comportements.

Sans un engagement thérapeutique en acte, incarné par une contenance psychique et parfois physique dans le quotidien, la violence du début de vie s'organisera plus tard en conduite à risque addictive. Une recherche de chocs émotionnels engendrera de nouvelles violences à venir ; celles que l'on reconnaît hélas dans les passages à l'acte tragiques suscités par des embrigadements sectaires.

Les adolescents dits « incasables » sont des témoins. Ils nous dévoilent la venue d'un nouvel ordre social encore en gestation et se présentent à nous comme les anges destructeurs d'un ordre ancien pour lequel la nostalgie n'est plus de mise. ❶

Toucher

## Un bisou

Anne Perraut Soliveres

Cadre supérieur infirmier, praticien-chercheur

alanguie en cette fin de nuit pour l'infirmière. Elle demande à Madame Foucrier si elle a bien dormi tout en remettant un peu d'ordre dans son lit, tapotant l'oreiller. La réponse est : « Oui et vous, ça va ? ». L'infirmière sourit et lui demande si elle a besoin de quelque chose : « J'aurais bien besoin d'un petit bisou, oui, c'est ça qui me ferait plaisir, un bisou... ». Émue, l'infirmière se penche et embrasse Madame Foucrier. « Merci, ça fait si longtemps que je n'avais pas eu de bisou. » ❷

Mireille fait le tour de ses patients ce matin et entre dans la chambre de Madame Foucrier qui se réveille à peine. L'échange est tranquille, chuchoté, presque

# Faire corps, de la résistance au soin

En pédopsychiatrie, la gestion de la crise sanitaire, en mars 2020, a d'abord posé un impensable : l'arrêt des soins pour des tas d'enfants suivis, sur ordre des Agences régionales de santé.

Laura Foucher  
Psychomotricienne

Sandrine Deloche  
Médecin pédopsychiatre

S idération, obéissance, angoisse ou rébellion, tous les cas de figure ont pu être rapportés du côté de la réaction des équipes de soins. Depuis plusieurs années, malmenées par les politiques d'austérité et de *management* visant à déconstruire les pratiques, pourquoi certaines équipes ont-elles répondu aux ordres sans broncher tandis que d'autres s'y sont opposées ouvertement ? Par quoi avons-nous été touchés dans un cas comme dans un autre ? Pouvions-nous renoncer à la matérialité même de notre travail, puisque le glissement du moment a bien été de dématérialiser le soin psychique et ses multiples modalités de suivis pour les rassembler toutes selon un seul canal, la téléconsultation ?

À la Cure institutionnelle où le travail s'élabore selon le modèle de la psychothérapie institutionnelle pour enfants, nous avons décrété la fermeture du lieu incompatible avec notre pratique du soin, avec la gravité des enfants accueillis. Nous avons décidé de désobéir aux ordres, car touchés jusqu'au sens premier de notre travail, de notre engagement thérapeutique. Il fallut inventer de nouvelles façons d'être là cliniquement. D'abord à disposition et hors les murs en allant au-devant des familles dans le besoin, puis en incitant les familles à venir consulter dans le jardin de la Cure puis à reprendre les groupes thérapeutiques, là aussi en majeure partie en plein air. Nous avons alors touché, voire franchi une frontière entre différents espaces. L'hospitalité inscrite dans et hors les murs dans la cité, le soin délivré à parts égales à l'enfant et à ses parents, d'un lieu de soins du dedans devenu ouvert sur son jardin salubre, et enfin la navigation entre l'expérience singulière et collective de la pandémie. La crise sanitaire aura eu cet effet loupe sur ce que nous considérons comme essentiel dans nos modalités d'accueil pour les enfants. Préserver le soin selon une expérience commune du quotidien jusqu'à la minutie du détail, de sa rythmicité et de l'insolite afin de faire advenir des branchements, du mouvement, de la pensée selon les gestes et les paroles de chacun. Préserver le sens du collectif tel un ouvrage au tissage sans cesse recommencé. Nouages, ratages ou brisures nécessitent d'être repris. Reprendre ? Ça consiste à mettre en mots et en commun à chaque fin de journée, l'expérience du jour, celle qui fait corps.

Outre le piège de relégation au numérique, le deuxième temps de la pandémie nous a touchés différemment, puisqu'il fallait incorporer dans nos pratiques de nouveaux aspects de vie collective et leurs obligations en termes de distanciation sociale, de gestes barrières, de visages masqués. Là aussi un inédit sans précédent ! Comme devoir conscientiser et maintenir univoque une bonne distance à l'autre ; alors que notre travail consiste à sans cesse déplacer, moduler, ajuster la distance physique comme psychique la plus adéquate dans la relation. « L'interdit du toucher » quand on travaille auprès d'enfants fait partie du cadre éthique, il priorise la parole au geste. Inévitable, pourtant, le corporel est forcément là, sa présence accordée ou désaccordée nous touche, nous questionne. Le corps est toujours langage et objet de travail, ici. Comment la menace de la Covid 19 a-t-elle touché le corps réel et le corps psychique dans nos pratiques ?

## La figure de l'insaisissable

Les enfants que nous accueillons à la Cure se présentent beaucoup comme insaisissables, fuyants. Ils se dérobent, disparaissent, s'écroulent. D'autres sont au contraire hypertoniques. La plupart marquent par leur agitation. Celle qui sert de « carapace musculaire » comme ultime protection et soutien pour échapper à d'intenses angoisses.

Agitation tourbillonnante, évitement tenace, ou hypotonie jusqu'à la liquéfaction, tous ces mouvements comme les manifestations violentes renvoient à l'incertitude des limites psychocorporelles chez ces enfants. Précaires ou poreuses, si elles le restent, l'enfant ne peut distinguer ce qu'il vit au-dedans et en dehors de lui. Notre travail est donc alors d'accueillir, de contenir et transformer ses manifestations psychocorporelles inquiétantes, voire vertigineuses en capacité de penser par soi-même sans crainte.

## L'importance du toucher

Une année complète rythmée de confinements, de gestes barrières, d'attestations, de couvre-feux, du port du masque, d'interruptions de la scolarité, de dis-

continuité dans les soins et de diminution incontestable de vie sociale, culturelle, pour petits et grands. Quelles sont les conséquences physiques et psychiques ? Prise de poids due à l'inactivité, pulsionnalité débordante ou même stigmates de violences qui ont augmenté avec le confinement, pauvreté du jeu et de l'imaginaire souvent secondaire à la surexposition aux écrans, dévalorisation de soi, voire dépressivité. Le port du masque, à bien des égards, entrave également la compréhension du langage et des émotions, pour des enfants qui déjà comprennent le monde de façon partielle. Alors, les gestes barrières ne font-ils pas barrière au soin, barrière au lien ? La distanciation sociale est-elle possible lorsque l'on travaille avec des enfants en bas âge et de surcroît en souffrance psychique ? D'après Didier Anzieu, c'est d'abord la peau, soutenant les organes, le squelette et les muscles, qui va assurer une première fonction contenant, prémices de l'enveloppe maintenant le psychisme. Il s'agit du *Moi-peau*. Le peau-à-peau, tout aussi fondateur, ne peut se passer du langage. Le parent vient mettre en mots les ressentis corporels et émotionnels du petit pour les identifier et leur donner une forme, une représentation. Le toucher assure également une fonction de pare-excitation : on vient contenir le corps violent, arrêter la destructivité aussi, poser les limites. Pour les enfants en difficulté psychique que nous accueillons, il est primordial d'assurer l'ensemble de ces fonctions. Nous leur « prêtons notre appareil psychique », pour les aider à penser ce qui leur arrive, comme un sous-titrage permanent à travers des hypothèses ou des interprétations. Assurer, parfois aussi, le portage physique d'un enfant, dans la nécessité d'un apaisement face à un chagrin ou une colère débordante, d'un relâchement des tensions. Une autre rencontre se noue, celle des corps. Le portage permet une tentative de consolation, de lâcher-prise, un sentiment de sécurité et de chaleur provoqué par le dialogue tonico-émotionnel entre le soignant et le patient. Notre pratique quotidienne consiste à accueillir la manifestation du symptôme, nommer ce qui se passe,

étayer pour l'enfant qui ne peut élaborer seul, l'instant. À plusieurs, transformer en matériel à penser l'informe, le brut. Porter psychiquement et parfois physiquement. Alors, comment appliquer les « bons gestes » : porter le masque, se distancier, etc. Les *barrières* pour nous s'opposent aux ponts, aux liens, à l'ouverture, aux passages que nous nous évertuons de fabriquer au quotidien. Cette période nous a profondément touchés dans notre pratique en nous efforçant à requestionner l'accueil des enfants, mais aussi des familles, ce que c'est que le soin psychique en temps de Covid. Il nous a fallu redoubler d'inventivité, de créativité pour maintenir la *thérapeutique* dans le lien à nos patients.

### L'importance du laisser-faire

Durant cette période où l'altérité et les interactions sont devenues menaçantes, nous devons veiller encore davantage à respecter la subjectivité de l'enfant. Lui laisser la possibilité de découvrir son corps, ses capacités et d'explorer de lui-même l'environnement qui l'entoure. À l'heure où les cours de récréation ont des traçages au sol pour que les enfants respectent les « bonnes distances », où on leur interdit de se toucher, de jouer au ballon, de se tenir la main. Quelle enfance leur impose-t-on ? Quelles altérations à leur développement vont-ils encore devoir subir ? Nous devons encore plus aujourd'hui accompagner leur autonomie et leur confiance en eux en assurant un environnement sécurisant, contenant, souple, mais avec du cadre, des limites. En effet, respecter le rythme de l'enfant, sa temporalité renforce ses expériences sensorimotrices. L'éveil psychomoteur, l'observation et la découverte sont primordiaux. Interrompre l'enfant dans ses explorations de façon répétée peut entraver son développement psychomoteur et affectif, et donc s'avérer nocif. Sans cette vigilance de notre part, c'est l'apragmatisme qui guette nos enfants. La perte du désir, de l'envie de liberté et d'exploration, de l'initiative, mais aussi du lien à l'autre. 📍

# Léo, l'équipe et moi

Normes, coutumes et protocoles aboutissent à la mise en place d'une distance rendant la rencontre impossible. En osant se mettre en jeu, on peut l'abolir et créer l'échange. Cela nécessite de s'ouvrir, exposer de soi, donner du contenu dans l'espace contenant qu'est une équipe de soin.

Manon Baverel

Infirmière dans un service de psychiatrie

Léo a 34 ans et une jolie lueur dans le regard. Je ne me souviens plus très bien des circonstances de son arrivée aux urgences psychiatriques. Lorsque je le rencontre, il est dans le secteur fermé des urgences, hospitalisé sans son consentement.

Léo se débrouille comme il peut avec sa bipolarité, son travail qu'il est en train de perdre, son couple qui bat de l'aile et sa fille qui lui manque, parce qu'à un an à peine, on ne vient pas voir son papa hospitalisé dans un secteur fermé de psychiatrie.

Il n'a pas dormi depuis 72 heures, il sait qu'il est maniaque, il n'en est pas à son premier accès. Lorsque je rentre dans sa chambre et que je le rencontre pour la première fois, le sol est jonché de livres, de papiers, d'écrits, de photos. Pour lutter contre sa dépression, pour ne pas s'effondrer, il a « choisi » la manie. Dans

esprit s'emballer et qu'il a quelque chose à dire. Léo n'aura jamais dormi ce jour-là, il se sera reposé pendant trois heures dans le noir accompagné par l'infirmière. Léo connaît bien les rouages du système de soins, il se sait dans une position de dominé. Il sait ce qu'on attend de lui. La toute-puissance peut trouver sa limite lorsque le soin sans consentement est imposé. Rien dans cette situation ne semble provoquer une quelconque jouissance pour Léo. Alors, il finit par dire oui aux soins, las, parce qu'il sait bien qu'il n'a pas le choix. L'hospitalisation sans consentement est levée, il part en clinique privée en hospitalisation libre.

Trois semaines plus tard, j'arrive au travail pour une nuit dans le secteur fermé qui comporte neuf chambres dont quatre chambres d'isolement. Les nuits y sont particulièrement agitées lorsque le service est rempli de maniaques. Ce soir il n'y en a qu'un, c'est Léo, de retour dans le service, en chambre d'isolement. Je ne sais pas très bien ce qui s'est passé à la clinique, toujours est-il que le médecin l'a réadressé aux urgences afin qu'il puisse être hospitalisé sans son consentement. Je m'étonne de ce changement, peut-être avait-il fait trop d'efforts pour tenter de contenir son état maniaque ?

Les collègues de jour racontent qu'il a voulu forcer le passage de la porte de l'infirmerie afin de pouvoir s'en aller. Dans sa tentative, il a bousculé une collègue. Dès lors, le premier « contact » physique est violent et s'inscrit dans un refus des soins auquel la réponse soignante protocolaire est tout aussi violente par une mise en chambre d'isolement.

Léo nous est présenté comme agressif et refusant l'hospitalisation. Après cela, le lien est difficile à instaurer, l'agressivité semblant s'être manifestée de part et d'autre. Comment Léo peut-il avoir confiance en une équipe qui fait le choix de l'enfermer ? Comment parvenir à (re)créer du lien thérapeutique après cet épisode ? Cette question nous accompagnera en filigrane tout au long de notre nuit de travail auprès de Léo.

Restaurer un lien qui puisse être thérapeutique sera de fait difficile dans une situation où la violence des soins est manifeste. On peut s'attendre à l'une de ces

## Échanger autour de la littérature permet à Léo de recentrer son discours lorsque ses coq-à-l'âne s'emballent.

ce contexte de rupture avec sa compagne, de perte d'emploi et de culpabilité liée à la séparation avec sa fille, un état maniaque semble être le dernier rempart possible. Sa manie reste toutefois assez canalisée par ses écrits et ses lectures. Ici, il lit, il écrit, il lit, il écrit, il lit, il rit, il écrit, il écrit, il écrit, il pleure, il rit, il lit, il écrit. Moi aussi je lis, j'écris parfois. Au milieu de tous ses livres, certains d'entre eux me parlent, alors je m'intéresse à Léo au travers de ses livres et de ses graphorrhées. Échanger autour de la littérature permet à Léo de recentrer son discours lorsque ses coq-à-l'âne s'emballent. Je lui parle de moi aussi, tout en essayant de contenir quelque chose, de lui offrir un peu de mon espace psychique. Je veille à ne pas le laisser m'envahir, à lui donner un peu d'espace. Je lui raconte une anecdote récente autour d'une lecture de Zweig. Nous parlons essentiellement de littérature, cela permet de nous décaler de nos assignations respectives et contraignantes soignant-soigné. Le lendemain, Léo ne dort pas. Je reste dans la chambre avec lui, attendant le sommeil. Il accepte que je sois à côté de lui, lui chuchotant « chut » dès que son

nuits où l'isolement ne rompra pas forcément avec les stimuli de l'environnement, où il tournera comme un lion en cage autour du lit, où il tambourinera à la porte parce qu'il n'arrivera pas à dormir, parce qu'il sera enfermé. Léo n'a pas de livre dans cette chambre. Aucun protocole ne prescrit la chambre d'isolement de façon systématique face à un patient agressif, mais c'est l'habitude du service pour réduire le risque de passage à l'acte agressif pour l'autre et de récédive. L'agressivité étant identifiée la plupart du temps comme un symptôme clinique, le patient est alors réduit à sa maladie, ici la manie. Elle est rarement perçue comme réponse à une situation d'enfermement et aux restrictions de liberté qui en découlent. La question de la contrainte dans les soins psychiatriques s'accompagne souvent de comportements privatifs aux justifications fallacieuses. Ainsi, Léo se retrouve privé

### L'agressivité étant identifiée la plupart du temps comme un symptôme clinique, le patient est alors réduit à sa maladie, ici la manie.

de lecture. Comme le stipulait Adeline Hazan (Contrôle générale des lieux de privation de libertés de juillet 2014 à juillet 2020): « La culture de l'enfermement et des restrictions dans le champ psychiatrique est intériorisée par tous : soignants, famille et proches, patient compliant. L'ensemble perpétue le refus de s'interroger sur les pratiques, la compatibilité de l'enfermement et des restrictions qui l'accompagnent avec le soin<sup>1</sup>. »

Lorsque nous allons le voir cette nuit-là, nous sommes trois infirmiers, dont moi, et un aide-soignant. Le protocole nous impose d'aller à plusieurs dans les chambres d'isolement. Nous y allons tous ensemble afin de nous présenter. Il est 22 heures, nous avons rencontré les autres patients qui semblent enclins à dormir. Léo me reconnaît, cela le rassure, il n'a plus le sentiment d'avoir face à lui exclusivement ceux qui le contraignent et qui l'empêchent. Du fait de notre précédente rencontre, ma présence semble évoquer pour lui la possibilité du soin.

Alors que nous discutons tranquillement, Léo me demande si j'ai fini de lire Zweig. De Zweig à Kafka, nous nous baladons sur un chemin sinueux dont les contours se dessinent. Lorsque nous sortons de la chambre, il est 23 heures. Les collègues ont accepté l'idée que nous puissions parler si longtemps, que je prenne le parti de mener cet échange alors qu'il est tard, entretien qui se clôturera par le souhait d'une bonne nuit. Léo essaye de s'endormir mais n'y parvient pas. Nous sommes confrontés à ce genre de nuits pendant lesquelles nous ne savons plus si notre

présence risque de le stimuler ou si, à l'inverse, il faut tenter de lui apporter quelque chose de contenant pour l'aider. Nous avons du mal à prendre une décision collective sur ce qu'il faudrait faire afin d'aider Léo. La seule décision à laquelle nous parvenons est d'aller le voir quelques fois dans la nuit. Nous y allons sans nécessairement avoir de proposition spécifique, nous sommes assez démunis face à cette tourmente maniaque qui provoque l'insomnie du patient et l'impuissance du soignant, notre espoir de le voir dormir restera vain.

Au milieu de la nuit, alors que nous sommes tous les quatre dans la chambre avec Léo, celui-ci pousse le collègue Max qui se trouve devant la porte afin de forcer le passage, tel qu'il l'avait fait dans la journée à la porte de l'infirmerie. Max attrape Léo dans ses bras alors qu'il fonçait sur lui. La scène me semble se décomposer en une étrange danse plutôt qu'en scène de combat. Léo est accompagné au sol par deux de mes collègues, l'un d'entre nous, peut-être par réflexe, appuie sur le bouton du téléphone relié au poste de sécurité<sup>2</sup>. Alors que Léo est allongé par terre, je m'agenouille à côté de lui. Je lui demande ce qui vient de se passer. Cette union des corps, sur le sol, nous laisse percevoir le caractère

étrange de la situation, chacun se trouvant perplexe face à une scène qui aurait pu être évitée. Max et Jérôme sont presque allongés sur lui, alors que je suis accroupie à côté d'eux. Léo nous explique en riant qu'il voulait nous enfermer dans la chambre d'isolement, nous faire une farce. Mais que cela n'aurait eu aucun intérêt puisque nous avons les clés et que lui se serait retrouvé enfermé dans le service. Il voulait illustrer le renversement du pouvoir que nous imposons par le cadre de soin répressif et sécuritaire. Indépendamment d'un état maniaque, cela paraît signe de bonne santé que de vouloir sortir d'une pièce dans laquelle on se retrouve enfermé contre sa volonté. Léo rit de cette situation, et dans le même temps, il présente une labilité importante, se met à pleurer et à s'excuser mille fois, par crainte d'avoir fait mal aux collègues. Il s'excuse encore et encore.

Alors que je suis toujours à terre à côté de lui, je lui propose que nous téléphonions à la sécurité pour leur demander de ne pas se déplacer. Léo me remercie. Il me paraissait possible d'essayer de décider ensemble ce que nous pouvions faire afin de l'aider et trouver une solution à cette restriction trop importante de libertés, tout en mettant en œuvre un cadre de soin contenant qui lui permettra progressivement d'amender les éléments de manie.

Nous nous asseyons sur le lit afin de poursuivre l'échange. Nous demandons à Léo ce qui pourrait l'aider, il propose que nous lui redonnions sa guitare. Nous signifions que les voisins de chambre dorment et que cela risquerait de les réveiller. Léo entend parfaitement ce refus qui n'est pas justifié par des

pratiques arbitraires ou autoritaires. Il nous demande alors s'il peut lire. Je vais donc chercher le livre de son choix à l'infirmier, un recueil de poésies.

Après cet épisode, Léo passera quelques heures à lire, allongé dans son lit. Certains diraient que ce livre se voulait trop stimulant pour lui. Or, sa pensée le stimulait, l'enfermement en lui-même n'a pas apporté une réduction des stimuli suffisante pour l'apaiser. Léo est resté sur son lit à lire. Ses livres lui permettaient de canaliser sa pensée sans trop s'éparpiller. Le lendemain, Léo est transféré dans la journée pour la poursuite des soins dans une clinique privée. Une collègue m'informe avoir laissé quelque chose pour moi sur mon vestiaire de la part de Léo, c'est un recueil de poésie d'Aimé Césaire qu'il souhaitait m'offrir au moment de son départ.

Il y a quelque chose en Léo que je ne saurais décrire, qui m'a touchée. Le fait de le retrouver trois semaines après, refusant les soins, contraint par l'hospitalisation sans consentement et la chambre d'isolement, m'a-t-il confrontée à un sentiment d'échec ? Peut-être est-ce parce que j'ai été touchée, que j'ai pu discuter ce qu'on considère comme un protocole avec mes collègues. Que nous avons pu réfléchir en équipe aux décisions à prendre. Que nous nous sommes fait confiance.

Aussi, dans une telle situation, le soin peut faire sens. Les difficultés nous donnent à penser la clinique et à agir selon elle et non selon un pseudo-protocole, lié à des habitudes de service devenues normes.

De fait, je ne me suis pas retrouvée bloquée une énième fois face à une situation de non-sens qui abîme dans le travail. Être touchée m'a permis de prendre

du recul un instant et de ne pas oublier de réfléchir à nos pratiques professionnelles. Dès l'Institut de formation en soins infirmiers, on nous rabâche sans cesse la nécessité de prendre de la distance avec les patients, la fameuse « juste distance ». Celle-ci ne permet pas de se décaler de l'assignation « infirmier » et « patient », elle entrave la rencontre et la relation, donc le soin. La « juste distance » est celle que l'on considère comme juste pour soi en tant que soignant, influencée par la rencontre et par la clinique. Mais, accepter de se laisser toucher par un ou une patiente n'apparaît pas comme une erreur, dès l'instant où l'on peut en discuter avec l'équipe et penser ce sentiment comme un élément clinique. Léo a pu, en réduisant la distance physique, en nous fonçant dessus et en se jetant sur nous, réduire la distance psychique. Il nous a touchés, et nous, nous pouvons le soigner.

Aux urgences, nous ne disposons guère des espaces pour penser le transfert dans la clinique. Alors on se débrouille comme on peut, sans en avoir l'air, la nuit, c'est plus facile, dans ce secteur fermé on travaille à quatre, toujours dans la solidarité et la communication. La journée on a moins le temps et on ne fait pas toujours ce qu'il faudrait pour le prendre. 

- 1 Adeline Hazan, *Rapport du CGLPL, Soins sans consentement et droits fondamentaux*, éditions Dalloz, juin 2020.
- 2 Au poste, il y a des agents de sécurité, prêts à intervenir lorsque nous les alertons. Ils ne devraient pas avoir leur place dans un secteur de soins. Les soignants ont pris l'habitude de faire appel à eux, alors qu'une alternative pourrait parfois être proposée, il suffirait juste d'oser, mais cela nécessiterait souvent plus de temps et un effectif soignant moins réduit.

# Polygamie, polygynie : quid du toucher ?

Ce texte s'interroge sur la façon dont le tabou du toucher peut être exacerbé dans certaines organisations matrimoniales polygynes et concerne principalement les femmes.

Nadine Weibel

Anthropologue du religieux, Université de Strasbourg

Il est significatif de constater que le terme de polygamie (système matrimonial dans lequel une personne, quel que soit son sexe, est liée, conjointement, à plusieurs partenaires) est invariablement utilisé pour désigner la pratique de la polygynie (un homme lié à plusieurs femmes). Cet usage qui fait du mot polygamie un générique pour polygynie entretient une confusion lourde de sens, comme si le concept de polyandrie (une femme liée à plusieurs hommes) était impensable. Les rares exemples de polyandrie, très codifiés, sur la planète, ne sont jamais qualifiés de polygames. Et, dans les systèmes polygynes, les femmes sont bel et bien monoandres, une réalité et une exigence inscrites dans l'inconscient collectif des sociétés qui véhiculent ces modèles. Cette inégalité de traitement entre les hommes et les femmes peut être posée en préambule à l'élaboration des normes codificatrices des façons de faire, de dire, de voir incluant les façons de toucher. Si ces règles coercitives concernent à la fois les hommes et les femmes, elles stigmatisent particulièrement ces dernières en procédant à la confiscation de leur corps. Constat peut être fait, dans les aires culturelles valorisant la polygynie, en lien avec la religion musulmane, entre autres, d'un corollaire correspondant à un plus grand assujettissement féminin. Clausturation temporelle, souvent nocturne, exclusion de la sphère publique, occultation du corps par le vêtement s'apparentent à des *diktats* intégrés par le groupe et les femmes elles-mêmes. Cependant, suite à une réflexion menée par certaines d'entre elles, l'habit couvrant offre de plus en plus d'espaces de liberté les

autorisant à s'approprier « le dehors » à la faveur de cette marque frontière qui isole et protège leur corps. Mais le rapprochement, *a fortiori* le toucher, avec une personne du sexe masculin reste tabou. Cet interdit est sous-tendu par les notions de *hechma* (islam) et de *tsniout* (judaïsme), désignant un sentiment de honte endémique présidant aux relations entre personnes de sexes différents, termes maladroitement traduits par pudeur, piliers axiaux de l'éthique sexuelle de ces traditions religieuses – et de bien d'autres ! – qui balisent inlassablement le quotidien. La proscription symbolique est évidente : le corps d'une femme appartient exclusivement à son époux, et à lui seul. Dans ces cultures qui associent le toucher entre deux personnes de sexe opposé au registre du sexuel, tout comme la nudité d'ailleurs, l'interdit est clairement énoncé. Tout type de toucher, aussi anodin soit-il, qui se voudrait empathique (poser une main sur une épaule, un bras, une main), convivial ou amical (main tendue, accolade, embrassade) ou même médical, dans certain cas, occasionnent au mieux, de la gêne, de l'embarras, au pire, de l'incompréhension et du rejet. Toucher une partie du corps supposée en lien direct avec la sexualité, les jambes, le thorax, mais aussi le cou, le visage et les cheveux (symbole sexuel féminin par excellence dans l'aire sémitique) peuvent désarmer et déranger. Ce qui est inconcevable de la part d'un homme vers une femme l'est aussi, peut-être de manière moins tangible, de la part d'une femme vers un homme. Dans un tel contexte peut se poser, insidieusement, la question de la marge entre toucher et attouchement... 

# Confinement et pratique de la diététique

À l'heure où les services de santé doivent être offerts à distance, la téléconsultation en diététique est devenue pratique commune. Toutefois, cette dernière permet-elle la mise en place d'une relation thérapeutique significative ?

Maxime Banville

Diététiste-nutritionniste

La pandémie de Covid-19 a suscité une reprise de conscience collective du caractère fondamental de l'alimentation. Certes, la fermeture des restaurants a incité, dans une certaine mesure, les ménages à se remettre aux fourneaux. Plusieurs d'entre eux ont cependant préféré retourner aux bases de la cuisine faite maison plutôt qu'à l'utilisation de mets préparés. À cet effet, certaines villes ont observé l'achalandage démesuré des épiceries et des supermarchés, de même que les pénuries de farine, de pâtes alimentaires et de riz. Au Québec, c'est notamment la science de la boulangerie qui semble particulièrement avoir été préférée. Ces récents événements me semblent avoir permis de redonner un espace de valeur à la nutrition, ou plus largement à l'alimentation, au sein de notre routine quotidienne. Corollairement, nos habitudes alimentaires ont été et sont toujours bousculées par des mesures de distanciation sociale impliquant une plus grande présence au domicile, ainsi que la modification des horaires de travail. Combien de mes clients me confient travailler désormais au beau milieu de leur cuisine ? Ces changements d'habitudes représentent d'importants défis pour la pratique de la diététique qui devait déjà s'adapter à fournir des services par téléconsultation.

## Changements des habitudes alimentaires

La diététique s'intéresse à la relation intime et fonctionnelle établie entre les personnes et leur environnement alimentaire. Plus particulièrement, les diététistes croient aux bienfaits de l'alimentation permettant de favoriser ou maintenir la santé. Or, la pandémie de Covid-19 change drastiquement le contexte social et l'état psychologique humain ; ces changements produisent nécessairement des répercussions sur les habitudes et sur les rituels alimentaires. Notamment, l'enjeu de l'(in)sécurité alimentaire est davantage prévalent pour nombre de clients ayant été licenciés ou mis à pied.

À titre de diététiste-nutritionniste œuvrant principalement en matière de gestion du poids corporel, mon expérience personnelle de la dernière année et celle

de mes collègues confirment que les habitudes alimentaires de la majorité de nos patients ont involontairement changé. Le principal modèle de changement fait état d'une prise de poids, de sédentarité et d'une diminution de la qualité nutritionnelle. Plus particulièrement, une augmentation de l'apport calorique est observée, spécifiquement en raison d'une augmentation de la consommation de repas préparés, de viandes transformées ainsi que de breuvages sucrés ou alcoolisés. À l'origine de ces changements alimentaires, il est souvent question d'alimentation émotionnelle, soit d'une modulation de l'apport alimentaire en réponse à une humeur ou un ressenti émotionnel plutôt qu'à celui de la faim ou de la satiété. Récemment, une patiente partageait son découragement quant à la perte des progrès qu'elle avait réalisés avant la pandémie : « Depuis que je travaille de la maison, mes heures de travail ont explosé. Et j'ai remarqué que je mange à tout moment : matin, midi, soir, entre deux réunions, lorsque j'ai terminé une tâche. Impossible de m'arrêter, la cuisine est toujours à côté de moi. »

## Relation thérapeutique en diététique et à distance

Ces changements de modèle alimentaire ont une incidence directe en contexte de diététique dans la mesure où ils conduisent souvent à l'amorce d'une relation thérapeutique ou à la transformation de l'alliance soignant-soignée déjà établie. Mon expérience en diététique m'a conduit à distinguer l'aspect professionnel de l'aspect social de la relation soignant-soigné. L'aspect professionnel s'appuie sur le rapport et la distinction entre le « soignant » et le « soigné ». Il s'intéresse à la transmission de connaissances et de compétences. Au contraire, l'aspect social de la relation fait fi des attributs de soignant-soigné et permet d'établir une relation purement humaine d'échange et de complicité.

La pratique de la diététique s'appuie principalement sur la mesure de la consommation alimentaire : les journaux alimentaires, les rappels de 24 heures (rappel

oral de ce qu'une personne a consommé dans les dernières 24 heures qui précèdent la consultation) et l'histoire diététique en sont ses principaux outils. Ils fournissent de précieux renseignements sur l'apport nutritionnel et les habitudes alimentaires des patients. Toutefois, leur validité s'appuie notamment sur la qualité de la relation thérapeutique qu'entretient le professionnel avec son patient. Il m'arrive souvent de rencontrer des clients qui, lors de notre première rencontre, me révèlent manger de la salade à tous les repas et qui, avant de quitter, se sentent désormais plus à l'aise de m'avouer qu'il ne s'agissait pas tout à fait de la réalité. La téléconsultation affecte davantage la dimension sociale de la relation thérapeutique que sa dimension professionnelle. J'ai spécialement remarqué la difficulté de communiquer et de partager certaines valeurs primordiales à la construction de la relation thérapeutique : l'honnêteté et l'ouverture, la communication, de même que la création d'un espace absent de jugement et de blâme.

### Honnêteté et ouverture

Tel que mentionné précédemment, l'emploi d'outils de mesure de la consommation alimentaire nécessite la mise en place d'une relation basée sur la véracité, la sincérité, la franchise, l'expression individuelle et l'absence de tromperie. Or la création d'une relation thérapeutique est particulièrement difficile en téléconsultation. En particulier, la télécommunication rend difficile pour le professionnel et son patient de saisir la perception, les intentions et les émotions exprimées. La distance jette un voile entre le soignant et le soigné, qui se questionnent tous deux sur l'honnêteté et l'ouverture de la relation qui s'établit. Dernièrement, lors de la rencontre avec une nouvelle patiente, celle-ci me questionnait pour savoir comment il m'était possible de m'assurer de la véracité des informations qu'elle avait inscrites à son journal alimentaire. La téléconsultation m'amène souvent à discuter explicitement de ces valeurs afin qu'ils prennent conscience de leur importance, particulièrement en contexte de services diététiques.

### Communication nécessaire à l'engagement mutuel

La difficulté de percevoir la communication non verbale par télécommunication freine certainement la création d'un environnement de confiance propice à l'engagement mutuel. Les expressions faciales, le ton de la voix, le contact visuel, les gestes et le toucher participent à l'authenticité de la relation et au partage des valeurs qui imprègnent la pratique du professionnel. En effet, un patient est souvent plus sensible à l'authenticité de la communication non verbale d'un professionnel puisque, plus directe, elle est moins artificielle que les mots employés, soigneusement et consciemment choisis. En matière de gestion du poids corporel, cet aspect de la communication est d'autant

plus important. La plupart des patients sont souvent victimes de grossophobie et portent conséquemment un sentiment de honte et de culpabilité à l'égard de leur comportement alimentaire. Notamment, un regard bienveillant ou des signes d'écoute active peuvent aisément communiquer un désir de résoudre une problématique. À ce sujet, je rencontre plusieurs clients qui me partagent avoir été victimes d'agressions sexuelles ou de violence physique alors qu'ils étaient enfants ; ils ont le sentiment que ces abus ont perturbé leur perception de leur propre corps. Dans ces conditions, la téléconsultation limite considérablement le support que j'aimerais offrir à ces clients. Bien qu'elle pallie la distanciation sociale imposée par la pandémie, il convient de souligner que la téléconsultation n'arrive pas à reproduire la chaleur et la profondeur d'une relation humaine en personne.

### Espace absent de jugement et de blâme

Bien que l'alimentation induise intrinsèquement du plaisir, elle est également susceptible d'engendrer un sentiment de culpabilité. Rappelons que les normes sociales relatives à la saine alimentation et l'image corporelle transforment continuellement l'acte alimentaire. Les diététistes doivent alors trouver un juste équilibre entre la dimension sociale et professionnelle de leurs relations ; c'est-à-dire entre les besoins émotionnels de leurs patients et l'éducation à la santé. En effet, le discours de la diététique est souvent entendu par un patient comme une critique de ses comportements et un blâme à l'égard de son poids corporel. L'humour et la surprise sont des techniques souvent utilisées pour alléger le contexte entourant de telles confessions. Notamment, lorsqu'un patient me confie avoir consommé deux litres de crème glacée. Il me semble important de diminuer l'emphase associée à la quantité afin d'éviter toute présomption de jugement qui pourrait participer à la détérioration de la relation thérapeutique. Ainsi, il devient pertinent de tirer profit de l'aspect social de la relation établie en lui demandant, sur un ton plus léger, quel est son parfum préféré. Il est toutefois davantage difficile de mettre en place de telles interventions de proximité dans un contexte de téléconsultation. La difficulté de créer un espace sûr constitue alors un frein important à la pratique de la diététique.

### Conclusion

En somme, la pratique de la diététique par téléconsultation soulève de nombreux obstacles à l'égard de la construction de la relation thérapeutique. Or, dans les dernières décennies, la profession de diététiste-nutritionniste observait déjà un changement de paradigme professionnel invitant ses membres à porter une plus grande attention à certaines valeurs de la profession : ouverture, tolérance, la création d'un espace sécuritaire. Comme explicité, la pandémie de

coronavirus rend particulièrement difficiles l'intégration et le partage de ces valeurs, qui permettent à la profession d'évoluer et de s'adapter aux contextes sociaux et culturels de l'alimentation. Il convient cependant de préciser que le passage à la téléconsultation ouvre aussi de nouvelles possibilités.

### Photographie alimentaire

Un artefact de cette transformation concerne, par exemple, la photographie alimentaire. Depuis les débuts de la pandémie, elle représente une alternative innovante aux outils de mesure de la consommation alimentaire précédemment énumérés. Elle consiste à demander au patient de prendre en photographie les aliments et boissons qu'il consomme et les faire parvenir en temps réel au diététiste-nutritionniste. Malgré les limites inhérentes à cette méthode, la photographie alimentaire permet d'établir une communication soignant-soigné à l'extérieur du traditionnel rendez-vous médical à fréquence déterminée. La photographie alimentaire constitue ainsi un outil qui permet de construire et consolider l'aspect social de la relation thérapeutique. La photographie alimentaire semble également favoriser une plus grande honnêteté de la part de mes clients. Plusieurs d'entre eux m'acheminent des photographies de moments où ils ont eu davantage de difficultés à respecter les recommandations nutritionnelles que nous avons établies ensemble. « Journée de travail difficile aujourd'hui : on m'annonce que je devrai utiliser mes jours de vacances dès maintenant pour permettre à l'entreprise de résister au confinement. Je me permets un sac de croustilles pour me reconforter. » À l'opposé, la mise en place de cette relation informelle me permet également de

les féliciter lorsqu'ils accomplissent des activités qu'ils croyaient impossibles. « Je me suis finalement décidée à retourner sur le tapis roulant. Mon fils en fait avec moi, ça m'encourage. »

### Intimité en diététique

« Je suis contente de t'accueillir chez moi par visioconférence. Je peux te présenter mes deux filles. C'est pour elles que je cuisine. Il faut donc trouver des objectifs nutritionnels qui leur conviennent aussi, sinon c'est peine perdue. » La télésanté fait en sorte que mes consultations au cabinet sont désormais, en quelque sorte, des consultations à domicile. La question de l'intimité, également fondamentale à toute relation thérapeutique, revient alors au centre des enjeux relatifs à la nutrition et à l'alimentation. L'intimité corporelle que l'on retrouve au contact direct des patients est ainsi remplacée par une certaine proximité du fait de réaliser mes consultations dans leurs espaces familiers. Or, les effets de la pandémie ne sont pas limités qu'aux aspects fonctionnels de l'alimentation, mais ont également à voir avec la perturbation de nos rituels alimentaires propres. Il existe par conséquent une opportunité de transformer les pratiques de la nutrition, en nous intéressant davantage au sens et au rapport personnel que les patients entretiennent envers l'alimentation (l'acte alimentaire dans sa nature sociale et relationnelle, qu'il prenne place à la maison ou au restaurant, qu'il soit réalisé seul, entre amis ou en famille). Cette transformation est toutefois indépendante de la télésanté, qui aura eu l'avantage de mettre en exergue la déshumanisation des pratiques de soin et exiger d'elles qu'elles s'intéressent aux contextes de vie des personnes. ❶

## Récurage et rasage...

Serge Sadois

Retraité actif

Par expérience, je me demande si certains services hospitaliers ne nous préféreraient pas sans peau... Convoqué à 7 heures et demie du matin pour je ne sais plus quelle opération, il m'a été donné un protocole à suivre : le soir avant le coucher, douche avec un antiseptique, bactéricide et fongicide à large spectre à base d'iode et d'autres bricoles, et encore une le matin avant d'entrer à l'hôpital. À peine arrivé dans le service, le personnel arrive à me convaincre que je dois absolument en prendre une autre... J'ai bien expliqué que la veille au soir, le matin même, je l'avais fait, rien à faire, à la douche ! Pour la petite histoire, j'ai été pris au bloc en fin d'après-midi, j'avais certainement eu le temps de refabriquer quelques miasmes, mais le règlement, c'est le règlement.

À peine une année plus tard, même service, une autre opération, l'intestin cette fois-ci, le protocole ne faisait pas de fixette sur les douches, mais sur l'éradication du compagnon intime de la peau, le poil. Donc rasage total ! Pour une opération sous cœlioscopie, soit quelques trous dans la région du nombril, je me suis retrouvé rasé des mamelons jusqu'aux genoux ! Si bien rasé que certains morceaux d'épiderme étaient partis avec les poils. Le lendemain matin, enfin sorti des effets d'une longue anesthésie générale, je sentais davantage les brûlures de ces bouts de peau à vif que les tuyaux sortant de mon abdomen. Après tout, rien de grave, j'avais une pompe à morphine. ❶

Hygiène, hygiénisme

# Façons de toucher à l'hôpital

Les pages qui suivent ont été sélectionnées par *Pratiques* dans un article plus long paru dans la revue *Terrain*, « Quelques Touches Hospitalières »<sup>1</sup>. Mes observations datent de 1992-2004. Il y est question de proximité et de distance entre soignés et soignants, sur le plan littéral et métaphorique.

Marie-Christine Pouchelle

Anthropologue, directeur de recherches au CNRS

## Comment « y » toucher sans se perdre ?

« Se faire bouffer par les malades »... Cette crainte, souvent exprimée au figuré par les professionnels, apparaît comme le revers d'une imagerie anthropologique qui transparait dans les métaphores employées par les professionnels de santé pour désigner par exemple un cadavre par l'expression « viande froide ». Qui mange qui ? En tout cas, on se fait « bouffer » quand on est par trop « touché ». Le contact ici est dangereux. Quant au malheur des patients, il est de toute façon contagieux. C'est ainsi que dans des services d'hospitalisation, où les malades sont pourtant non infectés sur le plan bactériologique, on peut observer chez les soignants des comportements d'évitement normalement réservés aux situations infectieuses. Dans cette perspective, les patients sont par essence pestiférés – c'est l'un des ressorts des *Morticoles* « inventés » par Léon Daudet en 1894. Les malades sont proprement intouchables, alors qu'il faut les manipuler tous les jours.

Les fantasmes suscités chez les professionnels par la mise du corps d'autrui sur la sellette, et parfois par son morcellement, sont d'autant plus actifs à l'hôpital que les aspects psychiques des traitements ou des soins réputés « techniques » n'y sont généralement pas systématiquement travaillés. Les hommes de l'art ont bien souvent pour modèle idéal celui du guerrier impavide qui n'est, au moins en apparence, affecté par rien. Le blindage est de mise, cette armure psychique n'excluant d'ailleurs pas nécessairement le souci de l'autre, ni la compassion.

Que « trouver la bonne distance » soit un *leitmotiv* constant chez les hospitaliers montre à quel point la question est sensible. Chez les infirmières, le bloc opératoire est parfois le refuge de celles qui, adhérant au mythe selon lequel « le bloc n'est que technique », fuient le contact, trop douloureux pour elles, avec le patient et ses proches. Les chirurgiens ne sont pas toujours plus à l'aise avec les malades. Leur manque de tact appartient aux stéréotypes de la profession et, en effet, certains praticiens se montrent si directs qu'ils en sont grossiers. D'autres sont dans l'évite-

ment, ce qui est une autre manière de manquer de tact, dans tous les sens du terme. Tel chirurgien cardiaque spécialisé dans les cardiopathies congénitales ne tenait pas à voir, avant l'opération, les bébés et leurs parents. Il se voulait un pur « horloger ». Chez quelques-uns, on pourrait être tenté de penser à une phobie du contact relationnel, peut-être proportionnelle à la violente intimité qu'induit au contraire le geste chirurgical (avec un endormi ou un analgésié, soit un pseudo-vivant). Le bureau du chirurgien-chef d'un hôpital de la rue de Tolbiac, à Paris, déplacé hors de la capitale en 1977, comportait une issue particulière qui donnait directement sur la rue. Elle lui permettait de sortir de son bureau sans risquer d'être accroché par des malades ou des familles, par définition envahissants...

C'est que les patients, touchés par la maladie avant de l'être par les professionnels de santé, sont terriblement « touchants ». Eux qui, jusqu'en 2002, n'avaient guère le droit de toucher à leur dossier. Je l'ai éprouvé tout récemment de manière aiguë alors que, revêtu d'une blouse de médecin, je traversais une salle d'attente où plusieurs patients attendaient depuis longtemps leur consultation. Leur regard était pour ainsi dire gluant. Surtout ne pas rencontrer leurs yeux. De quoi prendre ses jambes à son cou.

## Toucher les morts, toucher aux morts, porter la main sur son prochain

« Toucher », « être touché » s'entendent à l'hôpital de bien des façons, dans une oscillation constante entre sens littéral et sens figuré. C'est qu'on peut même, en chambre mortuaire, toucher l'intangible, « toucher la peur », celle des proches d'une personne décédée, parfois figés à distance du défunt. La professionnelle qui m'en a parlé se charge alors de rétablir la possibilité du contact en posant sa main sur l'une de celles du décédé, geste qui, rompant avec la froideur concrète et symbolique du lieu et du cadavre, transgresse l'invisible frontière qui a fait du mort un « disparu » et rouvre ainsi l'accès au défunt pour les endeuillés.

Ce genre d'attention des « agents d'amphithéâtre » à l'égard des familles ne va pas de soi. Il se situe aujourd'hui dans une revalorisation du métier, qui n'est pas achevée dans tous les établissements. Jusqu'à récemment, les familles ne semblent pas avoir été très encouragées à toucher leurs morts (ce qui renvoie peut-être au temps où le consentement des proches pour des recherches anatomopathologiques, voire pour certains prélèvements, n'était pas forcément demandé, et où l'on redoutait la découverte intempestive de cicatrices suspectes). L'infirmière rencontrée note combien ses propres comportements ont évolué : il lui en a coûté, la première fois, de laisser la mère d'un bébé décédé prendre son enfant dans les bras. La réticence des employés tiendrait-elle aussi au malaise suscité chez eux par des manifestations de tendresse qui sont celles de la vie alors qu'ils ont, eux, accompli sur le décédé les actes techniques qui en font bien un mort et le séparent pour toujours du monde des vivants ?



En salle d'opération, les « donneurs d'organes » en état de « mort cérébrale » (on sait que c'est aujourd'hui la définition scientifique de la mort) suscitent chez les professionnels des attitudes diverses. Un médecin anesthésiste déclare que « la terreur des chirurgiens quand ils incisent, c'est la [contraction] du corps par arc réflexe ». Lors des prélèvements, certains injectent aux « morts » des antalgiques au-delà de toute nécessité technique. Et le « clampage » (pincement) de l'aorte, qui interrompt l'irrigation sanguine de l'ensemble du corps de manière irréversible, est parfois vécu par les chirurgiens et l'équipe comme la vraie mise à mort du « mort ». Dans ce sentiment, il y a seulement l'intuition (illégitime pour la médecine technicienne, et supposée contraire à la promotion des dons d'organes, donc quasiment honteuse) que le mort n'est « pas vraiment mort ».

Ainsi, lors d'un prélèvement auquel il participait, tel anesthésiste n'a pas pu s'empêcher, dit-il, de passer sa main sur le front du « donneur », car il en sentait

la présence. Impossible de confier son malaise aux confrères : « Ils diront que j'ai besoin de repos, que j'approche de la retraite... »

Le geste, presque furtif, tenait plus de la caresse que du toucher. On peut l'interpréter comme un geste de réparation, d'apaisement, de fraternité, reconnaissant au défunt sa place parmi les humains en dépit du morcellement rapide de son support corporel.

Lors du prélèvement d'organes, la discrète caresse de l'anesthésiste fut-elle en revanche suffisante pour rétablir l'humanité du lieu ? Au moins a-t-elle permis au médecin de s'assurer de sa propre humanité et de son engagement dans le soin.

## La communauté prestigieuse des toucheurs

Les « grands », en milieu hospitalier, se comportent parfois comme s'ils étaient par nature indemnes de toute souillure. À cette conviction des praticiens s'est tragiquement heurté Ignace Semmelweis, au XIX<sup>e</sup> siècle, lorsqu'il a essayé, vainement, de convaincre ses confrères de se laver les mains au sortir de la salle de dissection avant de toucher les femmes en couches. Aujourd'hui encore, il n'est pas sûr que, malgré le savoir bactériologique assimilé depuis, les « seigneurs » ne continuent pas à croire aux effets concrets de leur pureté symbolique. En toute magie.

Minimisation des incidents et affirmation (ici distanciée) d'une propreté en soi sont alors typiques. Attitudes dangereuses dans le contexte des infections nosocomiales. Que celles-ci soient manuportées à 80 % fait du toucher à l'hôpital un sujet brûlant, comme cela a été répété à maintes reprises au cours des premiers États généraux des infections nosocomiales (2007). Sans entrer dans le détail des enjeux socioprofessionnels de l'asepsie, on notera qu'ici comme ailleurs l'observation des règles d'hygiène, aussi justifiées et vitales soient-elles, peut-être fonction du statut hiérarchique du sujet.

## À tâtons, au sein des tissus

Un geste de chirurgien a retenu mon attention : arrivé en salle d'opération, mais pas encore « habillé », il tâte le malade endormi. Comme s'il s'agissait de faire connaissance avec le corps de l'opéré inconscient auquel il aura à « trouer la peau ». Dans un toucher qui voit loin, pour ainsi dire, le chirurgien éprouve alors la résistance de la peau, l'emplacement de l'ossature, la présence de graisse, la disposition des muscles, peut-être l'affleurement d'une tumeur. Il imagine et prévoit son geste. Dessine éventuellement en noir sur la peau (au fusain ou au marqueur stériles) le futur trajet du bistouri, en y faisant parfois des hachures pour être sûr de respecter, lors de la fermeture, la morphologie originelle de la région.

Certes le chirurgien n'a pas la sensibilité du guérisseur ou du magnétiseur, il n'est entraîné ni au « toucher-

massage », ni au « toucher thérapeutique » diffusés en milieu infirmier au grand dam des kinésithérapeutes, ni à l'haptonomie pratiquée chez et par les femmes enceintes, mais aussi parfois expérimentée chez les personnes âgées hospitalisées en « long séjour ». Bien qu'il soit encore moins formé à l'ostéopathie ou à l'eutonnie qui appartiennent aux thérapies dites alternatives, on ne peut pas exclure qu'il ne puisse aussi parfois avoir au bout des doigts, consciemment ou inconsciemment, une perception intuitive qui va au-delà de l'évaluation purement anatomique. Il tâte en tout cas, comme on reconnaît un terrain susceptible d'une inquiétante étrangeté, surtout si le patient a déjà subi une opération au même endroit, la cicatrisation des tissus ayant modifié la topographie originelle.

Dans la même perspective, on peut se demander, lors de la pose des champs opératoires, quel sens prend pour l'interne (ou l'opérateur lui-même) le tamponnage de la Bétadine® iodée encore humide pour que les champs adhèrent mieux, sans attendre qu'elle ait séché. Médiatisé par une compresse absorbante, un tel attouchement, dont les limites ne sont pas claires, est désormais considéré par les spécialistes de l'hygiène peropératoire comme indirectement dangereux et source de contamination potentielle, puisqu'il empêche l'antiseptique de remplir correctement son office. Si le geste persiste, bien que contrevenant aux règles de désinfection cutanée dûment démontrées, c'est probablement parce qu'il remplit d'autres fonctions que celle, non négligeable cependant, de faire seulement gagner du temps au chirurgien.

Cet attouchement qui appartient aux procédures qui transforment le patient en matériau à traiter renforcerait-il chez le professionnel son sentiment d'appartenance à la communauté des « toucheurs » ?

Désormais, dans certains blocs opératoires, des systèmes électroniques assistent la progression du chirurgien, permettant d'éviter le nerf facial, ou, dans la chirurgie des sinus, de ne pas faire effraction dans la boîte crânienne et le cerveau. Le développement de procédures de plus en plus sécurisées amènera-t-il les chirurgiens à toucher de moins en moins l'opéré avant de l'entamer ? On verra plus loin que l'heure (technique) est de toute manière à la distanciation.

Cheminer dans les tissus avec des « doigts de fée », explorer doucement mais fermement les lignes de clivage, à tâtons, véritablement dans l'intimité des résistances, en apprivoiser certaines, en franchir d'autres : dans ce toucher-là tient probablement, pour certains chirurgiens, l'un des grands bonheurs du métier. « Oui, on cherche avec la main [pour isoler un lobe pulmonaire]. Ça, c'est un des plus beaux gestes de chirurgie thoracique que j'aie appris avec mon patron. Oui c'est ça, je saurais le refaire, mais je ne saurais plus dire les mots. Je vois très bien le geste pour séparer par exemple un lobe supérieur. [...] Et ce geste qui effeuille le poumon comme du papier à

cigarettes pour le tirer vers soi, pour trouver la scissure, ça, c'est un geste de chirurgie thoracique qui est absolument magique. »

Ce toucher efficace dans les arcanes du corps ne manque pas de donner à certains chirurgiens un sentiment démiurgique déjà attesté aux époques reculées où les opérateurs étaient loin de réaliser les exploits qu'ils accomplissent aujourd'hui. Une telle sensation se situe au-delà de la description verbale, dans l'ineffable, dans l'indicible d'une communion intense avec les ressorts de la vie. C'est ce qu'avait voulu faire partager à l'ethnologue, en 1995, le chirurgien qui lui proposa de « s'habiller » et de tenir elle-même à pleines mains le cœur « battant » de l'opéré.

### Toucher sans y toucher ?

La vidéo-chirurgie a représenté une première étape dans la dissociation du corps à corps fondateur de la chirurgie. L'usage (encore peu fréquent) de télémanipulateurs improprement appelés « robots » rajoute une distance qui peut être considérable entre le site opératoire et les doigts du chirurgien. Ceux-ci n'ont plus à manier que des joysticks sur une console éloignée de cinq mètres – ou de milliers de kilomètres – de l'opéré. Le corps à corps est également perdu avec le reste de l'équipe, alors que dans la chirurgie traditionnelle ou mini-invasive, les chirurgiens sont souvent en étroit contact physique avec leurs partenaires autour de la brèche opératoire.

Seul sur sa console, assis (plus rien des postures fatigantes traditionnelles, qui faisaient aussi du chirurgien un héros de l'endurance), le front appuyé contre un bandeau, les yeux rivés à son écran, le chirurgien dont les « doigts de fée » – ici pouce et index seulement – sont engagés dans les anneaux des joysticks se trouve quasiment en apesanteur du point de vue du geste : en l'absence de « retour d'effort », il ne sent pas la consistance, il n'est plus à même d'éprouver la résistance des tissus, de tâtonner à la recherche d'un passage non visible, de tester la solidité d'un nœud. C'est pour le moment le prix à payer pour l'étonnante performance gestuelle du « robot », qui « emmène la chirurgie au-delà des limites de la main humaine ». En effet, le « poignet » du télémanipulateur peut faire un tour complet sur lui-même, et la machine corrige tout tremblement. Il en résulte, au moins pour le profane qui en fait une première expérience, une sensation troublante de perfection qui n'est pas de ce monde. La perte du toucher fait basculer dans l'irréel, comme le savent bien *a contrario* tous ceux qui touchent (ou même se pincet) pour s'assurer qu'ils ne rêvent pas. ❶

1 M.-C. Pouchelle, « Quelques touches hospitalières », *Terrain*, n° 49, 2007. Repris dans M.-C. Pouchelle, *L'Hôpital ou le Théâtre des Opérations*, Seli Arslan, Paris, 2008.

# Jeux de mains, jeux de vilains

Touché, coulé diront les hommes de main de l'élite autoproclamée des agences de santé. Quant aux têtes bien faites, formées par l'expérience et le temps, de celles qui avaient les mains dans le cambouis de la clinique, elles ont encore des mots pour le Dire.

Jean Vignes

Infirmier de secteur psychiatrique retraité

« Jeux de mains, jeux de vilains ! » Les plus anciens d'entre nous se sont entendus seriner cette phrase dans leur enfance. En général, elle s'appliquait à la suite d'un échange pugilistique entre gamins.

Ce dicton prend sa source au XVII<sup>e</sup> siècle et remonterait au Moyen Âge. Les jeux de mains des vilains, paysans ou personnes de basse extraction, étaient un jeu où l'on échangeait des coups légers pouvant vite dégénérer. À l'opposé des jeux des vilains, il y avait ceux de l'aristocratie qui se faisaient au fil de l'épée et, c'est bien connu, ceux-là ne dégénéraient jamais. Mais on sent déjà poindre le mépris de classe.

Nos parents ou grands-parents employaient ce dicton suite à une bagarre, il pouvait de même s'appliquer à une séance d'autoérotisme, voire au jeu du docteur dans un grenier à foin accueillant avec une cousine. Comme quoi, dans l'imaginaire infantile, le docteur occupait une place enviable.

Le toucher recouvre un champ qui peut aller de la mise au *poing* d'un désaccord à celui d'un échange de caresses sensuelles. Cela peut être aussi la main d'un parent inquiet qui vérifie l'état de fièvre de son rejeton, tout aussi bien que la baffe qui vient clore une autre fièvre infantile ponctuée d'une grosse bêtise. Le toucher, selon tout un ensemble de situations, le statut des personnes ainsi reliées, fugacement ou longuement, peut donner lieu à bien des interprétations ou des conséquences. Une main sur l'épaule peut être rassurante et engendrer du réconfort, par contre appliquée au séant d'une personne croisée provoquera la plupart du temps une gifflade bien méritée en retour. Le toucher, on le sent bien (si je puis dire), est avant tout affaire d'intention, de situation, de circonstances, de culture.

## Un petit tour vers la clinique

Serrer la main peut être une salutation assortie de bonnes intentions, ladite main étant désarmée, ou une façon de sceller un accord, mais tout aussi bien devenir une épreuve de force quand c'est celle d'un Trump qui prend celle de Macron dans la sienne. Ah, si Macron avait connu les gestes barrières à l'époque ! Quand je travaillais en pédopsychiatrie, Gégé, un des enfants

accueillis, avait pour habitude de nous serrer la main, au pied de la lettre. Lui faire comprendre que serrer la main était un acte symbolique de salutation et non pas le fait de faire une compote de doigts fut tout un travail de patience. Mais avec le temps, Gégé comprit. Peut-être avait-on inscrit un premier point symbolique pour faire triangle entre son imaginaire et le réel.

Monsieur Pla avait une longue carrière de patient en psychiatrie et avait fréquenté régulièrement les unités pour malades difficiles. Dans sa prime enfance, M. Pla servait d'objet sexuel lors de parties fines organisées par son père nostalgique du III<sup>e</sup> Reich.

Une après-midi, j'entends un grand bruit dans la salle de jour du pavillon, je me précipite lentement et constate que le baby-foot, un modèle de bistrot, avait traversé ladite salle en vol plané et vois M. Pla adossé à un pilier de la salle, respirant bruyamment, la tête baissée, bras tendus vers le sol et poing serrés.

Je m'approche à deux-trois mètres de lui, prudemment, m'arrête. Michel, l'aide-soignant me suit de près. Je lui fais signe de stopper aussi en lui demandant de bloquer les renforts appelés par mes collègues. Doucement et à plusieurs reprises, j'appelle M. Pla. « M. Pla, vous m'entendez ?... » Au bout de quelques minutes, j'entends sa respiration ralentir. « M. Pla, je peux m'approcher ? Je ne vous toucherai pas. M. Pla hochez la tête si vous m'entendez ».

Le signe attendu finit par arriver, je m'approche à un mètre, lui tends doucement mon bras. Je lui dis que dès qu'il se sent prêt, il peut saisir mon poignet, que je l'accompagnerai à sa chambre et que, s'il veut bien, je lui ferai une injection susceptible de l'apaiser. Là encore un certain temps passe, M. Pla grommelle de façon inintelligible. Dans un geste lent, comme s'il luttait contre des forces contraires, il me saisit le poignet fermement. Je me place à côté de lui et lui propose de l'accompagner. Il décolle du pilier de façon saccadée, nous avançons de concert vers le couloir.

Le mur de collègues venus en renfort s'ouvre, quelqu'un me tend le plateau avec l'injection. « Ça va aller » dis-je tant pour mes collègues qu'interrogativement pour M. Pla, il opine.

Un an plus tard, M. Pla quittera notre service. Pour la première fois depuis de longues années, il sortira en service libre, vers une famille d'accueil avec pour via-tique un chevalet et du matériel de peinture. Au cours des mois précédents, son goût pour cette forme d'expression se sera développé. « C'est horrible ce qu'il peint ! » disaient souvent les personnes confrontées à ses œuvres. Je pensais en moi-même que ce devait être largement en deçà de ce que lui cherchait à expurger. Mais je savais que ce jour-là, ce simple contact volontaire de sa part, sa main saisissant mon poignet, l'avait extirpé d'un univers atroce de violence, de ce cauchemar répété depuis l'enfance d'une situation dont il était objet, sans échappatoire qui avait été rompu en lui offrant de prendre ma main en lieu et place de se retrouver maîtrisé violemment.

### Interlude

Le jeune soignant que j'étais au début des années quatre-vingt n'était pas préparé à devoir être confronté à des corps nus, à les toucher, pour un soin, pour une toilette, pour un examen... Un malaise persistait en moi, puis je tombai sur un intitulé de stage « massage, relaxation, bioénergie » organisé par un institut de formation. Pendant deux ans, une semaine par trimestre, j'ai suivi ce cursus. Douze stagiaires, dont onze infirmières, amenés à appréhender le toucher sous toutes ses formes. Réflexions égrillardes s'abstenir, il y eut des moments très *formateurs* pour moi.

Au cours de ce stage, j'ai découvert le Do-in, le Shiatsu, le massage réflexe et autres techniques orientales, la relaxation... j'ai appris le toucher plein sans projets après avoir fait le vide dans mon esprit. J'ai appris à écouter le corps de l'autre par un simple toucher et laisser mes mains se guider sans y mettre de volonté. Encore un effet de notre univers impitoyable de logique de marché, cette formation en deuxième année a changé d'appellation, « toucher » remplaçant « massage » dans l'intitulé, les kinés ayant déposé un copyright pour réglementer professionnellement l'usage du mot. Cette formation m'a conduit à la pratique de l'aïkido, un art du toucher qui permet d'éviter le heurt, la violence physique et au besoin l'aspirer et la neutraliser dans un tourbillon.

L'art de toucher, avec la psychanalyse et la psychothérapie institutionnelle auront inspiré ma pratique tout au long de ma carrière. Je pouvais proposer un massage de la main en réponse à une demande de somnifère, souvent cela suffisait à éviter la prise dudit médicament, pas bon pour le chiffre des labos. Quand je m'installais à l'ombre du patio avec le coupe-ongles, les personnes hospitalisées, souvent atteintes de psychose et habituellement rétives à ce genre de « mutilation », venaient d'elles-mêmes me demander si je voulais bien m'occuper d'elles. Ce moment était propice à un temps d'entretien informel. Effet collatéral

inattendu, dans notre unité, les accidents de travail liés à des *griffures lors d'un contact avec patient agité* sont tombés à zéro. Comme quoi, les gestes bénins du quotidien ont de l'influence.

### Retour à la clinique

Nous avions un jeune patient qui, en état de crise, faisait de larges moulinets de ses bras tenant tout le monde à distance. Comme il était grand et costaud, cela finissait par une marée de soignants qui lui tombait dessus. Un jour, la crise démarre lors du repas dans le réfectoire bondé, rapidement il crée un *no man's land*. Je ressens le désir d'échapper à cet enchaînement qui finit en scène de violence préjudiciable pour tout le monde. Dans ma tête, je repense à la technique de *packing* et autres formes de réponses à ces états, ainsi qu'aux angoisses psychotiques et à mon désir de gommer cette sorte quasi systématique de mise en œuvre violente de la contre-violence institutionnelle pour maîtriser les états d'agitation. Sans réfléchir plus avant, je me glisse sous le ventilateur de ses bras, il était bien plus grand que moi ce qui facilitait l'approche, je l'étreins et là, il fond. Se laisse aller en larmes dans ce contenant que je lui propose. Tenir simplement la main de quelqu'un qui part en vrille et peut s'accrocher à cette présence détendue peut suffire à apaiser une tension le temps que les mots viennent peu à peu en accompagner la solution.

### Interlude et clinique

À l'époque où notre équipe de soin avait demandé la suppression des chambres d'isolement de notre unité de soin, la commission médicale avait refusé dans un premier temps, puis conditionné son accord au fait que nous n'en usions pas pendant un an. Nous y sommes parvenus. Un jour qu'une patiente de l'unité avait été interceptée alors qu'elle allait se jeter sur les voitures défilant sur la route à quatre voies bordant l'hôpital, raccompagnée dans l'unité, elle avait tenté de s'échapper pour récidiver, nous l'avons maintenue sur son lit, juste en posant nos mains sur son corps, sans forcer, juste le poids de nos mains qui lui faisaient comme une enveloppe le temps que la communication passe. J'avais expérimenté cette sensation étrange lors de ma formation. Un toucher léger peut être le meilleur des contenants à l'opposé des contentions mécaniques. Il faut que l'équipe soit aussi en harmonie pour qu'à chaque moment il n'y ait pas de rupture de continuité et que chacun occupe les espaces laissés vacants par l'autre dès lors que c'est nécessaire pour se consacrer à résoudre sans violence un état de crise.

### Être touché un tabou ?

Pour conclure, je vais parler de l'autre acception du toucher, celle d'être touché.

Cette équipe dont je faisais partie, qui avait obtenu la suppression des chambres d'isolement, ne s'était pas constituée en équipe de soin en un jour. Il en avait fallu des réunions, des discussions, de la régulation, des réunions café pour en arriver là. Le « mauvais » côté de cette équipe, c'est qu'elle était capable de faire bloc face à la hiérarchie. Alors, on nous a *imposé* une formation. Bigre ! Le cadre sup nous réunit et nous informe que nous *devions faire* une formation à la *cohésion d'équipe*. Rebigre ! Si une équipe était cohérente, c'était bien celle-là.

Il nous propose dans un premier temps de choisir un organisme de formation. Après recherches, nous optons pour un organisme avec qui certains d'entre nous avaient suivi des formations qu'ils avaient fort appréciées. Nous n'avions plus qu'à attendre la date. Le cadre sup nous réunit à nouveau et nous annonce qu'il avait invalidé notre choix et que cette formation se ferait avec un formateur de sa convenance. Ça a swingué un peu, mais sa décision était arrêtée, raide dans ses bottes comme un Juppé de carnaval. Nous avons fini par accepter.

La formation commence, la moitié de l'équipe est là. Nous étions divisés en deux groupes, un le matin, un l'après-midi.

Le formateur nous propose un jeu :

« Vous êtes sur la lune, votre vaisseau s'est échoué à 100 km de la base, vous devez choisir dans une liste cinq objets sur les dix proposés pour assurer votre survie et rejoindre la base », il précise que c'est un exercice mis au point par la NASA, c'est dire si c'était sérieux. Je suis fan de science-fiction, quelle aubaine, ce stage commence bien. On classe, on répartit, on écarte une série d'objets et on remet notre copie. Le formateur écrit notre liste au tableau à côté de la liste complète et ricane. Zut, on avait tout faux !

Sur sa liste, il y avait un revolver. Il inscrit le chiffre un à côté, nous nous avons mis une radio directionnelle en tête. Nous avons écarté le revolver de notre liste, idiots que nous étions.

« Vous savez pourquoi un revolver ? », nous demande-t-il.

Ben non, on ne sait pas, d'autant que sans oxygène, sa pétoire va falloir qu'elle soit sophistiquée pour fonctionner. Il reprend : « Vous êtes en formation de cohérence d'équipe, pour qu'une équipe reste cohérente, il faut qu'elle ait un chef et qu'il soit en mesure de se débarrasser d'un membre qui pourrait mettre en danger la vie des autres ».

Je vous jure que je n'invente rien ! Avec le recul, je

comprends mieux aujourd'hui d'après ce que décrit Johann Chapoutot du *management* inspiré par les nazis et le fait que Werner von Braun en soit issu.

À la pause, on se dit avec les collègues qu'elle est bizarre cette formation.

Deuxième exercice, écrire individuellement sur un bout de papier les trois qualités qu'il faut pour exercer en psychiatrie. Il les ramasse et retranscrit au tableau le fruit de nos cogitations. À un moment, il s'arrête, reprend, écrit empathie en gros au tableau, l'entoure et fait une grande croix dessus, se retourne et nous dit : « Ça jamais ! c'est justement ce que vous avez à bannir ».

Zut, c'est mon papier, je reconnais la liste des mots, temps, équipe, empathie, c'est ballot. J'essaye de lui dire que justement c'est un de nos *outils de travail*. Que nous sommes notre propre outil de travail. Il voit rouge, du moins il s'énerve. J'essaye de préciser en lui disant que nous travaillons en équipe et que nous avons un espace de discussion avec la psychologue. D'exposer nos ressentis nous permet, en les travaillant, en essayant de comprendre le pourquoi des différentes émotions d'enrichir notre pratique. Comprendre pourquoi l'autre nous suscite des émotions est bien mieux que de les refouler.

Le reste de l'équipe s'en mêle. L'une explique que depuis qu'elle peut exposer ses ressentis et les comprendre, elle vit mieux son travail, une autre rajoute que cela lui fait du bien, une autre encore que l'on met ces émotions en jeu pour créer des espaces de relation singuliers sous contrôle...

Le formateur a jeté l'éponge le deuxième jour, il n'est pas revenu. Je vous rassure, il a quand même été payé pour la semaine, à 900 €/jour.

Et l'équipe a continué son bonhomme de chemin, une équipe qui avait appris à toucher et être touchée et en faire une pratique professionnelle. Enfin, quand je vous dis que l'équipe a suivi son petit bonhomme de chemin, c'est presque vrai, jusqu'à ce que, il y a deux ans, la *modernité* prônée par les Agences régionales de santé via ses *hommes de main* directoriaux vienne mettre un terme à cette « relique du passé » qu'était notre unité de soin pour la remplacer par une moderne unité de réhabilitation psychosociale.

Au temps des tests et des algorithmes, touché et être touché n'est plus dans l'air du temps faut croire.

Comme quoi toucher est bien une affaire de culture, de civilisation. 

# Sous le masque

La pandémie nous tend l'image, sinistre, d'une médecine qui abolit le regard. Et rappelle combien la clinique est chère, nécessaire. Mais il ne s'agit plus de revenir au « monde d'avant ». Il est temps de dépoussiérer l'examen clinique à l'aide de nouveaux outils, tel l'échostéthoscope.

Arben Elezi

Médecin urgentiste, service d'urgences adultes et spécialisées, Hôpital Saint-Louis, Paris

L'examen clinique est une part importante, si ce n'est essentielle de la clinique. Il est, comme on le sait, cet exercice riche, pluri-sensoriel qui invite, mobilise et agite presque tous les sens, « regard qui touche, entend et voit »<sup>1</sup> et fait intervenir la raison pour couronner le tout : la magie de la clinique érigée en art, celui qui permet d'apercevoir la cause de symptômes, de cerner la maladie. Une entreprise en même temps complexe, laborieuse et singulière : cela s'entend par la présence du malade qui, d'une certaine façon, masque sa maladie ou bien n'en affiche que son négatif. En inventant, il y a deux cents ans, le stéthoscope et l'auscultation médiate, Laennec prolonge ce regard et offre à l'intuition clinique une nouvelle acuité : des bruits renforcés et transmis à l'oreille du médecin deviennent signes de maladies.

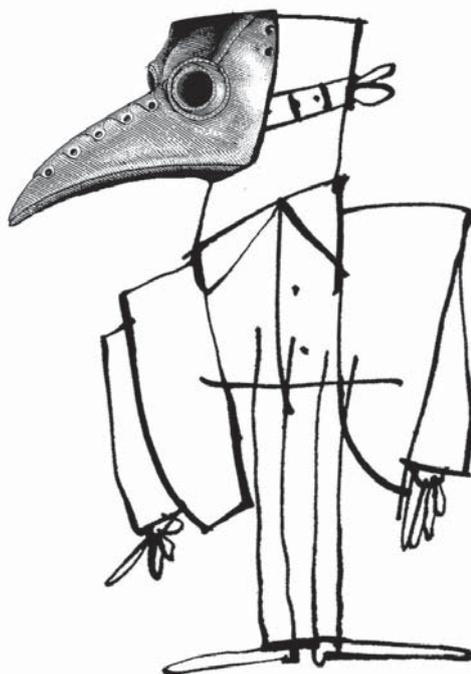
Identifier, fidèle à l'enseignement, la cause de la plainte via une lecture appliquée des symptômes et des signes : *l'invisible* dans l'opacité de la chair se fait ainsi virtuellement *visible*. C'est grâce à ce labeur, à la noble expérience aussi que nous parvenons à voir la maladie, avant même que l'imagerie ne vienne la confirmer. Ce *visible virtuel*, sous son tranchant scalpel, devient à son tour visible. Et le clinicien peut, par la suite, déployer son art ultime, celui de soigner. Mais en temps de pandémie, comme celle que l'on

vit actuellement, que devient l'examen, ce regard érigé, paradigme oblige, en impératif clinique ?

Que nous enseigne, à ce propos, notre expérience aux urgences ? Toutes ces précautions d'hygiène, on s'en doutait, entravent la pratique clinique. La vision s'affaiblit dans la brume légère ou épaisse des lunettes de toutes sortes. Porter des gants ne rime pas avec « délicatesse » du toucher, impossible par exemple de sentir la chaleur de la peau ! Le stéthoscope, quant à lui, décide la plupart du temps d'adopter un « profil bas ».

Pendant l'auscultation, et par crainte de voir les gouttelettes de virus envahir la pièce, il nous paraît vite imprudent de demander au patient de participer. Pourvu qu'il ne tousse pas, tel est peut-être notre vœu secret à l'entrée de son box ! Nous voyons nos sens s'émousser, le regard médical se rétrécir comme jamais. À cela s'ajoute, surtout au début de l'épidémie, la confusion sur la place de l'imagerie, ses indications, la réticence légitime de la radiologie, la crainte vague qu'une nouvelle maladie inspire un peu partout.

Nous ne pouvons plus compter sur l'imagerie comme avant pour remédier aux failles que comportent souvent notre examen et notre jugement clinique. Un virus insolite entravait sérieusement notre fonctionnement, y semait la pagaille !



Pour ce qui est du malade, il doit se sentir bien seul et reste souvent sidéré. Comme marqué par un fer rouge, il est aussitôt isolé. Pas un seul visage tout à fait humain, c'est-à-dire sans masque ni lunettes épaisses, pas un seul visage familier à l'horizon, les visites étant la plupart du temps compliquées, voire interdites. La déroute, parfois, de toute clinique, de celle aussi que l'on croyait immuable et qui consiste à accompagner, dans ses derniers instants, l'humain. Pour revenir à l'examen clinique: si évoquer la Covid-19 va de soi devant tout syndrome pseudo-grippal, il suffit d'un prélèvement et d'une PCR pour la confirmer. Mais avec le temps, nous étions surpris de découvrir de nouvelles manifestations: cutanées, neurologiques, digestives, ORL. Ainsi vomissements et diarrhée, douleur abdominale, céphalée, pour peu qu'il y ait un peu de fièvre deviennent, à nos yeux, les symptômes de la seule et même maladie. Son diagnostic ne posant guère de problème et faute de traitement, la clinique par certains aspects est devenue, il nous arrive toujours de le penser, simple! L'examen clinique aussi: simple, bref, et presque expéditif. Dans les box de malades, nous sommes privés de notes (plus de feuilles, de stylo, d'ordinateur) et s'habiller, se déshabiller, se désinfecter est presque aussi long que l'examen en lui-même. Ce dernier se résume souvent, faute de temps aussi, à un interrogatoire: symptômes, antécédents, traitements, allergies. Inspection de la dyspnée en même temps, des signes de gravité, sans oublier de relever la saturation en O<sub>2</sub>, le degré de l'autonomie du malade lorsqu'il s'agit de fixer son devenir.

Si ces conditions rendent compréhensibles ce mode de prise en charge aux urgences, cette dernière ne peut guère cacher ses faiblesses. On y devine facilement le piège qu'elle dresse: celui de méconnaître d'autres étiologies, curables de surcroît. Une maladie peut en cacher une autre, on le sait, tout comme le fait que, parfois, les maladies portent des masques qui se ressemblent.

### La vision médiante par l'échostéthoscopie

Pour ce qui est de la radiologie, le scanner thoracique, avec ses images « caractéristiques » en verre dépoli, se montre rapidement précieux car très performant dans le diagnostic de la pneumopathie à SARS-CoV-2. L'en-nui, c'est qu'y accéder n'est pas toujours aisé. Comme par une force de l'habitude, la radiographie du thorax, quant à elle, continue à être sollicitée. En se déplaçant sans cesse dans les services, au lit du patient, elle mobilise trop d'énergie pour un rendement faible et finit presque par nous fâcher! Les radiologues demeurent réfractaires à l'échographie pulmonaire, le rêve et le combat, depuis quelques années seulement d'une poignée de cliniciens passionnés<sup>2</sup>. Peu sollicitée du reste, au pic de l'épidémie, l'échographie dans les services de radiologie subit une éclipsé.

L'avènement des échographes portables, heureusement, permet aujourd'hui aux cliniciens de réaliser une échographie au chevet du malade. « Dépossédés » de leurs stéthoscopes, les cliniciens voient en l'échographie du poumon une alternative. Et puisque l'occasion se présente, pourquoi ne pas la saisir? Un peu partout, l'échographie investit les services pour sonder, cette fois-ci, la plèvre et le poumon. Elle étonne, un peu partout, par sa relative simplicité et surtout sa sensibilité. *Il n'y a point de mal dont il ne naisse un bien*: l'échographie pulmonaire, longtemps rejetée puis incomprise, obtient enfin gain de cause et se voit offrir les prémices du printemps. Elle est donc possible. La pièce, naguère manquante, est désormais reconnue, en vogue même, encline à devenir la pièce maîtresse de cette échographie « clinique » qui se veut holistique en aspirant à sonder le corps entier. Quant aux urgences de l'hôpital Saint-Louis, nous avons fait le pari et pratiquons depuis six ans maintenant, de manière exclusive, la variante la plus dépouillée, la plus sobre de l'échographie. L'échostéthoscopie est le nom de cette échographie faite par le clinicien « au chevet du malade » à l'aide d'un outil ultra-portable<sup>3</sup>. Aussi petit qu'un téléphone, pouvant se glisser dans la poche, ne nécessitant aucun réglage, l'appareil permet une pratique fréquente, répétée, dans l'idéal systématique. Dans un service amené à ménager des flux comme les urgences, l'ultraportable ou l'échostéthoscope prend l'avantage sur les autres types d'échographes. Logique, car c'est dans la répétition que l'on atteint le juste exercice des sens que l'échographie, telle la clinique, ne cesse de mobiliser.

Inspirée du stéthoscope, cette appellation incite à un exercice humble, pondéré, prêt à s'assimiler à une *belle* clinique pour y apporter davantage de « lumière ». Voilà de l'inédit. Grâce aux progrès de la technique, l'imagerie s'invite dans cet espace clos, le lieu du colloque singulier médecin-malade, et le transforme. Regard médical, vision médiante et malade s'y adonnent volontiers à un dialogue solidaire et continu<sup>4</sup>. Une puissance de la clinique en émane lorsque la vision échographique se conçoit de cette manière et seulement de cette manière, c'est-à-dire comme un affinement technologique du regard médical et non comme une substitution à ce dernier<sup>5</sup>. Au temps du coronavirus, l'échostéthoscope présente un autre bel atout que l'on ne soupçonnait guère: sa petite taille semble le mettre à l'abri des gouttelettes virales et il est plus facile à nettoyer. Voir la pneumopathie se tramer à l'intérieur du poumon, l'énoncer avant même les radios et les prélèvements, voici la distinction. Lignes B, fusées pleurales, bronchogramme et glissement pleural remplacent dans la bouche des urgentistes, le temps d'une pandémie, murmure vésiculaire, crépitants et râles.

Le clinicien est, de manière générale, amené non seulement à établir un diagnostic, mais aussi à sonder l'état de la santé, la vitalité du malade, ses appétits

dans le temps. Lecture intelligente, active et double à la fois, du malade et de sa maladie. L'échographie l'est aussi : une technique dynamique, la seule en pratique, la plus clinique de toutes en réalité. Inoffensive, elle s'affiche comme un allié naturel de la clinique. Par temps de pandémie, sa contribution la plus utile, à vrai dire, ce n'est pas tant le diagnostic de l'atteinte pulmonaire que le coronavirus déclenche et que l'on devine facilement. C'est la traque de ses complications dans le temps et surtout la recherche des autres maladies, curables, « noyées » dans la Covid-19, se dissimulant derrière son masque. Au cœur de la pandémie et aux urgences, c'est dans cette vigilance que s'illustre sans doute notre rôle de médecin. À cette fin, l'échostéthoscopie, comme toute échographie dans des mains entraînées, nous permet de faire mieux et de nous surpasser, de limiter les dégâts aussi.

La fréquence accrue des manifestations thromboemboliques liées à la Covid-19 nous oblige à chercher systématiquement une dilatation du ventricule droit et une thrombose veineuse. La complaisance et le diamètre de la veine cave inférieure, la présence ou l'absence des œdèmes des membres inférieurs nous donnent une idée sur le remplissage ou l'existence d'une insuffisance cardiaque. De façon systématique aussi, on recherche un épanchement péricardique ou une dilatation des reins. Et lorsque l'interrogatoire était peu contributif (troubles de vigilance ou cognitifs, barrière de la langue) ou quand la clinique le suggère, le relevé devient plus exhaustif, en « balayant » vésicule et voies biliaires, aorte abdominale, rate et vessie.

Un pareil effort permet de nouer un dialogue constructif avec le radiologue. Ainsi, quand nous le jugeons nécessaire, l'injection de produit de contraste à la recherche d'une embolie vient compléter le scanner. Ou bien, et sans tarder, son étude sur l'abdomen et le pelvis aussi.

Pendant l'épidémie, et à son pic, nous avons vu, comme partout ailleurs on l'imagine, des embolies pulmonaires graves, des pyélonéphrites sur obstacles, des insuffisances rénales obstructives, des occlusions intestinales, etc. Il y a des situations comme celles que l'on vient de citer, où le temps c'est de la vie, où il faut agir vite. Il est donc indispensable d'en faire le diagnostic aux urgences afin d'introduire les traitements spécifiques tout en surveillant, chez ces mêmes malades, l'évolution de la Covid-19.

« Il n'y a pas lieu de craindre ou d'espérer, mais de chercher de nouvelles armes »<sup>6</sup>

Il est évident que la clinique, au temps du coronavirus, du fait des précautions que la pandémie imposait, a été contrariée et a perdu de son éclat. Sur toutes ses facettes. La pandémie a été une expérience trauma-

tisante et ceci pour tout le monde. Aussi parce que, peut-être, elle nous a tendu un miroir, nous a fait découvrir l'image triste et angoissante de ce qu'est une médecine qui abolit le regard, une médecine sans clinique.

L'interrogatoire, l'inspection, la palpation, l'auscultation peuvent être perçus comme des artifices que le clinicien emploie pour voir, *virtuellement* seulement, la cause des symptômes, la maladie. Ces dernières années, l'imagerie a fait de considérables progrès ; devenue puissante et détrônant la clinique, elle ne cesse d'attirer le malade vers elle. Ce corps que la clinique évite ? À l'aune des technologies et des intelligences artificielles, échappera-t-on à l'inéluctable déclin, voire à la mort de la clinique que certains annoncent ? Mais au temps du coronavirus, beaucoup de cliniciens se sont dits frustrés de ne pas pouvoir examiner *correctement* les malades, ce qui fait dire qu'ils en avaient envie, qu'ils en ont toujours besoin. Avoir envie c'est être en vie : la clinique n'est donc pas morte !

Si l'on admet que la médecine doit sa puissance, en partie, aux progrès de l'imagerie, si l'on tient à ce que l'examen clinique retrouve son éclat ancien, il faudrait alors que ce dernier suive la même voie que la médecine, saisisse l'opportunité pour devenir davantage oculaire. L'échostéthoscopie, cette imagerie à la taille de la clinique, est une aubaine que les progrès technologiques autorisent aujourd'hui. L'appareil vient ainsi prolonger le regard, l'examen clinique tout en lui offrant, comme le stéthoscope il y a deux cents ans, une nouvelle acuité. Car ce qui pour le clinicien était jusqu'ici caché, ou ne se dévoilait qu'en partie grâce à sa lecture des symptômes et des signes, faisant émerger un diagnostic, devient pour lui, de façon immédiate « au chevet du malade », visible. Voilà, la vie donne à la clinique un nouveau bail à signer. **P**

- 1 M. Foucault, *Naissance de la clinique*, [1963], PUF, Paris, 1994, p. 166.
- 2 D. Lichtenstein, O. Axler, "Intensive use of general ultrasound in the intensive care unit. Prospective study of 150 consecutive patients", *Intensive Care Med*, 1993, 19 (6), p. 353-355.
- 3 C'est Pierre Bourrier, échographiste à l'hôpital Saint-Louis qui introduisit le concept puis mit en place, à la destination des cliniciens, une formation courte de deux journées seulement. Aujourd'hui encore, cette formation en échostéthoscopie est, pour la majorité d'entre eux, la seule qu'ils aient en matière d'échographie.
- 4 A. Elezi, « De la vision médiate en clinique : l'échostéthoscopie », *Multitudes*, 2019/2 (n° 75), p. 114-122.
- 5 M. Corteel, « La clinique est morte, vive la clinique », *Multitudes*, 2019/2 (n° 75), p. 41-50.
- 6 G. Deleuze, « Post-scriptum sur les sociétés de contrôle », *L'Autre Journal*, 1990, n° 1, mai.

# Médiation en santé mentale

Je suis devenue médiatrice de santé/pair (MSP) en 2012 parce que je vis avec un trouble psychique récurrent. Mon rôle est de soutenir le rétablissement et le pouvoir d'agir de personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'une équipe pluridisciplinaire, dans un établissement de santé mentale...

Valérie Brilleman

Médiatrice de santé/pair

J'accueille mes pairs dans leur globalité en tant que personnes avec des aspirations, des valeurs et des sentiments. Durant mon parcours, professionnel comme personnel, j'ai toujours été sensible aux autres, et les rencontres que j'ai pu avoir avec d'autres personnes concernées par des troubles psychiques m'ont permis d'avancer dans mon propre chemin de rétablissement. Pour moi, être « rétablie » ou « en rétablissement », c'est « être à nouveau » et pouvoir vivre avec la maladie, malgré des symptômes résiduels tout en ayant accès à un projet de vie ainsi qu'à une meilleure qualité de vie. Le rétablissement s'entend plus en termes de bien-être que de maladie. Nous pouvons donc parler de rétablissement physique, mental social et spirituel.

Dans ma pratique, je cherche à développer une écoute profonde et sensorielle et une complète présence à l'autre. Dans ce contexte, le toucher tient une place importante, aussi bien physique que psychique comme nous l'évoquions dans le livre *L'expérimentation des Médiateurs Santé Pairs : une révolution intranquille* auquel j'ai participé avec d'autres collègues MSP : « Or on pourrait aussi remarquer, comme le mot lui-même l'y encourage, que le toucher ne relève pas seulement du registre physique mais aussi psychique... On peut dire qu'on est touché par quelqu'un parce qu'on est "remué" par ce que dit ou montre cette personne alors même qu'il n'y a aucun contact physique » (sous la direction de Jean-Luc Roelandt et Bérénice Staedel, Éditions Doin, p. 197).

J'avais déjà remarqué, dans mon ancien métier d'esthéticienne et de socio-esthéticienne, que le toucher avait une place particulière auprès des personnes fragilisées. En effet, le toucher peut être un vecteur puissant qui peut libérer la parole ou des émotions et permettre aux personnes concernées de se sentir exister. À l'inverse, lors d'une première rencontre, certaines personnes ne voulant pas être touchées physiquement, l'écoute et la bienveillance peuvent servir de première approche.

Dans ma pratique de MSP, il m'arrive souvent de prendre dans mes bras une personne qui pleure, parce

qu'elle souffre psychiquement, pour la consoler, voire de pleurer avec elle. Ce geste permet à la personne de s'apaiser et de se voir reconnue dans sa souffrance. Le partage de mon vécu, de mon expérience des troubles et de la souffrance qu'ils engendrent, ainsi que du rétablissement, a aussi un impact sur les personnes que j'accompagne. Elles sont « touchées » d'abord parce que ce qu'elles vivent, elles le reconnaissent dans mon vécu (même si les histoires sont différentes) et se sentent légitimes et reconnues dans leur souffrance.

Ce partage les rassure aussi quant à leur devenir avec la maladie et peut renforcer l'empathie réciproque : c'est le cœur de mon métier. Nous y faisons allusion dans le texte évoqué ci-dessus : « Le partage d'expérience entre ce que les patients sont en train de vivre et ce que nous avons vécu (...) établit un "contact" spécifique. (...) C'est parce que la personne perçoit que ce qu'elle vit nous touche (en particulier parce que nous l'avons vécu) et que nous ne le cachons pas, qu'elle est alors touchée par ce qu'elle a pu toucher chez nous » (p. 198).

Dans ma pratique de MSP, des gestes simples comme toucher l'épaule ou la main des personnes concernées, car elles ne vont pas bien, leur font comprendre que je suis là, qu'elles peuvent se laisser aller si besoin. Cela peut renforcer l'empathie réciproque et calmer momentanément leur douleur.

Le fait de toucher la personne, que ce soit physiquement ou psychiquement, me fait moi-même me sentir mieux, me permet de me remonter le moral, renforce l'empathie que je peux ressentir, et surtout le fait de les voir aller mieux m'affirme dans mon rôle de MSP.

Malheureusement, avec l'arrivée de la Covid-19, tout est chamboulé. N'ayant jamais travaillé en « distanciation » et avec un masque, je ressens une certaine frustration dans ma pratique. Cette frustration est partagée avec les personnes que j'accompagne.

Plus de toucher physique possible, et alors l'utilisation de la parole, de l'écoute et de la bienveillance est beaucoup plus présente.

Pour les personnes que j'accompagne qui ressentent plus de peurs et d'anxiété du fait de la présence du virus, mais aussi de la distanciation, j'ai plus un rôle de réassurance, par le partage des différentes stratégies d'adaptation et de comment se sentir mieux malgré ce mal-être. Le fait de leur dire que moi aussi je ressens des peurs et de l'anxiété les « touche » parce que ça fait « sens » dans leur vécu.

Le port du masque fait aussi que le regard a beaucoup plus d'importance dans la relation à l'autre. On peut se « toucher » aussi avec les yeux !

Dans ma pratique, je continue heureusement à rencontrer les personnes à domicile et malgré la distanciation, la parole se libère quand même : « Heureusement que vous pouvez quand même venir », « Votre présence me fait du bien », « Merci de votre présence » « Ça me fait du bien de parler avec vous »...

Avec la présence du virus, la distanciation fait que j'ai dû changer ma posture et le toucher devient plus psychique que physique. Je continue à utiliser mon

vécu expérientiel pour « toucher » les personnes que j'accompagne et les rassurer. Ma confiance en leur capacité à se « rétablir » est la même, et je suis moi-même toujours « touchée » par leur vécu.

J'ai pu aussi remarquer, dans ma pratique de MSP, le comportement de certains soignants avec les personnes accompagnées qui ont du mal avec les distanciations et/ou le port du masque. La distanciation « naturelle » que la plupart des soignants peuvent avoir habituellement envers les patients est encore plus stigmatisante du fait des réflexions sur la distanciation ou le port du masque (rappels à « l'ordre »). Quand nous devenons intouchables (et « dangereux ») les uns pour les autres, cela engendre de la violence et de l'agressivité de part et d'autre, et la souffrance des personnes s'accroît des deux côtés, soignants et patients.

Toucher, être touché, c'est fondamental dans ma pratique MSP en santé mentale : c'est vraiment un levier de « re-médiation ». 

## Dialogue avec la rédaction

### **Comment en êtes-vous arrivée là ?**

Après un parcours de vie privée et professionnelle jalonné de nombreuses souffrances et un « déni » des troubles psychiques liés à mon éducation, j'ai rencontré la psychiatrie à 40 ans suite à une grave dépression.

S'en est suivi un parcours de soins et de thérapies qui, avec le temps, les rechutes et les rémissions, m'ont beaucoup enseigné sur mes troubles, mais aussi sur moi-même. Je peux aujourd'hui parler d'un parcours de « rétablissement » qui me permet maintenant de « vivre avec » ma maladie malgré des symptômes récurrents, tout en faisant mes propres choix et en m'inscrivant dans un parcours citoyen. Mon rétablissement concerne tous les domaines de ma vie :

- ma vie a un sens ;
- je travaille et je suis autonome ;
- j'ai une vie sociale et un engagement citoyen ;
- je connais ma maladie et une rémission des symptômes ;
- je ressens une amélioration de ma santé physique.

Lors de mon parcours de soins, j'ai également pu me rendre compte de l'importance des échanges entre pairs et, en 2012, j'ai intégré la première expérimentation française des Médiateurs de santé pairs.

Cette expérimentation a permis d'intégrer, dans des équipes pluridisciplinaires au sein des institutions psychiatriques, des personnes concernées par des troubles psychiques (« ex-patient ») rétablies ou en cours de rétablissement.

Ma motivation de devenir MSP me permet d'utiliser ce « savoir expérientiel », ajouté aux savoirs et outils acquis en formation, dans le but de partager un espoir de vie apaisée pour vivre le mieux possible avec la maladie, malgré

la présence de symptômes. J'espère aussi pouvoir inspirer les personnes que j'accompagne pour qu'elles cultivent leurs propres stratégies de mieux-être.

### **Comment êtes-vous soutenue ?**

Pour le soutien dans mon travail, c'est plus compliqué. J'ai souvent eu le sentiment d'être seule dans les équipes et mon rétablissement a souvent été mis à mal.

Heureusement que j'ai mes propres stratégies et mes propres ressources (médecin, traitements, suivi infirmier, amis, familles, collègues non infirmiers...) qui me permettent de maintenir mon rétablissement, ainsi que mes expériences professionnelles antérieures. De plus, j'ai préféré travailler à 60 % afin de pouvoir « recharger mes batteries ».

Avec les autres Médiateurs de santé pairs des Hauts de France, nous avons créé une communauté de pratique pour nous soutenir et partager nos expériences professionnelles.

Au sein du Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), nous avons eu également des supervisions avec une coordinatrice.

Au niveau de l'employeur, rien n'est fait en supervision, mais nous échangeons beaucoup entre professionnels lors des transmissions et des réunions d'équipes.

De plus, je participe régulièrement, au même titre que les autres professionnels, aux formations continues proposées dans l'établissement (« Comment gérer le stress », « Intelligence émotionnelle », « Bien-être au travail »...)

Je suis contractuelle de l'EPSM (Établissement public de santé mentale), en CDI.

Je cherche à être titularisée.

Et ne suis pas fonctionnaire. 

# La kinésithérapie en perte d'identité

La kinésithérapie voit sa pratique actuelle orientée vers un traitement essentiellement gymnique des pathologies du mouvement au détriment des thérapies manuelles, certains praticiens refusant de poser la main sur le corps du patient (*hands off*). Est-ce la fin du toucher thérapeutique ?

Fabrice Miguel

Enseignant à l'école universitaire de kinésithérapie Centre Val de Loire

La jeune profession de kinésithérapeute, qui est venue remplacer le diplôme d'État de moniteur de gymnastique médicale, s'est construite autour du traitement des maladies par le mouvement. Le terme de kinésithérapie apparaît pour la première fois en 1847 dans l'ouvrage du Dr Georgi, *Kinésithérapie ou traitement des maladies par le mouvement selon la méthode de Ling et Branling*. La rééducation s'est construite par et pour le mouvement, puis a ensuite enrichi ses techniques grâce aux thérapies manuelles. Les kinésithérapeutes ont développé leur arsenal de thérapies manuelles par un apprentissage expérientiel. « Cet apprentissage se construit à partir d'une situation d'expérience concrète vécue par le sujet. Il existe un savoir d'action sur la pratique vécue du kinésithérapeute » (Roquet et al., 2015). Il y a eu ensuite la nécessité de mettre cet apprentissage en perspective avec les publications scientifiques et les savoirs savants afin d'en faire une pratique susceptible d'être partagée par tous. « Les pratiques des kinésithérapeutes se sont construites par l'expérience en dehors des savoirs et des techniques enseignés en formation initiale » (Gatto et al, 2015).

Dans un rapport de recherche publié en 2015 pour le Conservatoire national des Arts et métiers, qui cherchait à repérer et à reconnaître l'utilité sociale propre de la profession, Roquet, Gatto et Vincent écrivent que : « À la différence des professions installées dans la société depuis longtemps, la profession de kinésithérapeute n'a ni les structures, ni la reconnaissance sociétale en capacité financière et institutionnelle de mettre en place des travaux scientifiques et de produire des résultats de recherche en kinésithérapie ». Richard Monvoisin (ingénieur de recherche et enseignant à l'université Grenoble Alpes Codirecteur SFR Pensée critique) et Nicolas Pinsault (maître de conférences de la faculté de médecine de l'université Grenoble Alpes), en 2015, vont plus loin et identifient : « Quand bien même certains praticiens souhaiteraient tester leurs hypothèses, il n'existe pas, en France, de cursus de troisième cycle propre à la kinésithérapie et encore moins de conseil national des universités chargé de cette discipline. Une majorité de médecins la consi-

dèrent avec condescendance, lui laissant peu d'autonomie dans les services de soins et si peu de place dans leurs laboratoires que cela empêche la production d'études ».

Cette quasi-impossibilité d'accéder à un processus de recherche construit et organisé a donné le champ libre à un grand nombre de dérives ésotériques, voire sectaires. Dans un article du *Monde diplomatique* de décembre 2015, « La kinésithérapie piégée par les mages », Richard Monvoisin et Nicolas Pinsault citaient un rapport de la Cour des comptes qui signalait un dérapage des dépenses en kinésithérapie. Ils soulevaient le fait que, devant la demande grandissante de soins du corps, un grand nombre de méthodes de thérapies manuelles s'étaient développées et que le patient pouvait avoir des difficultés pour choisir celle qui lui donnerait la meilleure chance de guérison.

La volonté d'universitariser la profession, dans l'objectif d'obtenir une reconnaissance scientifique, a poussé les kinésithérapeutes à aller chercher des références dans des ressources issues des filières Biologie ou bien des Sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS). Celles-ci disposaient des structures de recherche universitaires et se sont progressivement saisies de sujets de recherche que les kinésithérapeutes étaient dans l'incapacité d'explorer. Les recherches scientifiques montrant les bénéfices de l'activité physique sont nombreuses et leurs conclusions conduisent toutes à sa promotion. Les études scientifiques cherchant à montrer les bénéfices des thérapies manuelles sont plus rares, les kinésithérapeutes n'ayant pas encore la capacité d'en conduire beaucoup ni de les financer. Les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) concernant la prise en charge physique des patients sont donc naturellement empreintes de ces publications, et donc de la promotion de l'activité physique.

La pratique d'une activité physique régulière protège de la maladie et des difficultés provoquées par le vieillissement. Elle permet également de protéger les fonctions cérébrales, de lutter contre le stress, l'anxiété et la dépression (Méta analyse Vallée, 2012 ; Guezennec,

2008). L'activité physique permet également de récupérer après une blessure de manière plus rapide (Durocher et al, 2014). Il est important de noter que la promotion de cette activité physique est fondamentale. Mais nous ne devons pas oublier la singularité du patient et accepter qu'il puisse ne pas se sentir en mesure de réaliser les exercices demandés, sans pour autant le culpabiliser.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande la pratique d'une activité physique régulière pour conserver une bonne santé. Mais l'activité physique ne se résume pas à la seule activité sportive. Elle inclut le travail, le jardinage, le ménage... Ce que l'Assurance maladie ne semble pas prendre en considération, comme lorsqu'elle lance le projet de sport sur ordonnance. Elle impose l'idée que pour aller bien ou mieux, il faut faire du sport. Elle ne prend pas vraiment en compte le ressenti du patient, ni sa difficulté à pratiquer un sport, et ne s'assure pas que le projet de soins est librement consenti.

La modification du parcours de formation et du mode de recrutement des étudiants en kinésithérapie a également changé la représentation du métier. Le parcours STAPS (depuis 2016), permettant d'accéder aux instituts de formation en kinésithérapie, a apporté une nouvelle génération d'étudiants dont l'objectif et la vision de leur future profession sont orientés, parfois exclusivement, autour de la pratique sportive.

## Le kinésithérapeute participe à la réconciliation du patient avec son corps.

À la faveur de ces changements, la pratique kinésithérapique a évolué vers une rééducation très active où la thérapie manuelle s'est vue délaissée par une partie des jeunes kinésithérapeutes, créant un véritable schisme entre les générations. Ces nouveaux kinésithérapeutes, peu convaincus par les techniques manuelles des plus anciens, opposent le sport comme alternative exclusive pour améliorer la santé du patient, renforcés dans cette posture par le discours dominant à propos de l'*Evidence Based Medicine* et du niveau de preuve des publications scientifiques censés guider une pratique « efficace ». En effet, l'engagement extrême dans cette dynamique propose une rééducation totalement dépourvue de toucher et ne s'appuie que sur un coaching physique.

Les adeptes de cette technique arguent du fait qu'ils respectent à la fois les recommandations scientifiques ainsi que celles de l'HAS, et que le « sans les mains » évite au patient de s'installer dans une posture trop passive et confortable qui favoriserait les « bénéfiques secondaires » et donc un risque de chronicisation de la pathologie. Cet argumentaire est séduisant pour l'Assurance maladie, qui voit le risque de surconsommation de séances de kinésithérapie s'éloigner. On voit alors également se profiler un nouveau type de prise en charge par le sport sous le contrôle d'un praticien moins bien formé et non remboursé par l'Assurance maladie, les éducateurs sportifs. Le *numerus clausus* des étudiants en kinésithérapie ne cesse d'augmenter pour pallier le manque de soins dans les déserts médicaux. Il paraît donc logique que cette politique engendre une augmentation des prises en charge de rééducation. Il convient d'être vigilant, afin que ce surcoût engendré par cette volonté de proposer une offre de soins équitable ne soit pas compensé par une diminution de la qualité des soins.

La kinésithérapie est une discipline de santé, de soins et, depuis toujours, de toucher. Le toucher thérapeutique est à la base de l'identité professionnelle des kinésithérapeutes. Le patient souffrant se retrouve dans une situation où son corps lui fait défaut. Ce dernier ne lui apporte plus le bien-être, il n'est plus l'outil

que le malade utilisait autrefois sans en prendre conscience. Le kinésithérapeute participe à la réconciliation du patient avec son corps. Et cela passe le plus souvent par le toucher, qu'il soit de massage ou de mobilisation pour retrouver les premières sensations d'un mouvement absent. « Le

toucher, indispensable au jeune enfant, l'est autant à la personne âgée et il est autant humanisant au début de la vie qu'en fin de vie » (Charpentier, 2014).

Il paraît inutile de créer un conflit de chapelles entre ces différentes approches rééducatives. L'activité physique est indispensable à la récupération du patient, mais semble à elle seule incapable à pouvoir le soulager. La thérapie manuelle, passive, et la rééducation active ne peuvent exister l'une sans l'autre. Elles se complètent, l'une concourant à l'efficacité de l'autre. Il semble alors utile de rappeler aux adeptes du « sans les mains » que le patient peut avoir besoin de la main du kinésithérapeute pour guider sa récupération et aux adeptes de la thérapie manuelle que la consolidation ne se fera qu'avec la reprise de l'activité physique. **P**

# Fracture numérique et fracture sociale

L'absence d'interlocuteur, remplacé par une plateforme numérique, plonge l'utilisateur dans une profonde solitude et détresse, et le prive d'un contact chaleureux et d'un échange réel. La crise sanitaire liée à la Covid a accéléré ce phénomène, qui s'est étendu à d'autres domaines jusqu'alors épargnés.

Stefania Marsella

Chargée de projets en soutien à la fonction psychosociale à la Fédération des maisons médicales belges et assistante sociale en maison médicale à Bruxelles

Les assistants sociaux des maisons médicales<sup>1</sup> sont en première ligne pour accompagner les patients dans leurs démarches sociales, et servent d'interface avec les services extérieurs afin de faciliter et faire aboutir ces procédures. Le constat est unanime, ces démarches se sont intensifiées, tant les problématiques traitées sont complexes, multiples et répétitives. Elles viennent se rajouter à la lourdeur d'un quotidien dans lequel des soucis de santé et/ou de santé mentale se superposent dans un enchevêtrement où les causes et les conséquences se confondent, et qui rendent chaque procédure insurmontable. Cette aide, couplée à l'aide médicale et psychologique, s'avère pour certains absolument indispensable afin de ne pas basculer dans la précarité ou dans une forme de décrochage social. Dans ce contexte, la fracture numérique est une donnée qui tend à prendre de l'ampleur et risque d'aggraver les phénomènes dits de non-recours. Par ailleurs, l'absence d'interlocuteur, remplacé par une plateforme numérique, plonge l'utilisateur dans une profonde solitude et détresse, et le prive d'un contact chaleureux et d'un échange réel. La crise sanitaire liée à la Covid a accéléré ce phénomène, qui s'est étendu à d'autres domaines jusqu'alors épargnés.

## La fracture numérique

Si ces constats ont été dressés par les travailleurs sociaux des maisons médicales, ils peuvent aisément être transposés à d'autres services ambulatoires actifs dans le social-santé. Le constat généralisé est dénoncé par multitudes de travailleurs de terrain dont le travail s'est vu considérablement transformé.

Cette fracture se loge à différents niveaux. Par l'accès, en premier, car bon nombre de personnes ne sont pas suffisamment équipées au niveau informatique. Si l'usage du smartphone s'est généralisé, les inégalités se marquent entre ceux qui disposent de l'accès haut débit et ceux qui doivent se contenter d'un accès réduit, ceux qui bénéficient d'un abonnement et ceux qui se servent de cartes prépayées. Les impressions,

quant à elles, ne sont pas à portée de tous. Pour certaines démarches, il est nécessaire d'imprimer, ou scanner, envoyer des documents officiels, ce qui est loin d'être anodin et facilement gérable.

La fracture par l'usage, quant à elle, fait référence à la capacité à manier les différents outils. Il ne s'agit donc pas seulement d'être connecté, encore faudrait-il savoir se servir « efficacement » de ces outils. Or, les plateformes et les interfaces sont parfois de véritables labyrinthes. L'abondance d'informations, les renvois d'une page à l'autre, les lectures de carte d'identité qui demandent l'installation de logiciels, rendent la tâche véritablement ardue.

Seul devant son écran, l'individu, déjà malmené, fragilisé voire découragé, est invité à se débrouiller seul, sans aide, et la personne au bout du fil n'aura de cesse d'utiliser un langage incompréhensible tant les appellations sont spécifiques.

Or, ces procédures tendent à se généraliser. En période de crise sanitaire, elles se sont étendues à différents domaines d'activité, car les services ont fonctionné à guichets fermés en période de confinement. Demande de revenus de remplacement, envoi de documents en vue d'une reconnaissance d'invalidité, demande de certificats de domiciliation ou de composition de ménage en vue d'un recours juridique, demande de logement social par voie électronique... les services ayant recours au numérique ne se limitent plus au secteur privé. Le déconfinement est partiel, certains services fonctionnent principalement en mode télétravail, ou avec un accès sur rendez-vous limité, et tendent à renvoyer vers des interfaces qui, loin de faciliter les démarches, les rendent opaques et immatérielles.

## La problématique du non-recours

La problématique du « non-recours » revêt plusieurs aspects qui pourraient être brièvement résumés comme suit : la *non-connaissance* : le droit n'est pas connu par la personne, la *non-demande* : le droit (éligibilité) est connu mais non demandé par la personne ;

le non-accès : le droit est connu et demandé mais pas perçu par la personne ; la *non-proposition*, lorsqu'un intervenant social ne propose pas un droit à une personne éligible ; l'exclusion des droits, lorsqu'il y a un processus d'exclusion des droits sociaux<sup>2</sup>.

Ce phénomène n'est pas neuf, il préexistait à la fracture numérique, et à la crise sanitaire, et a déjà été décrit, étudié, dénoncé. Le non-recours, c'est un frein à l'accès à une vie digne, c'est un accélérateur d'inégalités. Il est clairement amplifié par le tout numérique et par la crise, qui a amené une distanciation physique dans tous les espaces, y compris ceux de l'aide, ceux qui étaient alors occupés par des intervenants dont l'objet est de soutenir, orienter, accompagner. Le danger qui se profile est que la crise cristallise ce phénomène et que ces nouvelles manières d'agir deviennent structurelles, si elles ne s'accompagnent pas d'une évaluation et d'une réflexion sur l'importance que revêt la relation dans le recours aux droits.

### De l'importance d'une présence

La distanciation physique et sociale et le recours au numérique effacent une donnée qui pourtant est essentielle – pour reprendre un terme qui est désormais sur toutes les lèvres – qui est celle de la relation. En effet, c'est à travers une relation – occasionnelle ou nourrie – que peut se déployer un accompagnement qui fait sens, qui ouvre, qui soutient. Les démarches, quand elles ne se réalisent qu'à travers un écran, se figent, se délient du sens qui est celui de remettre l'individu au cœur de son parcours. Les aspects relationnels sont fortement découragés depuis le début de la crise sanitaire, or, c'est ce qui rend l'humain vivant, confiant, qui l'aide à penser et à se positionner, à parcourir son chemin et soutenir son projet de vie. Il s'agit d'une véritable nourriture psychique qui le soulève lorsque ce même chemin est parcouru d'embûches, qui l'oriente lorsque ce chemin est sinueux. Privées de relation, les démarches sociales deviennent mécaniques, techniques, robotisées, chaotiques. Or ces démarches s'inscrivent dans un parcours de réhabilitation, elles sont des étapes à franchir dans une trajectoire visant à se soigner, à se redresser, à (re)trouver sens, dignité, légitimité. C'est à travers un contact humain que la parole se délie, que les demandes se formulent, s'organisent, se matérialisent. C'est aussi à travers un entretien interpersonnel que des nouveaux

possibles se font jour, qu'une nouvelle idée émerge, que le manque est comblé. Manque de confiance, manque de ressources, manque de structure... L'autre, l'intervenant, soutient ce processus, et permet à la confiance de se renforcer, aux ressources d'émerger et à l'individu de se structurer, voire, s'autonomiser. Pour les intervenants, également, l'écran ne pourra nourrir le travail autant que la relation qui se noue et se tisse. À travers l'écran, l'autre n'est qu'un document, il ne s'incarne pas, il n'est qu'un numéro et le travail est standardisé. Le risque est également grand de stigmatiser l'autre, qui n'aura pas effectué ses devoirs dans les temps, qui n'aura pas pu dire sa ou ses difficulté(s), et qui n'aura donc pas pu bénéficier d'une attention. L'écoute, l'échange, ne peuvent être remplacés par des procédures standardisées, de même que le téléphone ne pourra, seul, soutenir un lien qui est fait – aussi – de silences, de rires, de larmes, de gêne et d'oublis.

### Quand l'intervenant accompagne

Au vu de ces constats, les travailleurs sociaux en maison médicale – entre autres – ont vu leur charge de travail s'accroître particulièrement depuis le début de la crise. Loin de faciliter la tâche, et même si pour certains aspects la numérisation favorise – parfois – un traitement rapide, le tout numérique a plutôt surchargé les services (encore) actifs. Il s'agit d'accompagner les gens vers des services qui auparavant, étaient accessibles et ouverts, vers des services... qui offraient un service. Un service dont l'interface numérique ne pourra en aucun cas combler une attente car il s'agit de répondre... répondre à une demande d'accompagnement, une demande d'être en lien, une demande d'être reconnu comme une personne à part entière, une personne vivante et non un numéro de registre national actif. Avec l'espoir qu'une marche arrière soit possible, et que l'humain revienne au cœur du processus d'aide. 

- 1 Une maison médicale est un centre de santé intégrée, de première ligne, qui se base sur un modèle de soins GICA (globaux, intégrés, continus et accessibles).
- 2 Laurence Noël, Rapport thématique, « *Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en région bruxelloise* », 2016.

# Lever les (gestes) barrières

La question du choix d'écriture s'est imposée à moi depuis cette question : comment toucher les soignants pour qu'ils reçoivent réellement ce que j'essaie de dire ? Peut-être en passant par le style épistolaire ou d'entretien de la « correspondance », comme le dit si bien ce mot : correspondre...

Patrice Desmons

Patient

Mesdames et Messieurs les soignants Bonjour,

C'est la première fois que j'écris dans *Pratiques*. Vous pourrez lire sur le site de la revue un texte plus développé (« À mon corps défendant ») écrit après une succession de « problèmes » médicaux qui m'ont d'abord touché physiquement, puis psychiquement, et où j'ai évoqué ce que peut faire au corps et à « l'esprit » la pratique médicale d'un certain type de « toucher ». Comment vous faire sentir ce que peut ressentir un « patient » dans cette expérience ? Comment faire en sorte que vous soyez touchés dans votre sensibilité et pas seulement dans votre intelligence ?

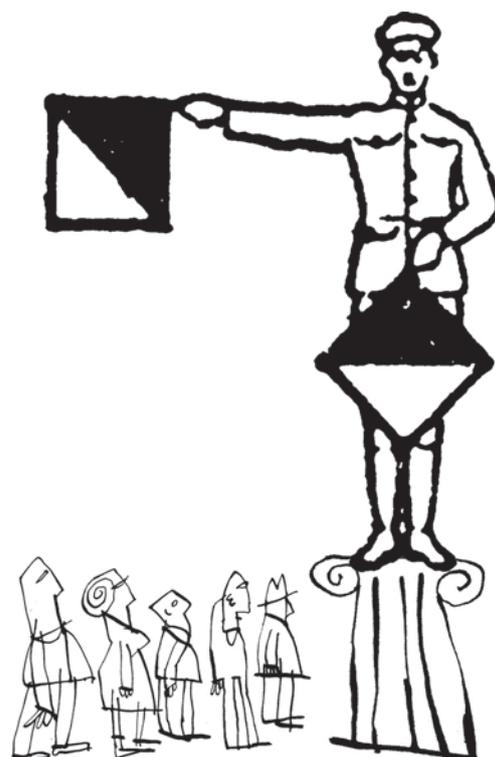
Je ne sais pas très bien pourquoi, j'ai pensé au jeu d'enfant de la « bataille navale », où le mot « touché » est un mot pour dire que la cible invisible a été atteinte, jusqu'au mot « coulé » qui dit son anéantissement. Dans mon expérience (rupture du tendon d'Achille, anesthésie péridurale pour opération, puis blocage urinaire par adénome de la prostate, sonde urinaire pendant six semaines, puis intervention laser sur l'adénome pour déblocage urinaire, avec jambe plâtrée pendant huit semaines) : on m'a touché, retouché (pourrait-on dire) pour que « ça » coule et marche à nouveau. Et qu'est-ce qui a « découlé » de cela ? Le risque de « me » faire « couler » en même temps : dépression puis symptômes post-traumatiques (encore présents épisodiquement).

Cela m'a beaucoup fait réfléchir, sur ce que cela m'a fait, et sur ce qu'on fait à l'autre quand on le fait comme cela (pour que cela soit bien clair, il n'y a pas eu de problème technique d'un point de vue médical, « rien à dire » de ce point de vue).

**Alors de quoi vous plaignez-vous ? Que voulez-vous dire à des praticiens depuis cette expérience ?**

Je vais vous le dire d'abord en partant de vous puis en parlant de moi : depuis février 2020, nous avons dû tous apprendre les « gestes barrières », la « distanciation sociale » et vivre « masqués ». Progressivement, la vie sociale, urbaine, publique mais aussi

souvent privée, s'est mise au régime hospitalier, quasiment bloc opératoire : « masques chirurgicaux » pour tous, « ne pas se toucher », se laver les mains régulièrement, « danger de contamination », « distanciation », aseptisation et même « paiement sans contact » (tout un symbole !). Il manque à peine les gants, les blouses et les « charlottes » pour que cela devienne explicite de la « vie » médicalisée ! Au bout de quelques mois de ce « régime » généralisé, on voit ce que cela produit : développement accéléré du mal-être et troubles psychiques ! Eh bien voilà ce qui arrive quand le toucher est médicalisé. Vous comprenez ? Vous voyez ce que vous ressentez actuellement de plus en plus ? Ne pas toucher l'autre, et ne pas être touché, pour dire vite, « ça rend fou » : c'est ce que décrit Spitz dans les cas « d'hospitalisme ». Nous frissons de plus en plus « l'hospitalisme » depuis que se toucher est devenu dangereux et entravé !



**OK, qu'est-ce que vous voulez dire alors ?**

Eh bien peut-être ceci : oui, il y a autour du toucher, dans le contexte médical, une sorte de « bataille » touché/coulé. Dans « À mon corps défendant », j'évoque un discours entendu d'un médecin sur le « *casus belli* » de ma situation, la guerre du rapport au corps en médecine. Bataille de qui contre qui ? Ou de quoi contre quoi ? Bataille de ce dont le toucher est le symptôme, peut-être. Dans mon expérience de patient, mon corps a été le lieu de cette bataille entre corps médical (et médicalisé) et corps érotique (et désérotisé). Mon corps a été touché, ça oui : dénudé, fouillé (« le toucher rectal » comme dit l'expression...), exploré. Et comme je l'ai écrit : « On touche mon corps mais on ne me touche pas, et cela me touche au plus profond de "moi". »

À quoi touche le corps médical ? En France (ce n'est pas pareil partout dans le monde), quand on a plusieurs symptômes qui relèvent de spécialités différentes, chaque spécialité s'occupe de « son » symptôme et pas de l'autre (urologie et podologie, par exemple, sont deux « services » aux antipodes de la géographie hospitalière) : corps morcelé, morceaux par morceaux, et « pour le reste »...

Le reste reste sur le carreau, intouchable. Concrètement, au fil des semaines, mon corps m'a pris au pied de la lettre (c'est le cas de le dire) : une jambe en moins par ici, un pénis en moins par là : « Y a pas mort d'homme », « y a bien pire ». Et effectivement, il n'y avait rien à dire, chaque spécialité fonctionnait. Et, effectivement, je n'avais plus rien à dire...

**OK, mais vraiment qu'est-ce que vous voulez dire ?**

Que je sais aujourd'hui que cet endroit où la douleur physique s'est redoublée de la souffrance psychique a coïncidé avec la désérotisation de mon corps et avec l'effacement du toucher érotique par le toucher médical.

Ce mot-là : « érotique » est évidemment mis en suspens dans le toucher médical (sous couvert sans doute du *primum non nocere*). Mais je veux vous dire ceci : quand vous êtes attentifs à « d'abord ne pas nuire », il y a subrepticement un étrange phénomène qui a lieu : vous vous contraignez en fait surtout à ne pas vous nuire, en faisant en sorte que vos touchers ne vous touchent pas (trop) ! Le toucher médical est dissymétrique : le touchant ne doit pas être touché. Or, pour que cela fonctionne, il faut tout un dispositif, en fait violent aussi bien pour le touchant que pour le touché ! Pourquoi violent ? Parce que le toucher est précisément ce « sens » qui fonctionne par symétrie et réciprocité ; quand je te touche, ça me touche. Je suis touché par ce que je touche : dans la caresse, par exemple, la peau de l'autre suscite sur ma propre peau une sensation que je ne peux pas susciter par moi-même. Le toucher fonctionne en partie comme les autres sens, en distribuant des places apparemment

différenciées (le touchant et le touché, l'actif et le passif). Mais, comme le remarque si bien Jacques Derrida (dans *Le Toucher*, Jean-Luc Nancy), le toucher brouille, ou plutôt débrouille les couples actif/passif, sujet/objet en les symétrisant, en les rendant interdépendants. Derrida/Nancy rappellent que déjà Aristote caractérisait le toucher comme le signe du vivant, et on pourrait dire aussi du vivant comme « éros ». Peut-être qu'être mort, c'est avoir perdu ce sens-là : pas seulement la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût (on peut vivre sans cela), mais surtout le toucher, quand on se refroidit, qu'on s'anesthésie et qu'on ne sent plus le toucher : quand plus rien ne nous touche. J'ai fait une expérience qui se rapprochait de cela (dont la dépression a été le signe), au fil des touchers médicaux « froids », qui morcelaient progressivement mon corps, puis mon esprit.

Quand j'ai été l'objet de touchers dissymétriques, sans autre, mon corps se cadavérisait...

« *Nolli me tangere* » (« ne me touche pas ») : c'est par ces mots mythologiques que le Christ « ressuscité », d'outre-tombe, fait reculer Marie-Madeleine, la femme sexuelle de l'Évangile : c'est bizarre... Ne pas se toucher, c'est comme un mot de passe qui a parcouru la longue histoire de notre culture, médicale mais aussi morale et politique, et souvent de nos relations. Le « pouvoir » de la dissymétrie, et la dissymétrie du pouvoir : c'est « pathétique » !

Ce mot de passe s'est amplifié dans le contexte sanitaire de la culture hygiéniste, et s'est généralisé depuis le coronavirus : on devient tous des « ressuscités », des « survivants » lentement désincarnés. Même se serrer la main est devenu obscène ; alors se donner la main, n'en parlons pas !

La désérotisation annonce la dévitalisation, et la perte anesthésiante du toucher fait perdre cette expérience vitale de l'autre comme soi-même, et plus encore de soi-même comme autre : paradoxalement, cela devrait être compris comme contre-productif d'un point de vue thérapeutique : ne pas toucher ni être touché rend malade.

Mon « message » est donc celui-ci (cf. « À mon corps défendant ») : « Il faudrait bien plus accompagner les personnes dont les corps souffrent, de gestes (et de mots) qui les touchent, mais pas pour leur "bien" en leur faisant mal sans scrupule, mais en leur faisant du bien : caresses, massages, inventions personnalisées et individualisées permettant à chaque personne de ne pas être engloutie dans un corps réduit à son symptôme et à sa douleur. »

Je pense que cela soignerait les soignants aussi, intouchables obligés !

Lever les (gestes) barrières : *Primum tangere* ! Merci ! (P)

# Le « touché ! » du psy

Le contact n'est pas qu'une affaire de toucher. Qu'est-ce donc que ce « contact » – terme pour le moment encore discrètement en usage dans le vocabulaire de la psychiatrie – qui se produit dans la rencontre clinique ? Quelle est cette perception qui se manifeste en dehors du tactile ?

Benoît Marsault  
Psychiatre

*Ce qui compte dans l'approche de quelqu'un, si on veut pouvoir cerner ce dont il s'agit, ce n'est pas de le disséquer, mais d'être au plus proche ; et être au plus proche, c'est s'apercevoir qu'il y a quelque chose d'indépassable, d'irréductible – à respecter – qu'on peut appeler son opacité, l'opacité d'autrui. Autrui n'est pas transparent. Et si on croit l'avoir traversé, eh bien, c'est qu'on l'a loupé !*

*Rythme et Présence, Jean Oury, 1986*

« **B**on contact », écrit l'apprenti psychiatre au début de son observation médicale. Il poursuit le recueil, à l'écrit, des signes qu'il a repérés pendant l'entretien qu'il vient d'achever avec ce patient tout juste admis dans le service : « Humeur stable. Pas d'éléments délirants. Nervosité ? »... Il porte probablement un monocle et une moustache de style guidon, cet étudiant d'une autre époque...

Parce que trouver aujourd'hui ces quelques termes, pourtant fort peu élaborés, dans le déroulé de l'écran des dossiers informatisés des hôpitaux psychiatriques de France serait déjà beau. L'informatique, redoublant le travail d'extinction par le DSM<sup>1</sup> de la sémiologie psychiatrique et de sa diffusion dans le corps professionnel des psychiatres, l'informatique achève son œuvre de vidage de toute substance au dossier médical. Les notes des professionnels sont devenues au mieux parfaitement insipides, rabougries sur le champ lexical de l'APA<sup>2</sup>, au pire, elles n'existent plus. Transparence oblige, judiciarisation de la médecine, logique évaluative permanente, accès sans limite au dossier par l'usager et les contrôleurs de tout poil, le résultat est épatant : le dossier médical psychiatrique est devenu inexistant, et le maniement des termes cliniques qui le nourrissaient il n'y a pas cent ans de cela, perdu comme l'usage du fer à mailloche ou du polissoir dans l'atelier du cordonnier.

Cette petite introduction de mauvaise humeur est un aparté. Qui vise pourtant à prélever, dans ces termes perdus, cet énoncé qui surnage parfois dans les observations des internes en psychiatrie d'aujourd'hui, comme dans celles des experts, des psychologues, des infirmiers : « bon contact ». Foin de palpation là

**On se méfie, parmi les psys, du toucher.**

**On se méfie déjà de tout contact de la peau.**

**Serrer la main, passe encore, mais au-delà...**

pourtant... Or donc, de quel « contact » parle-t-on ? Car l'usage des mots a ceci de réjouissant, quand on éprouve comme moi un plaisir toujours reconduit à les pétrir, c'est qu'ils échappent ! Les mots se rebellent, leurs significations sont mouvantes, et cèdent sous le poids de l'intention première qu'on leur attribuait en les appelant à la rescousse ! « Bon contact » ? Qu'est-ce dire là ?

## La touche du psy

Il en a une touche, celui-là, avec son pantalon en velours et cet air ahuri, les cheveux ébouriffés, la barbe de trois jours, un hurluberlu... Un psy comme on n'en fait plus ? C'est amusant de regarder cette version française de la série *In treatment*, elle-même version de la désormais internationale franchise de créateurs israéliens, *Be tipul*, version princeps d'une fiction qui nous montre l'intérieur feutré d'un cabinet de psychanalyste un peu vieille école. Il a déjà même fait couler de l'encre chez les psys, ce psychanalyste qui se laisse « toucher » par ses patients<sup>3</sup>. L'émotion qui le déborde, le trouble qui s'installe dans sa vie, ses moments de perplexité, voire d'angoisse, son désordre affectif, son désarroi...

L'est-il justement, touché ? On se méfie, parmi les psys, du toucher. On se méfie déjà de tout contact de la peau. Serrer la main, passe encore, mais au-delà... Mais on se méfie aussi des émotions. On se méfie d'« être touché », quand c'est l'expression abstraite, la métaphore qu'il faut entendre. On hésite à dire d'un patient qu'il est « touchant », ça fleure bon la compassion paternaliste, voire un mépris impuissant. Et on a raison, me semble-t-il, de se méfier. Mais on se méfie tellement que certains ont inventé un mot tout exprès pour dire qu'on ne serait pas du même bois, nous les psys, que celui de nos patients. Eux sont sous « transfert », quand nous, les psys, devons manier le « contre-transfert ». Lacan critiqua vivement cette idée, pour bien dire que « contre-transfert », c'est des

conneries, que le transfert, c'est à deux, on est dedans, analysant comme analyste, on y est pris. Lacan rappelait là sans doute l'affirmation freudienne que le transfert, c'est de l'amour. Le psy d'*En thérapie* le dit d'ailleurs dès le premier épisode de la saison française, pour interpréter le sentiment amoureux que lui avoue sa patiente.

Touché le psy ? Mais interprété ! Il n'en est pas quitte pour autant. Lacan encore : « de résistance il n'y a, que celle de l'analyste », ou encore : « votre analysant n'ira pas plus loin que là où vous êtes vous-mêmes allé ». L'éthique à la rescousse du transfert. Touché le psy, mais pas coulé.

### Contactuel...

J'ai longtemps commencé mes observations par l'expression : « de bon contact ». Puis je me suis dit que ça ne voulait rien dire. Je ne comprenais plus ce que j'écrivais, j'avais l'impression d'utiliser un mot prêt-à-porter, une formule vide. J'ai donc résolu que c'était idiot et n'en ai plus fait usage, pendant quelques années. Jusqu'à ce qu'au cours d'une formation à la clinique de la Borde, j'entende un psy, Michel Lecarpentier peut-être, déformer le mot, le tirer vers un ailleurs que je n'avais pas entendu jusque-là, en associant le « contact » au mot « contactuel »... Je ne me suis pourtant pas lancé dans l'exploration des élaborations de Schotte sur le « vecteur C », ni sur le test de Szondi. Je n'aime pas les tests, ils m'assomment. J'ai juste prélevé ce mot : « contactuel ». Sans chercher à en vérifier la provenance, sans avoir envie de l'insérer dans le champ préétabli de mots qui l'entourent quelque part. Mais ce simple mot, « contactuel », m'a déplacé, moi. Le contact, « bon contact » ? C'est de l'ordre du contactuel... J'ai laissé mes associations se poursuivre, j'ai déambulé comme en songe dans mes rêveries éveillées, mes souvenirs de lectures, j'ai pensé à Oury, à l'idée de retrait, à celle d'« apparaître ». Venir sous le regard, se présenter au monde, s'avancer sur la scène du monde, dans son quotidien, c'est pour chacun de nous un effort, pas très conscient certes, mais effort... « L'être-là du schizophrène », comment apparaît le schizophrène ? Comment s'avance-t-il parmi les autres ? Est-il dans le contact ? Minkowski en faisait l'élément de repérage central de la schizophrénie : « perte du contact vital avec la réalité »...

### Clinique délicate

« Bon contact » : y suffit-il un regard franc ? Les yeux dans les yeux, droit dedans : « bon contact » ? L'expression du visage, est-ce ce qui désigne le « bon contact » ? Ou simplement, la présentation du visage : voilà un trait des plus discrets, et qui préside pourtant de façon imperceptible, mais cruciale, à notre entrée

en contact avec l'autre. Évidemment, le regard fuyant, l'impossibilité à croiser le regard, comme la clinique de l'autisme dans ses aspects les plus francs peut les manifester, c'est l'archétype du contact « pas bon ». Je ne sais pas qu'on écrive jamais « mauvais contact » dans les observations médicales... Autre « pas bon » contact, évidemment, celui du catatonique, ou bien encore la classique attitude d'opposition, le « contrarisme » du schizophrène. Mais comment, ainsi que Jean Oury ne cessait d'en pointer la direction, comment retrouver le chemin d'une sémiologie, et d'une transmission aux plus jeunes des pys et à des plus vieux qui n'en veulent rien savoir, de ce savoir qui concerne des signes cliniques discrets, qu'on croise dans toutes ces situations dans lesquelles le contact n'est pas si bon, sans qu'il souffre pourtant d'interférences si manifestes que celles qu'on vient de dire ? Si le sujet délire, qu'il est mutique, évidemment, le contact n'est pas bon. Et le diagnostic de psychose, posé. Mais rater le diagnostic de la psychose, quand elle se fait légère altération du contact, parce qu'on n'a pas été suffisamment bon clinicien pour s'interroger sur ce qu'est le contact, quel terrible échec...

## Trouver un tact, un toucher feutré, un effleurement... Accueillir l'autre, c'est se laisser ouvert à un contact, avec tact.

Il faudrait trouver des mots, pour amener vers cette clinique-là les tenants du discours écrasant, pataud, d'une psychiatrie balourde, et leur faire éprouver la délicatesse du « contact ». Trouver un tact, un toucher feutré, un effleurement... Accueillir l'autre, c'est se laisser ouvert à un contact, avec tact. Oury dans le séminaire « la décision » dit : « Pour pouvoir être présent à quelque chose, il ne faut pas être présent comme ça, en buste, il faut faire de la place pour que puisse paraître autrui, même complètement fou ; qu'il sente – et ça, il le sent – qu'on n'est pas là pour l'envahir. C'est le contraire de l'intrusion. »

### L'écran tactile et la téléconsultation...

Les temps actuels nous donnent une occasion de pensée inédite. On voit bien qu'un entretien par écrans interposés, ça n'est pas la même chose que de se tenir dans la même pièce. N'y a-t-il pas quelque chose du toucher, qui se manifeste en dehors du contact physique, cutané, une certaine forme de « toucher » par la simple présence des corps ? Le corps dans la pièce c'est, d'un point de vue phénoménologique, une donnée, une perception, une information de l'ordre du « contact sans toucher ». Est-ce un rapport à la masse

(celle du physicien) du corps ? Mais aussi, sans doute à des odeurs, à la direction du regard, à la cinétique des mouvements... Autant de « toucher » que l'écran abrase, voire élimine... de « bon contact », tu parles... Quel contact peut-on s'assurer qu'on garantit, chacun chez soi derrière son clavier ? « Vous m'avez "touché" les pixels », ça serait bien le maximum...

### Au temps d'avant...

Le jeune apprenti psychiatre avec sa moustache guidon, qui revient un peu à la mode ces derniers temps, ce fut moi. Je fais face à une jeune femme, dans un petit bureau d'un hôpital psychiatrique de province. Elle a un ou deux ans de plus que moi, je suis l'interne de garde. Un infirmier dans mon dos, à ma droite, assiste à l'entretien. C'est une belle jeune femme, blonde, échevelée, les yeux clairs, qui n'a jamais vu de psychiatre encore. Elle est complètement perchée, c'est le cas de le dire... Délire à plein tubes. Exaltée. Soudain elle s'effondre, terriblement triste, et ses prunelles ardentes, aux reflets bruns, me fixent : « Je ne sais pas si je peux vous le dire... est-ce que je peux vous parler ? N'allez-vous pas vous effondrer ? » Je suis troublé, touché sans doute. Pas par sa beauté, qui ne m'émeut évidemment pas à cet instant, mais par sa détresse. Par son jeune âge peut-être. Sa panique. « Oui », lui dis-je, « vous pouvez tout me dire... » Pas convaincue, elle regarde l'infirmier derrière moi : « Lui, dit-elle en le pointant du menton, je peux tout lui dire, il est solide, mais vous (son regard se pose à nouveau sur moi), vous ? » Je tiens son regard. Elle

se lance : « Je suis un démon (silence). Et un démon, qu'est-ce d'autre, sinon un ange déchu ? »

Entre cette jeune femme et moi, dans la nuit avancée d'une garde à l'hôpital psychiatrique, y a-t-il eu « bon contact » ? Pouvais-je l'écrire : « bon contact » ? En somme, oui, elle était présente, pas réticente, pas méfiante finalement, malgré ses réserves à me dire « tout ». Mais c'était malgré tout un contact en trop, un contact désespéré, halluciné... Dans le champ de ce que « contactuel » éveille en moi, comme évocation, il me semble qu'elle me présentait, dans ce contact-là, quelque chose de la dissociation massive qui la touchait alors. Je n'avais à cette époque pas la moindre idée de ce qu'Oury pouvait élaborer sur l'accueil, la transparence et l'opacité (Chaigneau), la présence, le paraître du retrait... Et pourtant, j'y repense, je repense à cette jeune patiente. Le contact de cette jeune femme était « en trop », terriblement avide, tragiquement défait. J'en fus touché. La preuve, plus de vingt ans après, l'image en est encore gravée dans ma mémoire. 

- 1 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, répertoire de termes de sémiologie restreinte édité par l'Association Américaine de Psychiatrie, à partir d'une méthodologie de « consensus » (réunions régulières de psychiatres se mettant d'accord sur les mots à employer et les signes cliniques permettant des diagnostics psychiatriques...).
- 2 American Psychiatric Association qui, donc, édite le DSM.
- 3 Par exemple : *In treatment, Lost in therapy*, Clotilde Leguil, PUF 2013.

## Un toucher qui libère

Laurence Gendron

Diplômée de médecine générale, pratiquant en exclusivité l'ostéopathie

Je vois en consultation Liliane pour une lombalgie, motif de consultation habituel pour lequel elle vient me voir.

Sa dernière consultation remonte à plus d'un an.

Lorsque l'entretien commence, elle fait elle-même cette réflexion que ça fait plus d'un an

que son dos va bien malgré le jardinage qu'elle continue à pratiquer assidûment.

Le suivi régulier en ostéopathie a porté ses fruits.

Liliane est toujours très souriante. Nous nous apprécions énormément et partageons de nombreux sujets de conversation.

Je prends des nouvelles de sa famille et là, la nouvelle tombe... « Nous avons vécu un drame familial ». Il y a cinq mois, son petit-fils de 3 ans est décédé accidentellement à la ferme... Là, je reste sans voix... et pour elle, tout s'enchaîne, elle vient de comprendre sa lombalgie sans effort qui date de 24 heures seulement. Aujourd'hui, les experts se présentaient à la ferme, une enquête judiciaire est ouverte car l'accident est probablement lié à un défaut de soudure réalisé par un artisan.

Je n'ai pas encore touché Liliane.

Vient le temps du traitement pratique ostéopathique.

Liliane s'abandonne au soin d'écoute tissulaire.

Les larmes peuvent enfin sortir... 

Toucher

# Toucher sans les yeux

Sans doute vais-je faire du hors sujet comme on fait du hors-piste ! Toucher construit. Les travaux de René Spitz, dans les années 1940, ont été les premiers à montrer d'une façon systématique que les interactions sociales avec les autres humains sont essentielles au développement d'un enfant.

Jean-Pierre Brouillaud

Écrivain voyageur, membre de la société des explorateurs français

Pour ce qui concerne mon incarnation, j'ai choisi la cécité, peut-être parce que l'on touche, quoiqu'en ces confins de la confinement organisée, toucher devient péché ou encore irresponsabilité... Aveugle, ayant besoin de la proximité, du contact, j'ai un peu exploré cette posture.

Toucher, c'est donner du volume à l'image, à ce que l'œil voit, mais maintient loin de lui pour le percevoir. L'importance du contact physique me semble flagrante, notamment quand quelqu'un va mal, se confie à vous, en se rapprochant de lui, en le frôlant, touchant, les émotions jaillissent plus facilement. On dirait que d'être uni par les épidermes en relation ouvre la porte du vrai, de la vulnérabilité, qui permet de faire sortir ce qui a besoin d'être libéré, d'être dit pour prendre conscience.

Toucher, c'est aussi transformer une information visuelle, distancée, en vécu expérimental.

Une anecdote ?

Une amie un jour me demande d'expérimenter la cécité, car, me dit-elle, en parler avec toi m'en maintient à l'écart. Elle veut « toucher » la cécité.

« Ok, ok, Nath, on y va. »

Elle s'applique deux pansements ophtalmologiques sur les yeux, comme si elle avait eu un accident, et comme moi s'arme d'une canne blanche. Et *avant* ! Noëlle nous dépose en voiture à l'entrée d'une bourgade provençale dont nous ignorons jusqu'au nom.

L'objectif ? Trouver une pâtisserie, un banc sur une place pour savourer, puis aller prendre à midi l'apéro au bistrot du coin où nous rejoindra Noëlle.

Nath marche à mon bras, je lui apprend à écouter pour traverser une route. Quand nous sommes au milieu de la chaussée, je peux vous dire que le toucher devient pour Nath une réassurance. Quand elle entend autour de nous les voitures vrombir, freiner, elle se rapproche instinctivement de moi, me serre davantage la main, a besoin d'une sécurité physique.

Je note que la description des gâteaux par la pâtissière ne la convainc pas. Il manque le visuel, sinon palper et humer, ce qui est inconcevable. Je connais Nath audacieuse, là je découvre en elle un petit animal craintif, apeuré, qui a besoin de proximité corporelle. Après avoir interpellé les passants pour dénicher un banc, elle me dit que tout semble amplifié, même les

voix des gens, les odeurs, un peu comme si le doute et la crainte faisaient office de loupe.

Nous pénétrons, canne blanche en avant, dans le bar très animé ; les rires, les paroles drues des buveurs accoudés au comptoir s'éteignent d'un seul coup. C'est impressionnant, sans doute anxiogène pour Nath. Nous sentons tous les regards converger vers nous bien que nous ne les voyions pas. Nous sommes l'épicentre d'un étonnement de groupe. Là encore je ressens que Nath aimerait disparaître. Je fanfaronne en plaisantant : « Sommes-nous bien dans un bar... et pas dans une blanchisserie ? »

Une fois enfin attablés, je m'amuse à d'ultimes vérifications. Nath a repéré son propre verre, mais dès qu'elle en écarte la main, je le déplace discrètement. Quand sa main part à sa recherche, elle doute ; et plus elle doute, plus sa chaise se rapproche de la mienne.

Débriefing pour finir. Nath a retrouvé la vue. Je lui demande alors comment elle a vécu la cécité volontaire. Elle me répond : « Je me suis sentie seule, incomplète, coupée des autres, insécurisée. »

Des années plus tard, un oncologue annonce doctement à mon père qu'il a bien un cancer des poumons. Il est stupéfait, le mot redouté le tétanise, lui confisque la parole. Je me rapproche de lui, pose ma main sur son avant-bras et la magie d'être unis par notre peau déverrouille sa terreur.

Au fait, c'était quoi la question ? Ah oui...

– Peut-on soigner sans toucher ni être touché...

Zut, je n'y ai peut-être pas vraiment répondu, mais j'ai oublié de dire que je ne suis ni docteur ni thérapeute, un simple individu qui s'efforce d'être humain en se rapprochant des autres, sans doute pour être touché lui-même.

Toucher ne guérit sans doute pas, mais assurément soigne en apaisant, en ouvrant la porte au vrai, en décadennassant en partie nos refoulements.

L'amour est aveugle, il faut donc toucher, peut-être en donnant à l'autre ce dont nous avons nous-mêmes le plus besoin.

Ne parlons-nous pas là de la réciprocité du soin ? Un donner en touchant qui serait un prendre déguisé ? Le hors-piste est une piste nouvelle. **P**

# Le toucher empathique

Un enfant souffrant d'une carence de soins, durant les premières années de sa vie, peut en mourir, du fait d'une privation de contacts affectifs, de toucher affectueux et empathique. Un adulte ne bénéficiant que de touchers techniques ne va pas en mourir physiquement, mais psychiquement.

Marcel Nuss

Essayiste, fondateur, en 2002, de la Coordination handicaps et autonomie (CHA) et de l'Association pour la promotion de l'accompagnement sexuel (APPAS) en 2015

## Objet de soins

Par manque de temps ou par négligence, involontairement ou sciemment, dans le milieu médical comme dans le milieu institutionnel, le toucher sous toutes ses formes est le parent pauvre des soins corporels. Les conséquences à long terme de cette sous-estimation de l'intérêt du toucher, empathique et affectif, sur l'équilibre des soi-niés sont dramatiques. Déshumanisation et désincarnation vont en résulter.

En effet, rien n'est plus terrible que d'être traité comme un objet de soins sous la dépendance de mains cyniques et désinvoltées face au bien-être de la personne soignée. C'est une agression indescriptible. Une atteinte à l'intégrité et à l'identité de la personne. Il faut l'avoir vécu pour le comprendre dans sa chair, il faut l'avoir éprouvé pour prendre conscience de la violence que dégagent des gestes de soins sans état d'âme. La nocivité réside dans la répétition de l'acte maltraitant ; c'est la répétitivité qui est destructrice, non l'exception.

De fait, les professionnels du soin, quelles que soient leurs qualités et leur humanité, sont d'abord des êtres humains, avec leurs carences, leurs limites, leurs « jours sans ». Tout le monde a droit à l'erreur, à un passage à vide, à condition de le reconnaître et de s'en excuser. Relativisant et humanisant ainsi des maltraitances « accidentelles ». Ne pas le faire, c'est se complaire dans la maltraitance, dans la malversation même.

En effet, il en va tout autrement lorsque la maltraitance est intentionnelle ou *a minima* la résultante de laxisme ou de dilettantisme, spécialement lorsqu'elle est systématique.

Face à un objet de soins, on n'a pas d'état d'âme parce que le travail est alimentaire ; nulle inclination au métier du soin en l'occurrence, juste le besoin d'avoir une activité salariée régulière. Situation hélas fréquente dans le médico-social.

Une douche négligente est un calvaire, une souffrance psychique indicible, dès lors qu'elle est pratiquée régulièrement ou, pire, méthodiquement par les mêmes soignants. Il en va de même pour l'habillement, fait sans la moindre attention, sans prévenance ni souci esthétique, montrant de façon criarde et criante le peu de cas que l'on fait de la personne accompagnée. Dans une indifférence générale, car les collègues relèvent

rarement ce genre de « détail » par tranquillité d'esprit. Du reste, l'*omerta* est une pratique quasi institutionnalisée dans les milieux du soin ; par tranquillité d'esprit, on laisse faire, quitte à être tacitement complice. Professionnellement, j'ai rencontré des victimes de tels traitements indignes de la part de soignants, réduites à l'état de zombies. J'ai connu une avocate en situation de dépendance physique qui, durant sa douche, s'enfermait dans une bulle psychique pour moins souffrir de la maltraitance qu'on lui infligeait en brutalisant son corps. Mais que signifiait exactement cette brutalité dans sa bouche si pudique ? Était-ce de l'agression sexuelle, à l'instar de cette amie en situation de dépendance qui, dès l'adolescence, a subi des viols et d'innombrables attouchements sexuels de la part de ses soignants ? Car on ne peut pas évoquer le sujet toucher sans dénoncer ce fléau qui perdure dans un silence criminel.

Personnellement, il y a des jours où je refuse d'être douché pour ne pas être touché, préférant me préserver en me repliant en moi-même plutôt que prendre le risque de me sentir réifier.

Le toucher relève de la compensation dans le cadre spécifique des actes de soin, il ne devrait pas être un instrument de décompensation. C'est un facteur d'équilibre vital. En dehors de la douche, la majorité des personnes en situation de handicap ne bénéficie d'aucun toucher empathique. Du reste, toute la psychose qui règne autour des dérives du toucher n'a jamais permis, à ce jour, d'éradiquer les agressions sexuelles, il serait donc temps de revoir la copie afin de rendre son humanité au toucher empathique.

Qui sait que dans les établissements accueillant des enfants en bas âge, il est interdit de leur faire des câlins en raison d'une psychose ambiante autour des risques de pédophilie ? Qui peut imaginer un enfant de trois ans, privé de câlins dans de prétendus foyers de vie ?

## Sujet de soin

*Ne fais pas à autrui ce que tu n'aimerais pas qu'on te fasse.*

Cette Règle d'or devrait être placardée au-dessus de tous les établissements de soins, dans le milieu médico-social et médical.

Le toucher empathique est humanisant et incarnant,

il est vital. D'autant plus vital si les circonstances de la vie vous privent de tout contact avec votre corps. Le toucher empathique est un facteur de connexion à son être et à sa corporalité et, par voie de conséquence, d'épanouissement.

Encore faut-il avoir le temps et la volonté de pratiquer un tel toucher. Rien ne s'oppose à sa mise en œuvre généralisée, si ce n'est une détermination consensuelle. Cependant, ce n'est pas au programme des décideurs au vu des politiques sanitaires menées. Le bien-être d'une personne a bien moins d'intérêt que les économies budgétaires faites en la cantonnant à l'état d'objet de soins.

Pourtant, on sait que le toucher est l'agent principal de connectivité à son corps et au corps de l'autre, c'est un lien de socialisation et d'équilibre psychologique. Le réifier, c'est le déconnecter et le priver de sens par asphyxie progressive des sens.

### Une question de reconnaissance

Je n'ai eu de cesse de démontrer l'importance de la présence à l'autre<sup>1</sup> dans le soin à la personne, dès lors qu'il touche à son intimité, c'est-à-dire ce qu'il a de plus vulnérable. De fait, de la qualité de cette présence dépendra la qualité de la prise en compte de la personne soignée. Il y a objet de soins dès qu'il y a prise en charge et non prise en compte de celle-ci.

Le savoir-faire du soignant découle de son savoir-être.

Aborder la personne comme un sujet de soins est, de ce fait, la condition *sine qua non* afin de prétendre à un professionnalisme digne de ce nom. Il est primordial de s'inscrire dans une démarche intégrative et

participative du soin. Ce qui implique de reconnaître l'expertise et les compétences de la personne soignée qui se connaît mieux que quiconque, de respecter son intégrité et de préserver sa dignité à tout prix. Il est urgent d'ouvrir les yeux aux sachants qui s'enferment et s'enfoncent dans un savoir hégémonique et tyrannique, refusant toute idée de complémentarité, de compétences partagées. L'humanisation de l'accompagnement et du soin des personnes en situation de dépendance passe également par cette prise de conscience des professionnels. Il est temps d'établir un authentique rapport d'égalité, plutôt que d'entretenir un état de sujétion qui ne dit pas son nom, mais qui est de l'assistanat.

Ce n'est peut-être pas un hasard si, depuis une quinzaine d'années, la question de l'accompagnement sexuel<sup>2</sup> est devenue un sujet de réflexion centrale, voire un enjeu de bien-être et d'égalité des droits. Il met justement en évidence l'importance du toucher dans l'équilibre de tout être humain.

N'est-il pas temps d'oser accompagner avec empathie<sup>3</sup> les personnes en situation de grande dépendance et de vulnérabilité ?

Oser l'humanisation plutôt que l'instrumentalisation du soin. 

1 *La présence à l'autre : Accompagner les personnes en situation de dépendance*, 3<sup>e</sup> édition, Dunod, Paris, 2011.

2 Sous la direction de M. Nuss et P. Ancet, « Handicaps et accompagnement à la vie sensuelle et/ou sexuelle : plaider en faveur d'une liberté ! », *Chronique Sociale*, Lyon, 2017.

3 Marcel Nuss (préface A. Comte-Sponville), *Oser accompagner avec empathie*, Dunod, Paris, 2016.

Toucher

## In extremis

Anne Perraut Soliveres

Cadre supérieur infirmier, praticien-chercheur

nous précipitons auprès d'elle avec J.-F., le médecin réanimateur, pour constater qu'elle vient d'arracher sa sonde d'intubation et est très essoufflée. Son mari fait les cent pas dans le couloir et nous lui demandons d'aller s'asseoir dans la salle d'attente. Madame Becker a le visage rouge, est confuse mais son hypoxie la rend hilare et elle raconte des blagues grivoises à J.-F., qui ne le font pas rire alors qu'il se concentre sur la préparation du matériel d'intubation. Nous allongeons la tête du lit pendant que J.-F. essaie de lui expliquer qu'il va devoir remettre le tube dans sa trachée. C'est le moment qu'elle choisit pour saisir l'appareil génital de J.-F. dans sa main pour en apprécier le volume et lui dit : « Vous êtes bien monté, Docteur ! » J.-F., gêné, s'écarte vivement du lit et commence l'intubation, mais l'arrachement de la sonde avec le ballonnet gonflé a provoqué un œdème et il n'arrive pas à passer le tube. Il essaie plusieurs tailles de sonde, mais Madame Becker décède pendant la tentative. Nous restons figés dans la chambre, incapables d'aller prévenir son mari. Pourtant, je ne peux m'empêcher de penser que Madame Becker s'est fait un dernier petit plaisir juste avant de mourir... 

Madame Becker, 76 ans, est arrivée en urgence en fin d'après-midi dans le service de réanimation. Alors que nous terminons les transmissions jour/nuit, vers 20 heures, une alarme retentit dans sa chambre et nous voyons le rappel de son scope s'affoler. Nous

# Télémédecine et médecine du travail

Dans les services de santé au travail, avant même l'épidémie, se sont mises en place des cabines de « télémédecine ». Cette contribution est le bulletin diffusé en 2018 par un syndicat de médecins du travail qui trace les limites cliniques et réglementaires de ce type de médecine à distance<sup>1</sup>.

Alain Carré

Médecin du travail, secrétaire général du SMTIEG-CGT

## La télémédecine est-elle de la médecine ?

La médecine n'est pas seulement une *praxis*, mais aussi une *poiesis*, c'est pourquoi il s'agit d'un art, l'art médical. « S'il y a incontestablement une science clinique, il n'en reste pas moins que le clinicien s'occupe d'individus et doit à chaque instant adapter ses savoirs à une situation particulière. C'est en cela que la clinique est un art<sup>2</sup>... »

La base de la pratique médicale, sa capacité à démêler le normal du pathologique repose sur la clinique médicale dont la naissance au début du XIX<sup>e</sup> siècle rationalise les techniques qui permettent de construire le faisceau d'indices préalable au diagnostic<sup>3</sup>. La clinique est « un mélange de savoir théorique, d'expérience, de savoir-faire, permettant d'adapter des connaissances réputées universelles à un cas particulier »<sup>2</sup>.

Rappelons ici, mais c'est bien inutile pour les praticiens de terrain que sont les médecins du travail, que la médecine est avant tout la rencontre de deux confiances : celle du médecin et celle du patient que le médecin doit faire naître.

Dans cette phase, cette confiance ne naît pas seulement de la parole échangée, mais repose aussi sur un langage corporel subtil issu de siècles d'évolution qui ne repose pas seulement sur l'image animée à distance, mais aussi sur des signes non verbaux parfois ignorés des protagonistes, mais qui sont difficilement perceptibles à distance. Viennent ensuite les phases classiques de la démarche clinique : l'interrogatoire qui explore le motif de la consultation, puis l'anamnèse qui comporte notamment les antécédents.

L'examen physique fait suite à l'interrogatoire. C'est à ce stade que la télémédecine s'écarte également de la médecine.

## La télémédecine peut-elle se substituer à la consultation médicale de médecine du travail ?

Même si certaines constantes peuvent être recueillies avec l'aide du patient par des instruments automatiques

de mesure, des pans entiers de l'examen physique sont inaccessibles à la télémédecine. Comment examiner à distance le genou d'un monteur aérien ou sa colonne vertébrale ? Comment explorer l'hypothèse de l'existence d'un syndrome du canal carpien chez un agent chargé de tâches administratives sur ordinateur ?

C'est devant cette incapacité à effectuer l'examen physique que la télémédecine est (et demeurera) un mode dégradé d'exercice.

Il faut également constater que la télémédecine connaît des exceptions réglementaires pour des spécialités « avec accès direct spécifique ». Parmi celles-ci la psychiatrie. Comment explorer l'impact sur la santé psychique des risques psychosociaux alors que la spécialité, dont elle relève en partie, est interdite de télémédecine ?

Dès lors qu'un médecin accepte d'exercer dans ces conditions, alors que cela compromet son obligation de moyen, il pourrait être tenu pour responsable des erreurs ou des préjudices qui résulteraient de son exercice.

## Quelles sont les conditions juridiques de mise en œuvre de la télémédecine qui la rende inapplicable en médecine du travail ?

Trois conditions pour effectuer une consultation de télémédecine sont requises.

– La première consiste à garantir l'absolue confidentialité de l'échange, d'où la naissance d'un marché censé garantir cette condition.

Cette condition est particulièrement délicate à vérifier en médecine du travail dans la mesure où le donneur d'ordre est un tiers absolu à la relation médicale, l'employeur, dont l'intérêt n'est pas toujours de respecter cette confidentialité. Quel médecin du travail n'a jamais été dans l'obligation de refuser de transmettre certains éléments personnels à un employeur insistant ? Cela rend aléatoire la vérification par le médecin du travail de la fiabilité du système dans ce domaine. L'information du patient

(ici du salarié) doit être en outre assurée concernant cette confidentialité et il doit avoir accès aux éléments recueillis.

- La seconde condition est l'accord formel du patient pour chaque acte en télémédecine. Or en matière de médecine du travail, le salarié n'a pas le libre choix du praticien. La relation médicale relève d'une obligation contractuelle dans laquelle le salarié est contraint. Le salarié est sous la subordination de l'employeur lequel peut, de ce fait, faire pression sur le libre consentement du salarié.
- La troisième condition est l'accord formel du médecin pour la télémédecine. Nous l'avons déjà signalé : cela engage sa responsabilité. En outre, le médecin du travail est un médecin salarié sur lequel pèse le poids de l'employeur, ce qui n'enlève rien à son devoir d'indépendance mais peut le compliquer notablement. Même sur injonction de l'employeur (qui constituerait par conséquent une atteinte à son indépendance), le médecin du travail peut refuser d'appliquer ce qui compromet la mise en œuvre de ce qu'il estime approprié en matière de surveillance des salariés. Cela compromet donc toute mise en place organisée obligatoire par un employeur de la télémédecine.

De quels recours disposerait une opposition à la mise en place de la télémédecine en médecine du travail ?

- Du point de vue des autorités de tutelles (DIRECCTE) : dès lors que certains médecins et les institutions représentatives des personnels (IRP) refuseraient l'utilisation de la télémédecine, l'agrément du service de santé au travail (SST), dès lors qu'il l'avaliserait, pourrait être contesté dans le cadre des juridictions administratives.
- Du point de vue de l'inspection du travail : elle pourrait être saisie pour faire respecter les droits individuels des salariés de refuser ce type de rencontre médicale.
- Du point de vue des IRP : elles sont chargées de la surveillance du fonctionnement des SST et elles pourraient clairement refuser la mise en place de la télémédecine en médecine du travail.

- 1 Bulletin syndical 2018-12 du syndicat CGT des médecins du travail des industries électriques et gazières.
- 2 Christiane Sinding, « Clinique », *Dictionnaire de la pensée médicale*, sous la direction de D. Lecourt, PUF, 2004.
- 3 Lire à ce sujet *Le normal et le pathologique*, Georges Canguilhem, PUF, 1966.

Relation soignant-soigné  
Télémédecine

## De visu ou en visio ?

Serge Sadois  
Retraité actif

Aïe ! Aïe ! Aïe ! Mes entrailles me jouent encore des tours. On ne va pas en rester là, il faut prendre des décisions sur mon dossier, commençons par le CHU, puis des examens à la clinique et après ça, nous aviserons.

Quatre mois plus tard, rendez-vous avec un spécialiste chef à 14 heures dans son service du CHU.

C'est un centre hospitalier à l'ancienne, installé au centre-ville, donc un déplacement pas si simple, c'est-à-dire autoroute encombrée, péage engorgé, périphérique bloqué et pour se garer en centre-ville à 14 heures... à part une prière à Saint-Parcmètre, je ne vois rien d'autre. Bon ! En partant en milieu de matinée pour arriver un peu en avance dans la salle d'attente, c'est jouable. Celle-ci, commune à plusieurs consultations, est bien pleine, une chaise sur deux a été enlevée – conditions sanitaires obligent –, mais vu l'affluence, l'espace libéré est occupé par des gens debout, avec une personne sur deux semant du virus sur la tête de ses voisins. Il en dit quoi, le protocole ?

Plus tard, installé dans son bureau face à moi, le chef spécialiste regarde mon dossier qu'il avait déjà reçu, me pose deux ou trois questions, tapote sur son clavier et puis enregistre ses conclusions. À un moment, j'ai voulu demander une chose ou deux : « Attendez, je réfléchis ! ». Ah oui, c'est vrai ça ! Je ne vais pas déranger un cerveau qui travaille surtout que, derrière son masque, je vois bien que ce n'est pas le festival du sourire. Enfin, sans qu'il se lève de son siège, il me tend la lettre qu'il vient d'imprimer, répond brièvement à quelques questions et me donne le congé, sans bouger ni sourire, tel un mandarin inaccessible qui distribue son savoir... et c'est tout.

Pas vraiment tout, parce que j'avais juste oublié, sot que je suis, qu'avec les restrictions les restaurants étaient fermés et que pour déjeuner, je devais subir la trilogie périmé-autoroute-péage.

Quelques jours plus tard, la suite de l'examen de mon dossier devait se passer dans une clinique de la périphérie pour avoir l'interprétation de quelques scanners et IRM, consultation prévue par visio. Pour ça, j'ai utilisé mon ordinateur installé au milieu de mes papiers, livres et autres bricoles qui traînent. Confortablement installé dans mon fauteuil, à l'heure dite (ou presque), j'ai pu longuement discuter avec une jeune dame qui était, chose extraordinaire, sans masque et, en plus, avait un magnifique sourire et ça, par les temps qui courent, c'est rare.

Alors pour moi, perdre des heures pour aller voir de près une personne coincée derrière un bureau ou voir, de loin, un humain souriant derrière un écran, le choix est assez vite fait. 📞

# Souvenir de soins touchants

Dans un restaurant du village de Natashquan, en Moyenne-Côte-Nord au Québec, deux solitudes se croisent. Elles se craignent, s'observent puis plongent, ensemble, entre la vie et la mort au creux du souvenir d'un moment de soins touchants.

Bernard Roy

Professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Laval

Mercredi 21 août 2019, sur l'heure du midi. J'attends, devant la caisse du restaurant *Le Goût du large* à Natashquan, pour payer mon repas. Après deux mois passés, avec ma petite famille, dans notre petite maison perchée au-dessus d'une dune faisant face à l'immensité du Golf Saint-Laurent, je m'apprête à reprendre la route. Depuis près de vingt ans, comme les oies blanches au printemps, je parcours plus de mille kilomètres depuis Québec jusqu'à la frontière de la Minganie pour séjourner en ces lieux. Puis, lorsque l'équinoxe se dessine avec ses tons pastel au couchant du soleil, je sais proche le retour vers l'urbanité, ses horaires, sa turbulence, son anonymat. Ma compagne de vie, Marina, Postonne depuis le bout de ses orteils jusqu'à la pointe de ses cheveux, exploite un commerce estival dans ce village poétisé par son célèbre rejeton, Gilles Vigneault. Je vois bien à vos yeux tout écarquillés que vous vous demandez pourquoi j'insulte ainsi ma compagne. Soyez sans crainte. Poston est le gentilé des natifs d'un tout petit village nommé Pointe-Parent. Éloigné de sept kilomètres à l'est de Natashquan, ce lieu, situé en bordure de l'embouchure de la majestueuse rivière Natashquan, accueillait, en 1710, un poste de traite érigé par les colons venus de France. Au printemps, après la crue des eaux, des familles innues nommées Mestokosho, Malec, Kaltush, Uapistan et bien d'autres, séjournaient quelques jours à l'embouchure sablonneuse de cette rivière large comme un fleuve. En ces lieux, ils festoyaient, réparaient, construisaient les canots, se recueillaient, se charmaient, se mariaient puis repartaient, en transhumance, suivre les troupeaux de caribous. Au poste de traite, ils échangeaient les peaux de castors, de martres, de visons capturés à l'intérieur du vaste Nitasinan. C'est de ce poste de traite que prennent racine les origines de ce gentilé. Aujourd'hui, en continuité avec les siècles passés, les gens de Pointe-Parent aiment se nommer, se distinguer par cette appellation... Poston.

Plus mystérieuse est, toutefois, l'origine du gentilé des gens de Natashquan, ces descendants d'Acadie tout comme, d'ailleurs, le sont les gens de Pointe-Parent. Ces gens venus des Îles-de-la-Madeleine, au

milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle, à bord de la goélette *La Mouche*, se nomment entre eux, depuis des lunes, Macacains. Des savants émettent l'hypothèse que ce gentilé dérive d'une déformation du mot acadien. Les vieux et moins vieux du village, eux, racontent que les premiers Madelinots arrivés ne prononçaient jamais un « lorsque » bien articulé. Plutôt, émettaient-ils un « mé-que » mollement mâchouillé. Ainsi, pouvaient-ils dire... « Mé-que la brume se lève j'partirai au large, jigger la morue. » On dit que la touchante parlure des Postons et Macacains a, encore aujourd'hui, des accents de vieille France.

De retour au restaurant *Le Goût du large* en ce pays innu, poston et macaquain.

Devant moi, un couple d'Innus attend, lui aussi, pour honorer sa facture. L'homme est grand. Très grand, bâti comme un ours. Il retient, devant lui, un fauteuil roulant sur lequel est assise une femme. Une Innue ! Ce visage ne m'est pas inconnu. Enfin, je le pense. Chose certaine, elle ne vit pas à Natashquan. Ici, tout le monde se connaît, enfin, croit se connaître. Le visage de l'homme, toutefois, n'éveille en moi aucun souvenir. Les traits de cette Innue dans la cinquantaine tirent des profondeurs de ma mémoire un vibrant et touchant souvenir. Une marque profonde, gravée dans mes neurones par une longue nuit tragique vécue à Unamen Shipu il y a de cela une trentaine d'années. Est-ce bien elle ? Indiscret, je plonge mon regard dans ce visage au profil de camée. Je le fixe, l'explore... Je crains, par mon attitude, d'avoir l'air, aux yeux des alentours, d'un voyeur ou, pis encore, d'un voyou préparant un mauvais coup. Dans un si petit village, un regard déplacé peut soulever bien des rumeurs. J'ai peur ! Peur que le grand gaillard se retourne vers moi et me demande, d'un ton agressif : « Pourquoi dévisages-tu ainsi ma femme ? » Sûrement est-ce son épouse. Pendant des années, j'ai ressenti un immense plaisir à côtoyer les Innus. Avec eux, chez eux, je me sentais en famille. Si, aujourd'hui, j'occupe des fonctions de professeur à l'Université Laval, je le dois, en grande partie, à l'hospitalité des Innus d'Unamen Shipu, que je rencontrais, pour la première fois, en juin 1986. Ils m'ont accueilli, moi, l'infirmier, mais

aussi et surtout le jeune homme à l'identité chambrante, inquiète, instable que j'étais. Auprès d'eux, je me suis rapidement senti quelqu'un. Ils m'ont profondément touché, pratiquement adoptés. L'homme que je suis demeure et demeurera à jamais reconnaissant de leur accueil et de leur amitié.

Mais les temps ont changé. En cette fin de seconde décennie du XXI<sup>e</sup> siècle, les relations entre nous se sont radicalisées, pour ne pas dire racialisées. Nous vivons à une époque où les murs s'érigent. La couleur de la peau fait désormais office d'explication centrale de tous les travers de l'histoire, des souffrances... Le Poston, le Macacain sont, comme le Trifluvien, le Montréalais, l'Ontarien, l'Américain, comme Jean Chrétien, Dollard des Ormeaux, Bill Gates ou Donald... Donald Trump... des Blancs ! Et je suis Blanc, donc de la même race des Donald Trump. Entre nous, un mur de sophismes se dresse.

Il me semble reconnaître, j'en suis quasiment certain, le visage de cette femme aujourd'hui âgée d'une cinquantaine d'années. J'ai une certitude floue. Cette femme ressemble tellement à la fille de Joseph et Adeline, tous deux, aujourd'hui, décédés. Je réprime l'élan qui me pousse vers elle. Je désire la toucher,

**Nous avons « mal traité » Mariana.**

**Mais, ensemble, j'en ai la certitude, nous l'avons bien soignée. Sa famille, le village et nous, les soignants.**

lui parler... Mais j'hésite, j'hésite, j'hésite. Et si je me trompais. Et si je m'approchais d'elle, en faisant fi de cet homme, pour effleurer son épaule pour attirer son attention. Je pourrais ainsi voir ce visage de face. Je la reconnaîtrais, elle me reconnaîtrait sûrement. Peut-être pas ! Cette nuit-là, la femme dont je me souviens n'était vraiment pas dans un état pour engranger, dans sa mémoire, le souvenir des visages qui l'entouraient. Elle luttait pour sa vie.

Je choisis, craintif, de m'approcher de l'ours. J'espère ne pas faire un faux pas. Et s'il était, comme quelques autres Innus que je connais, devenu allergique aux Blancs ! Je tends ma main vers son bras large comme un tronc d'arbre. Doucement, je m'approche, lui touche l'épaule. Il se retourne. Il me semble percevoir dans ses traits tendus, par le mouvement sec de sa tête, de l'agacement. Me lancera-t-il bêtement un : « Que me veux-tu, face de farine ? »

Son regard croise le mien. Je ne le reconnais toujours pas. Ses paupières s'écarquillent. Étonné, j'aperçois un large sourire qui se dessine sur son visage basané. Il me regarde intensément, se rapproche et prononce d'une voix chaude avec un fort accent innu... « Ber-

nard... c'est Bernard ! » Il prononce mon nom avec tant d'émotion. Je suis touché ! Il me tend ses larges patoches et enserme ma main droite entre ses deux mains qu'il referme doucement comme pour les ensermer, précieusement, dans un écrin. Il connaît mon nom et moi, non, je ne peux le nommer. J'ignore le nom de cet homme qui me nomme avec tant de respect. Il perçoit le malaise de mon ignorance et se nomme. « Bernard... je suis Charles-Antoine, le mari de Mariana. » Cette femme, assise dans le fauteuil roulant est bien Mariana. Le flou de ma certitude n'est plus. Elle se retourne, me sourit. Je la reconnais, elle me reconnaît, nous nous reconnaissons. Il n'y a plus de Macacains, de Postons, d'Innus, de Blancs. Nous nous retrouvons dans notre humanité.

L'odeur du sang me remonte au nez. Je ressens, de nouveau, la crainte de perdre Mariana exsangue. Cette souvenance date pourtant de la fin des années 1980. Quelques jours avant, Mariana donnait naissance à un enfant, à l'hôpital de Sept-Îles. De retour dans son village, 470 kilomètres plus à l'est, elle remarque, ce soir-là, un filet de sang qui coule entre ses cuisses. Je lui rends visite, à sa résidence. Du sang s'écoule lentement, régulièrement de son vagin. Ce n'est pas bon

signe. En civière, je la transporte au poste de soins. Je la couche dans le lit de notre très petite chambre d'observation. Je l'examine et, soudain, c'est la débâcle. Nous sommes devant une hémorragie post-partum fulgurante. En ces années-là, Unamen Shipu, un village isolé dans la taïga nord côtière, ne possédait pas de piste d'atterrissage et, non plus, de route. À moins de faire appel à un hélicoptère de l'armée canadienne, la nuit tombée, impossible

d'évacuer un patient vers un hôpital. En ville, dans un centre hospitalier, les risques de mortalité lors d'une telle hémorragie post-partum étaient grands. Pourrions-nous, ma collègue et moi, sauver la vie de cette jeune Innue, sans médecin ni technologie, avec un minimum de produits pharmaceutiques et, surtout, avec un bagage de connaissances et d'expériences fort limité ?

Après plus de dix heures de compression bimanuelle, de transfusions de sang prélevé tout au long de la nuit auprès de femmes du village, d'injections de quelques milliers de millilitres de solutés, Mariana survivra. Au petit matin, bouffie par l'excès de lactate-ringer, Mariana n'était plus reconnaissable.

Nous avons « mal traité » Mariana. Mais, ensemble, j'en ai la certitude, nous l'avons bien soignée. Ensemble ! Sa famille, le village et nous, les soignants. Dans la toute petite chambre du poste de soins d'Unamen Shipu, nous avons accueilli, en même temps, son père, sa mère, ses frères et sœurs, des aînés du village, ses ami·e·s. Tous ces gens demeurèrent, toute la nuit durant, au chevet de la jeune mère qui blémissait d'heure en heure. Tant

qu'il y avait de la place, dans le respect des uns et des autres, tous étaient bienvenus dans cette chambre. Le village tout entier semblait tenir les mains de Mariana. Souvent, au cours de la nuit, avons-nous craint de la perdre. Elle n'avait presque plus de tension artérielle et le pouls était à peine perceptible, parfois, imperceptible. Une main lui caressant un bras, une prière chuchotée à l'oreille, un chant susurré, des mots aimants la ramenaient, la maintenaient accrochée au fil de la vie... avec nous. Enfin, c'est ce que je crois.

Au cours de la nuit, une vieille sage-femme du temps des derniers temps du nomadisme pénétra dans la chambre. À la vue de Mariana, des draps, du plancher maculés de sang, elle manifesta son inconfort au regard des manœuvres que nous réalisions, ma collègue et moi, pour colmater l'hémorragie. Depuis des heures, ma collègue maintenait une compression bimanuelle. Moi, je prélevais le sang chez les nombreuses femmes volontaires, lui administrais, prenais les signes de moins en moins vitaux et tout et tout le reste... Nous lui avons alors offert une paire de gants afin qu'elle puisse, elle-même, examiner Mariana. Son bref examen terminé, elle exprima son impuissance et nous autorisa à poursuivre. Tout au long de la nuit, elle demeura avec nous, avec Mariana.

Au petit matin, un médecin de l'hôpital de Blanc-Sablou, accompagné d'une stagiaire en médecine et d'un technicien de laboratoire, arriva en hélicoptère.

Il réalisa, sans ménagement, un curetage manuel et assura le transfert de la patiente, en hélicoptère, vers l'hôpital de Sept-Îles. Avant de monter à bord et de s'envoler, ce médecin, à la forte personnalité, me regarda avec un sourire narquois et me dit... « Je l'ai sauvé ton Indienne. Elle va survivre ! » Je me souviens de ces mots, de cette prétention, comme si c'était hier. Ce médecin avait peut-être raison d'estimer que son traitement choc avait sauvé Mariana. Je demeure toutefois convaincu, trente années plus tard, que les soins offerts à Mariana, cette nuit-là, par ma collègue et moi, par la famille et le village tout entier, contribuèrent à la maintenir attachée au fil de la vie.

C'est bien elle, Mariana qui, en ce jour du mois d'août 2019, se trouvait devant moi. Son mari, Charles-Antoine, ne cessa de me sourire. Il semblait tellement heureux de me retrouver. Et moi, j'étais ému aux larmes.

« Viens nous voir à Unamen Shipu. Viens chez nous. Nous t'accueillerons dans notre maison. Viens au temps du homard... nous en mangerons à profusion », me dira-t-il avant mon départ.

Je ne suis toujours pas retourné, depuis le début des années 1990, à Unamen Shipu, mais cela ne saurait tarder.

Cette nuit-là, d'il y a plus de trente ans, nous nous sommes tellement touchés, au sens propre et figuré, que l'empreinte de notre bienveillance mutuelle est à jamais gravée dans nos mémoires d'humains. ❷



# Itinéraire d'un toucher suspendu

Cet article s'inscrit dans un processus éthique de questionnement des pratiques et invite les professionnels de santé à faire émerger un toucher thérapeutique « ni tout à fait le même ni tout à fait un autre »<sup>1</sup> à l'épreuve des enjeux actuels.

**Martine Samé**

Kinésithérapeute, enseignante en Institut de formation en masso-kinésithérapie, docteur en philosophie, docteur en sciences de l'éducation, DU de neuroanatomie fonctionnelle et modélisation

## Le toucher suspendu

Avant le confinement, le toucher était roi, engageant dans la corporéité et le soin les êtres dans leur globalité, dans une ouverture vers un avenir à résolument construire ensemble.

Mais que devient ce toucher attaqué de toutes parts ?

Tout d'abord, n'oublions pas que le toucher en soi n'existe pas, et là réside la première interpellation éthique. Il est suspendu à celui qui touche et/ou est touché, suspendu à ce que nous faisons de lui et avec lui, à nos valeurs, nos compétences, nos choix stratégiques. Quelle place les praticiens que nous sommes accordent-ils au toucher ? Quelle représentation avons-nous de l'importance d'un « toucher thérapeutique spécialisé » appris dans nos cursus de formation ? Quelle est notre autonomie de prescription et de réalisation d'un toucher spécifique à chaque professionnel de santé ? De quelle liberté de toucher nous réclamons-nous ?

Instrument de notre volonté (toucher pour connaître, pour soigner), connexion directe entre deux peaux, dans un corps à corps vivant et vécu, ce toucher a la particularité de pouvoir être thérapeutique en son point contact (par exemple traction cervicale antalgique, drainage lymphatique...), mais également par-delà les frontières de notre corps (par exemple confiance retrouvée), car il déborde les plans cutanés et musculo-ligamentaires pour franchir et toucher à l'impalpable, posant par là même l'éternelle question : qu'est-ce que soigner par le toucher ?

Toutes ces interrogations ne sont pas nouvelles, mais tendent à être soit étouffées dans l'œuf, soit au contraire sans cesse reconduites, dénaturées et déstabilisantes car abasourdies par un tumulte médiatique peu propice à la sérénité.

D'un point de vue strictement physiologique, les neurosciences valident ce que les philosophes ont mis en exergue depuis longtemps : le toucher est sus-

pendu à nos sensations, notre raison et nos émotions. Et réciproquement. De ce fait, il participe à la boucle sensation/perception/action, dit autrement aux circuits sensori-moteurs et motivationnels nécessaires à la prise de décision, c'est-à-dire à l'adaptation d'un toucher thérapeutique ciblé et individualisé. Toucher aide notre cerveau à concevoir et à construire, celui-ci en retour nous anime pour agir (y compris pour toucher). C'est pourquoi le toucher est absolument indispensable à une pratique pour et vers la guérison. Palpation nécessaire au diagnostic, attention tactile active conjuguée à la vision au service de la perception des formes et du mouvement, espace de « saisie des coexistences » de Merleau-Ponty, indissociable de « la machinerie de l'émotion » étudiée par A. Damasio « visant à la préservation de nous-mêmes et assistant nos choix concernant la façon dont celle-ci doit s'effectuer », le toucher professionnalisé paraît, paraissait, assurément hors d'atteinte car par essence intouchable.

Et puis surgirent le Sida, et les épidémies. H1-N1, et maintenant la Covid, avec leur cortège de recommandations, de mises en garde à peine voilées. Le toucher suspendu, dans le sens cette fois-ci de toucher interdit, effet collatéral majeur de la crise sanitaire. « Touché-contaminé » dit Fantin (12 ans), « ne me touchez pas s'il vous plaît » demandent quelques étudiants en kinésithérapie. Le toucher suspendu pour la bonne cause, par principe de précaution, parce que toucher nuit, comme sur les marchés où la pancarte « les fruits sont comme vous, ils n'aiment pas être touchés » nous rappelle à l'ordre. Toucher vecteur de toutes les peurs, lui aussi confiné...

## Le toucher déconfiné

Alors que penser, que faire ?

En juillet 2020, lorsque nous « pédalions dans l'action comme des forçats », que nous « étions refoulés aux portes des Ehpad », nombre d'entre nous ressentirent

une chape de plomb sur les épaules, impression exacerbée, je cite, « par les incertitudes et les vasouillages de nos scientifiques et nos politiques ». Cet état se prolongea, en ce qui me concerne, jusqu'à un certain jour de septembre où la remarque d'un de mes voisins « hospitalisé pour Covid » déclencha en moi « le » déclic: « Le masque vous va très bien, vous savez, Madame » me complimenta-t-il sans sourire. Que voulut-il me dire ? En tout cas, j'entendis que pour lui la praticienne et son toucher professionnel potentiel restaient « beaux » malgré les apparences et que là résidait l'essentiel.

Et si, au lieu de se cristalliser sur des éléments barrières exogènes, nous revenions à ce savoir-faire qui, comme l'écrit le philosophe D. Folscheid, « recèle bien du savoir, savoir qui ne se situe plus à l'extérieur des soignants, mais qui est devenu le principe qui donne forme à leur "faire". Principe qui opère de l'intérieur, du dedans ».

Et si nous étions dans une sorte de vivre autrement, vivre malgré et en dépit des incapacités et des handicaps consécutifs à ce virus, comme le vivent tous ceux touchés par la maladie, l'accident, lorsqu'ils font appel à leur extraordinaire capacité normative pour créer, recréer, de nouvelles normes de fonctionnement ? Transposée au toucher professionnel, cette plasticité normative, faculté intrinsèque à l'homme, stimulée par l'expérience et l'environnement, pourrait nous conduire à inventer une nouvelle « loi du tact »<sup>2</sup>, de nouvelles modalités d'expression du toucher, sorte d'inhibition de l'action de toucher habituelle qui, loin de nous paralyser, « contiendrait en puissance la pos-

sibilité de trouver une nouvelle solution... inhibition orientée et créatrice... »<sup>3</sup>.

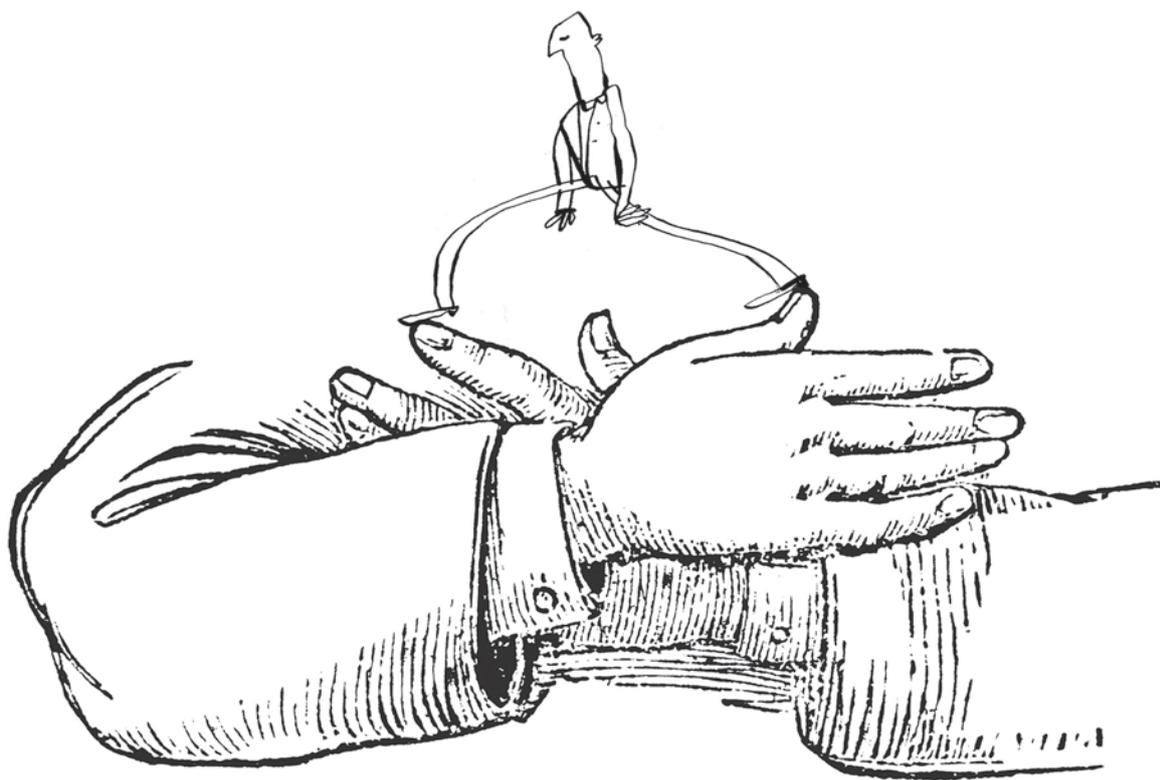
Pour nous aider à sélectionner ce qu'il serait « avantageux » de choisir comme « *technè* »<sup>4</sup> du toucher en ce moment (et peut-être dans le futur, qui sait), la bonne vieille méthodologie d'Aristote pour accéder à la « sagesse pratique » pourrait nous être fort utile. Déjà à l'époque, il préconisait de se poser trois questions: « que veut-on? quelles sont les règles à respecter? quelle décision prendre? »

Que veut-on ?

- Surtout ne pas toucher au toucher thérapeutique, fondement de nos actes de professionnels de santé.
- Éviter que patients et praticiens ne sombrent dans la peur d'être « contaminés » par le toucher.

Quelles sont les règles à respecter ?

- Proposer et effectuer un toucher suspendu aux principes d'hygiène classiques renforcés pour la circonstance (par exemple port du masque et de la visière pour un toucher près du visage, prises et contre prises dans la mesure du possible un peu plus à distance, abandon du toucher « enveloppant » global etc.).
- Nouveauté: prévoir un temps systématique d'information et d'échanges de points de vue avec les patients sur les inconvénients et avantages d'un toucher thérapeutique pour que le sentiment irraisonné de peur, qui aveugle et tétanise, se transforme en crainte dont on peut parler, « sen-



timent d'alerte » de Hans Jonas, « prémisses d'une orientation morale éveillant la compétence d'imaginer, la faculté de ressentir et la capacité de diriger éthiquement l'action ». Principe pédagogique aux couleurs d'éthique, temps suspendu à la parole, où, comme le souhaite B. Weil, « soignants et soignés élaborent ensemble et sans relation hiérarchique le concept de risques/bénéfices vis-à-vis de la stratégie thérapeutique », où les personnes sont conviées à exprimer leurs appréhensions du toucher, et où faire usage de ces récits peut aussi conduire à toucher autrement. Complémentaire des bilans « ordinaires », cette évocation de la peur de toucher ou/et d'être touché deviendrait un moment privilégié au cours duquel pourraient être déconstruits les préjugés, affinées les perceptions, recueilli le statut « d'état de dépendance accordée » prôné par M. Caillol, sorte de consentement éclairé au toucher. Les mots au service du toucher...

Quelle décision prendre ?

- Choisir dans le toucher ce qui doit être encouragé et les moyens de le mettre en œuvre (ressort du praticien maître de son toucher).
- Décider au cas par cas ce qui doit être évité au regard de ce à quoi s'attendre (ressort du praticien maître de son toucher).
- Toute autre décision touchant-touché dépendante.

Précaution :

En cas d'incertitude décisionnelle, lot quotidien des praticiens, de « doute raisonnable » quant à l'efficacité ou la non-dangerosité de notre toucher thérapeutique, ou lorsque surviennent l'habitude, la routine perfide et l'*hubris* arrogante, mauvaises conseillères, se réserver le droit de suspendre le toucher pour sauvegarder la flamme éthique et mieux le penser.

En guise de perspectives : un toucher délibéré.

À la question peut-on soigner sans toucher ni être touché, ma réponse est donc clairement que non. Par contre, une délibération s'impose, non pas sur la finalité du toucher, mais, suivant les conseils d'Aristote, « vers ce qui dépend de nous ».

Notre objectif est le toucher thérapeutique ? À nous, expliquait-il, « une fois cette fin établie, d'examiner comment et par quels moyens on l'atteindra ; si cette fin paraît devoir être atteinte par plusieurs moyens, on recherche le moyen le plus facile et le meilleur ; s'il n'en est qu'un, on recherche comment ce moyen sera atteint, et par celui-là un autre encore ». 384 avant J.-C....

Notre objectif est d'appliquer les principes de l'éthique clinique à titre individuel ? Quelle opportunité magistrale de considérer les patients réellement comme des interlocuteurs, « d'accueillir et de prendre en compte leur singularité », à l'instar de W. Hesbeen, « d'identifier ce qui est important pour eux... d'élaborer avec eux une pratique respectueuse et porteuse de sens ».

Notre souci est plutôt kantien ? Ne rien oser qui risque d'aller à l'encontre de la dignité de la personne ? Le temps est venu de toucher l'homme en nos patients, par égard et respect pour lui, parce que c'est lui. Certes, nous nous exposons à des tiraillements, des divisions en nous-mêmes, mais cette « conscience éthique » ne rejoint-elle pas la faculté pratique aristotélicienne qui permet à nos actes, inspirés de la délibération avec le bien, l'utile et l'agréable, d'être volontaires et librement choisis ? L'homme délibérant devenant, malgré le poids des normes externes, sa propre norme ?

Enfin, comme le répète souvent Didier Sicard, « pourquoi limiter le possible ? ». Cet article se place résolument dans la lignée de ceux qui disent « c'est mon choix, mon droit, et celui des patients ». Ce qui n'exclut en rien le constat de difficultés nombreuses et variées, la crainte qui guette dans le noir, mais qui néanmoins n'empêche pas d'entendre une petite voix timide nous dire : « mais qui pourrait me toucher à présent sinon toi ?... »<sup>5</sup>. 

1 Cf. Verlaine, « Mon rêve familial », *Poèmes saturniens*, 1866.

2 Cf. J. Derrida, *Le toucher*, Jean-Luc Nancy, Éd. Galilée, Paris, 2000.

3 A. Berthoz, *L'inhibition créatrice*, Odile Jacob, Paris, 2020, p. 204.

4 Cf. Aristote, *La Métaphysique*, Paris, Pocket, 1991 : forme de savoir qui advient chez les gens d'expérience.

5 J. Derrida, *Le toucher*, Jean-Luc Nancy, *op. cit.* p. 313.

# Tact et contact

Autour d'un jeune homme psychotique, touché coulé par l'abandon, menacé de mélancolie, une chorégraphie soignante et institutionnelle, « un art du toucher », se pense, se règle et se déploie.

Annick Bernabéo

Cadre de santé dans le foyer René Capitant

Nous sommes six en analyse des pratiques, infirmiers, diététicienne, aides-soignants, cadre de santé réunis autour d'une psychologue. Malgré les distances imposées par la crise sanitaire, nous sommes proches, réunis par une confiance installée au cœur de l'équipe et dans le dispositif de cette supervision. Nous mettons des mots sur nos ressentis, nous mettons en mots nos attitudes, nous ne craignons plus (ce fut peut-être une appréhension lors des premiers échanges) de nous montrer touchés par ce qui arrive aux patients, touchés par ce que disent les collègues, touchés par la clarté bienveillante de celle qui nous accompagne. C'est comme si, au-delà de nos corps et de nos têtes respectives, un corps soignant, articulé de réflexions entrevoyant des hypothèses thérapeutiques nourries de théorie, doué de multiples fonctions – celle de consoler, celle d'écouter, celle de critiquer, celle de distribuer des médicaments, celle de proposer une promenade, une relaxation, un entretien – se déployait dans une harmonie parfois provisoire, soutenue d'invention.

Ce jour d'octobre, nous sommes à l'unanimité touchés par Will. Ce jeune homme, que nous accompagnons depuis trois ans au foyer de postcure, est bouleversé par le possible abandon de celle qu'il nomme « une personne », sans jamais l'appeler par son prénom. Les référents infirmiers de Will soupirent : « Cela fait des mois qu'il se fait mener en bateau par cette "personne" qui est une jeune femme. Rien n'y fait. Il tourne autour d'elle comme la terre autour du soleil, incapable de se décaler, de risquer une critique, touché en plein cœur ! » Chaque soir, Will franchit le seuil de la porte du foyer, la capuche rabattue sur la tête, les épaules tombantes, il se glisse dans le bureau : « J'peux parler ? » et il parle, parle à chacun des soignants présents, à l'infirmier de nuit, à sa psychiatre. Chacun, chacune prend le temps de l'accueillir, de lui parler, d'argumenter, mais la parole glisse sur Will sans même rayer la surface de ses sentiments. Will reprend le même thème en boucle : c'est de sa faute, il n'est pas à la hauteur, il a fait une erreur, il risque de perdre cette personne. Et l'on s'attend, touché et impuissant, à le voir, comme un mur de salpêtre, s'effriter. Une fois le constat fait que, pour le moment, l'usage de la parole ne peut rien cerner ni contenir, que la parole de l'autre ne peut pas être une connaissance pour Will, nous imaginons à partir d'observations

faites ces derniers mois de proposer à Will des moments d'écriture qui pourraient porter sur « Comment ça se passe au foyer ? Comment il vit l'absence de l'autre ? » Il a en effet participé à la lecture de textes écrits sur un séjour et tenu à rédiger une lettre d'au revoir à l'équipe de son hôpital de jour. Je suis touchée parce que l'écriture est un matériau que j'aime, parce que je n'aurais pas imaginé lui faire cette demande, celle d'écrire, de partager un moment autour de feuilles de papier, de stylo, de mots, de ponctuation, touchée surtout par sa réponse : « Je veux bien, j'ai une écriture très spéciale ». Nous prenons rendez-vous les jeudis soir, un collègue psychologue nouvellement arrivé dans l'équipe se joint à Will et moi, touché lui aussi par la détresse de Will, celle que nous racontons en synthèse, celle qu'il entend et observe dans les temps interstitiels.

C'est alors que le deuxième confinement est déclaré et que nous insistons auprès de Will pour qu'il reste au foyer qui demeurera ouvert en journée. Il en est d'accord, fragilisé et démuné suite à cette rupture sentimentale qui, comme le dit Michel Foucault au début des *Mots*, le met « dans l'impossibilité nue de penser cela ». Très vite, il va s'embarquer et nous embarquer dans une traversée mélancolique. Sa cabine pour sa *Route de nuit* est la chambre dans laquelle nous le retrouvons au moment du déjeuner, enseveli sous une sorte de tente faite de vêtements, de sacs, de sa couette. Il est à genoux sur le sol, la tête enfouie sous ses couches de tissu, le regard rivé à son téléphone comme un prolongement de sa main. Il semble prier, il est ravagé de chagrin, perdu dans le temps, hagard. Barthes dans *Puissance du langage* remarque : « Avec mon langage, je puis tout faire : même et surtout ne rien dire ; je puis tout faire avec mon langage, mais non avec mon corps. Ce que je cache par mon langage, mon corps le dit. » Nous prenons des précautions pour nous approcher de lui. Il faut insister après avoir toqué à la porte et entendu sa voix répondre pour aller vers lui, écarter à peine les couvertures, découvrir une épaule qui se dérobe. Il faut insister de la voix et avec sympathie pour que son corps se dresse à la verticale et qu'il accepte de descendre en salle à manger. Et une fois à table, il faut insister pour que l'assiette, puis son estomac soient remplis. La dame qui s'occupe des repas le regarde navrée, touchée par sa détresse. Elle tente de le reconforter en lui gardant des compotes, des crèmes au chocolat. L'après-midi, il

faut tenir et ne pas céder sur un rendez-vous donné pour faire une promenade. Will malgré tout s'appuie sur nous. Il accepte de sortir, de marcher sur le boulevard, d'aller jusqu'au jardin du Luxembourg. Fugitivement, il semble touché par la grâce du parc, les arbres roux, les massifs de chrysanthèmes. Un peu de la beauté de la nature adoucit sa peine. Et puis il revient à son téléphone lié à lui par l'espoir d'un appel, espoir constamment déçu, espoir assassiné : « Elle m'a supprimé de ses contacts. » Et c'est comme s'il était touché en plein cœur par la balle imaginaire du total abandon. « Que l'angoisse dévoile le néant, c'est ce que l'homme confirme lui-même lorsque l'angoisse a cédé », note Heidegger dans *Qu'est-ce que la métaphysique ?* Et pour le moment, c'est loin d'être le cas. Le lendemain, Will oublie de fermer le robinet de son lavabo, celui-ci déborde, l'eau se répand dans la chambre alors que Will dort sous sa tente, dans le couloir, se glisse sous la porte des autres chambres. Des semaines durant, nous contemplerons en synthèse d'équipe le dégât des eaux occasionné par ce « lâcher » au plafond de la salle de réunion. Le plafond dont les plaques se décollent comme se décollent de Will toutes ses aptitudes à faire avec les autres, à s'inscrire dans les tâches quotidiennes. La seule qui ne fuit pas, c'est l'écriture. Elle est présente chaque jeudi soir. Will s'assoit, replié sur sa chaise, sa capuche rabattue, sa feuille cachée dans le pli de son coude. Il s'arrime à son stylo sur lequel il appuie avec force pour tracer « son écriture, spéciale, qu'il reconnaît tout de suite ». Il écrit et il parle. Parfois, il inscrit un titre, ainsi de « la solitude » où il lie maturité et solitude. Après avoir écrit, il parle de l'année 1996, l'année où sa mère est morte. Elle est partie faire des courses et n'est jamais revenue, il l'a revue à l'hôpital. Notre présence silencieuse l'entoure, et « cette personne » jamais nommée, qui risque de l'abandonner, résonne différemment dans nos têtes. La mélancolie insiste aussi dans l'écriture qui se fige dans des auto-reproches : « Je lui ai pourri la vie, j'ai perdu sa

confiance. » Freud, en parlant de la contrainte de répétition chez les sujets non névrosés, parle « d'une impression de destin qui les poursuit ». Destin de perte dont Will nous fait part, dans la répétition de ses auto-reproches censés causer la perte ? À chaque synthèse hebdomadaire, tout au long de ce second confinement, nous faisons le récit de la douleur de Will. Comment cette douleur, en le touchant si fort nous touche, comment trouver les moyens de le toucher ? Chacun invente : un accompagnement au Centre médico-psychologique, la mise en route d'un traitement pour lequel Will se montre très réticent, l'ofrande d'une compote, des sourires, des sollicitations à sortir du lit, de la chambre, des aides au quotidien (rangement, lessive).

L'hospitalisation, envisagée, sera évitée. Lors des deux ateliers d'écriture avant les vacances de fin d'année, nous décidons, après que Will écrive que « Voyager, Rencontrer (il écrit les verbes avec une majuscule) font partie de la vie », d'apporter une carte du monde. Dépliée, elle attire Will vers le continent africain. Il nous raconte son voyage au Cameroun l'année de ses dix-huit ans. Son corps se redresse, sa capuche est rejetée en arrière, son regard devient brillant. Il écrit un texte dans lequel nous voyageons, en bus, sur des pistes rouges. Le soir, à l'étape, il y a du monde, des gens jouent de la musique, d'autres plus loin tapent dans le ballon. Ce jour-là, Will, sortant de « sa connaissance par les gouffres », nous fait partager ses deux passions, le foot et la musique, et un moment, le temps déserté, chagrin, surveillé de la mélancolie comme celui déserté, chagrin, surveillé de l'épidémie, se suspendent, touchés par la puissance de la vie. 



- Clément Rosset, *Route de nuit, Épisodes cliniques*, l'Infini, Gallimard, 1999.
- Henri Michaux, *Connaissance par les gouffres*, Poésie/Gallimard, 1988.

# Le toucher du kiné

Comment un étudiant en fin d'études de kinésithérapie à Bruxelles envisage, depuis ses cours et ses stages, la place du toucher, et du pas toucher, dans la pratique du kiné.

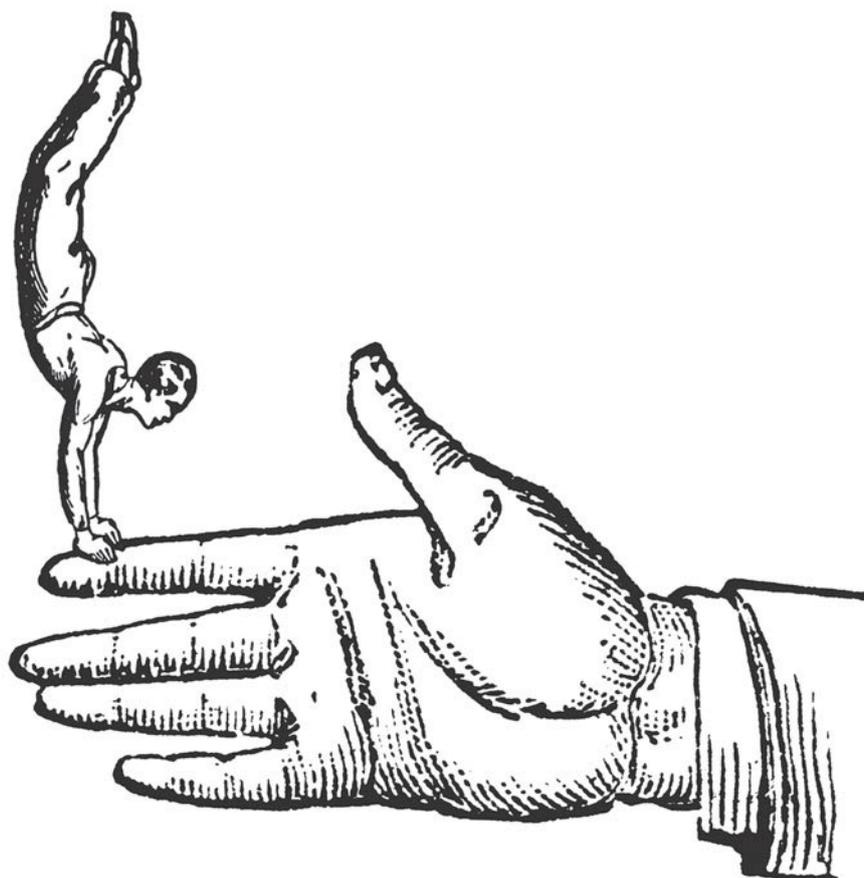
Quentin Cabeke

Étudiant en kinésithérapie

Alors que de nombreux travailleurs se retrouvent cloîtrés chez eux en ces temps de pandémie, certains professionnels ont encore le droit d'exercer leur métier. Cependant, depuis mars 2020, il a fallu s'adapter, en commençant par respecter les nombreuses mesures de sécurité : se laver régulièrement les mains, porter le masque, garder ses distances... Seulement, ce n'est pas possible pour tout le monde. Pour un dentiste, un chirurgien ou un kinésithérapeute, impossible de garder ses distances alors que l'essence même de ces professions est le sens du toucher. Pourtant, il se pourrait que les fondations du traitement kinésithérapeutique d'il y a quelques années, cimentées par cette nécessité de toucher le patient pour le guérir, se soient fragilisées avec le temps. Évidemment, il sera essentiel de mobiliser un patient grabataire ou d'étirer un patient spastique afin de limiter les rétractions musculaires, mais il n'est pas indispensable d'utiliser ces techniques dans le but de soulager un patient souffrant d'un mal de dos.

Toute prise en charge requiert d'abord un bilan clinique précis et complet. Poser les bonnes questions, en interpréter les réponses ainsi qu'observer le patient en se servant de ses cinq sens en est la pierre angulaire. Sans toucher, lors d'une situation où l'examen clinique serait réalisé à distance, au travers d'un écran, ce premier contact avec le patient perd une dimension essentielle. Si on ne touche pas, il devient difficile de provoquer des symptômes ou d'interpréter des tensions musculaires potentielles causes ou conséquences d'une pathologie.

Contrairement à l'évaluation clinique, la place qu'occupe le patient dans son traitement n'est pas esclave de notre sens du toucher. En effet, le fait que le patient soit l'acteur de ses soins est un principe qui peut être respecté sans qu'il ait constamment la main du thérapeute dans son dos. Comme dans d'autres disciplines, telles que la psychologie, il ne peut porter le patient jusqu'à son objectif, mais seulement le guider.



De nos jours, le kiné occupe avant tout une place d'accompagnateur. Son travail consiste à donner des informations, s'interroger avec le patient à leur propos et créer un plan de traitement. Certains de mes amis me demandent parfois de les suivre après s'être fait une entorse légère. Pas encore diplômé, il m'est difficile de poser un cadre professionnel. Mais puisque la plupart n'ont pas la motivation d'aller chez un kiné trois fois par semaine pour une lésion qui ne les handicape que très peu, j'accepte de répondre à leur demande par amitié. Je m'arrange alors pour leur faire un programme avec différents types d'exercices et étirements qu'on réalise une première fois ensemble afin d'être sûr qu'ils soient bien faits. Ensuite, je reste disponible, mais leur laisse la liberté de suivre ce plan comme bon leur semble, en fonction de leurs objectifs. Pour certains, cela fonctionne très bien, pour d'autres beaucoup moins car ils n'ont pas la discipline de réaliser ces exercices seuls chez eux. Malgré ses compétences manuelles, son expérience, son toucher, un kiné expérimenté ne pourrait faire mieux que ce que le patient ne ferait.

Dans le cas des lombalgies, dès le stade aigu, on insiste sur le fait que l'activité remplace la passivité. La pratique de la kinésithérapie s'oriente vers un courant où le mouvement, et plus particulièrement le mouvement actif, constitue la clé de voûte du traitement. Il y a quelques années, lorsque vous souffriez d'un mal de dos aigu, votre thérapeute vous conseillait de rester allongé au lit avec une bouillotte en attendant que ça passe, aujourd'hui il insistera sur l'importance de vous mouvoir autant que possible. Le patient étant le seul à connaître ses limites, il est aussi le seul capable de bouger tout en respectant son seuil de douleur. Le rôle du thérapeute sera alors de lui permettre de prendre confiance en son corps, de le motiver, le rassurer.

En une seule séance, des patients ayant pris rendez-vous parce qu'ils s'étaient « coincé le dos » ressortent parfois en ayant énormément progressé par le simple fait d'avoir réalisé des mouvements actifs non douloureux, sans avoir eu besoin d'un massage.

La littérature scientifique ne dispose que de très peu de preuves quant aux effets antalgiques des techniques passives telles que le massage, les mobilisations, les manipulations et les étirements. Les bienfaits apportés au patient relèveraient souvent de l'effet placebo. Mais après tout, que ce soit un massage ou son effet psychologique, l'essentiel est que le patient se sente mieux. En fonction de ce qu'attend le patient, le toucher sera donc plus ou moins nécessaire même si ce ne sont pas intrinsèquement nos mains qui soignent.

La kinésithérapie, par définition, soigne par le mouvement et non par le toucher. Durant le bilan clinique, par le mouvement, le patient communique des informations au kiné, que celui-ci précisera par le toucher. Poser un cadre afin de placer le patient au centre de son traitement et le responsabiliser ne dépendra aucunement du toucher. Et lors du traitement en tant que tel, le mouvement du patient et son implication vont dépendre de la communication, verbale et non-verbale, du kiné. Verbalement, le thérapeute l'encouragera, le rassurera et le poussera à se mouvoir. Non-verbale, il en fera de même à travers le toucher. Ce partage d'informations avec le patient, sans l'envahir, représente un axe d'action étroit à travers lequel le kiné pourra jouer pleinement son rôle d'accompagnateur tout en conservant une distance respectueuse de la libre personne.

La communication étant essentielle et le toucher en faisant partie, il est difficile d'imaginer soigner, encourager le mouvement, sans toucher. 

# Ces gens d'ailleurs

C'est une maison blanche adossée au parking, ceux qui travaillent là laissent la porte ouverte. Nés ici, sur d'autres continents ou dans des îles lointaines, les gens y viennent en transit, chercher un soin, une écoute ou déverser leurs sacs, plastiques, avec parfois, dedans, des présents touchants.

Patrick Dubreil  
Médecin généraliste

C'est cette femme perdue au bout de son chemin, qui porte sa carcasse comme on porte une valise, employée communale, placardisée par l'administration et malmenée par la hiérarchie-con. Elle est ancienne « sans domicile fixe », maintenant mal logée, est diabétique et en surpoids. Elle n'a pas souvent le moral, vit seule dans son deux-pièces aux voisins bruyants. Le destin est cruel pour qui n'est pas bien né et cumule les problèmes de travail et de logement. À plus de soixante ans, elle survit comme elle peut, en espérant avoir une vraie pension de retraite. Elle vit en *exil social*, victime de « l'exit » systémique. Elle fait sa prise de sang seulement une fois par an, elle connaît ses résultats qui ne sont pas très bons. Pourtant, elle accepte d'être suivie par le réseau des maladies chroniques qui fait ce qu'il peut, mais semble impuissant face aux inégalités sociales. Elle n'a pas l'énergie de se faire à manger, alors grignote des « cochonneries », ce sont ses mots à elle. « Il faut marcher », ce sont les mots du docteur, alors elle traîne parfois son désespoir dans les rues, sa confiance l'a larguée, il faut bien sortir le chien, son unique compa-

gnon. Pour conjurer le sort, devinez ce qu'elle m'offre, comme cadeau de Noël : une grosse boîte de gâteaux, les uns comme des cigares, les autres rectangulaires ou ronds, nappés de chocolat, mes collègues en raffolent. Ceux sans chocolat, ne trouvant pas preneur, se ramollissent lentement sur la table de la cuisine du cabinet médical, alors parfois je les mange, « il ne faut pas gâcher » comme disaient ma mère et ma grand-mère maternelle, tout ça, ça vient des privations à cause de la guerre. Mais quoi de plus plaisant que de déguster, le matin, un biscuit-chocolat trempé dans le café, en pensant à cette dame, pauvre parmi les pauvres, qui dépose dans vos mains, un matin froid d'hiver, cet humble don.

*Ils vous tendent leurs mains et vous donnent le bras, vous les laissez passer ils ne sont pas à vous, les artistes<sup>1</sup>.*

C'est cet homme, carreleur, salarié, qui tombe un matin en allant au turbin, il a un accident de la voie publique comme on lit dans les courriers, perd bru-



talement connaissance par convulsion qui révèle un accident vasculaire cérébral hémorragique à l'hôpital où il est emmené. Il faut dire qu'il a une hypertension non traitée et lève le coude plus que de coutume... Réunionnais d'origine, il vit avec sa tante, mariée à un italien, motard, patient aussi de chez nous. Notre carreleur bon buveur n'arrive en consultation qu'au cours de sa rééducation. Il récupère bien, malgré quelques troubles du langage et de la marche, et pourtant ce frêle équilibriste a frôlé la mort. Je ne parle pas le créole, eux maîtrisent mal le français et les arcanes administratifs. C'est pourquoi, pendant plusieurs semaines, je les aide à écrire papiers et *cerfa*, certificats d'accidents du travail et de reconnaissance du handicap ; lui en est incapable, je l'oriente vers sa caisse de retraite. Sa tante s'en occupe toujours bien. Pour conjurer le sort, devinez ce qu'ils m'offrent, comme cadeau de Noël ? Un bon rhum arrangé avec une gousse de vanille et des tranches d'ananas introduites tout de suite après récolte, donc bien macérées. En 1841, Edmond Albius, esclave de La Réunion, découvre le procédé artificiel de pollinisation de la vanille à l'âge de 12 ans. Le vingt-cinq décembre 2020, j'ouvre cette bouteille, comme on ouvre un flacon de parfum des îles et tout le monde déguste à la fin du repas la liqueur enivrante, sortie du fond de la poche d'un carreleur de métier, en exil, loin de son pays natal<sup>2</sup>.

*Ils sont le clair matin dans vos nuits de tempête, ils sont le soleil noir de vos étés d'hiver, les artistes.*

C'est cet homme retraité, diabétique, au cœur hypertrophique ; l'histoire se répète pour les pauvres qui mangent « de la merde » à pas cher, pendant que les patrons de l'agroalimentaire poursuivent leurs petites affaires. Heureusement, depuis quelques mois, notre infirmière veille sur les repas de certains de nos patients perdus dans la consommation.

Celui-ci, c'est Bernard, il aime la pétanque et le football, ses « éducés » sont souriants. Il vit seul en « appart », sans famille, sans parents, morts depuis longtemps. Il m'appelle « mon p'tit Patrick », et moi « mon p'tit Bernard », c'est notre manière à nous de nouer la relation dans la consultation qui n'en est pas vraiment une, même si je prends à cœur et en toute rigueur, le boulot médical. Il faut dire qu'autrefois, il m'a

connu enfant, haut comme trois pommes, lors de la kermesse annuelle des Papillons blancs : nous tirions au ballon dans un gros pneu de tracteur, ce jeu que nous aimions tant. Alors, c'est vous dire qu'on se connaît depuis maintenant bien longtemps, il est comme mon « frère » aîné, je dois le respecter. Avant le confinement, je l'ai emmené au match, même si les Canaris ne sont plus flamboyants. Pour conjurer le sort, devinez ce qu'il m'offre comme cadeau de Noël : son grand cœur pur, transparent comme de l'eau, visage hilare sous ses lunettes de myope ; quand je le vois, tous les jours c'est Noël... Si ! Je n'oublie pas qu'à la Toussaint dernière, accompagné de ma mère, il posa un bouquet de fleurs sur la tombe de mon frère, son frère d'armes, compagnons du même Établissement et service d'aide par le travail. Ces fleurs périssables sont notre plus beau cadeau tombé de son royaume. Toujours, en le raccompagnant, en rituel, il me souffle à l'oreille : « Tu diras bonjour à tes parents », puis « Tu diras bonjour à ta mère » depuis que mon père est parti, lui aussi, rejoindre son fils et d'autres artistes dans le ciel des étoiles.

*Ils chantent dans la nuit à vos tempes muettes, ils écrivent l'amour dans vos chambres glacées, ils plantent la Folie au fond de vos galères, les artistes.*

Ce poème-chocolat coulant de mes lèvres, ces mots-fleurs de couleur au parfum de vanille, macérés plusieurs heures dans mon esprit patient, c'est mon cadeau pour vous, à jamais, gens d'ailleurs, chers patients, travailleurs émérites, femmes et hommes libres... Dans notre galaxie intime, mes artistes créoles, nous retournons ensemble dans notre pays natal, imprégnés de notre enfance qui jamais ne nous quitte et guide nos pas.

En vous raccompagnant, masqués, parfois la main sur votre épaule, je vous serre, en pensée, dans mes bras fraternels, vous le devinez peut-être ou ne le savez pas... Dans notre galaxie intime, mes artistes créoles, nous retournons ensemble dans notre pays natal.📍

- 1 Les paroles en italique sont issues du poème Les artistes, de Léo Ferré, *La frime*, 1977, *La mémoire et la mer*, 2000.
- 2 Hommage ici à Aimé Césaire et son magistral *Cahier du retour au pays natal*, Présence africaine, 1939.

# Dialoguer par le toucher

Une étude de cas : quelques repères de séances individuelles ; l'intégration fonctionnelle de la méthode Feldenkrais™ avec Anouk ; comment le toucher organise en continu un dialogue entre l'enfant et la praticienne Feldenkrais™.

Nathalie Touaty

Praticienne Feldenkrais™ exerçant à Marseille (<https://perpetuumobile.fr>)

Je pourrais vous présenter l'enfant selon le diagnostic posé sur elle. Mais ce n'est pas le regard que nous portons. La personne est bien plus que la maladie ou le symptôme qu'elle porte. Et même si ici l'enfant est porteur de handicap, ce qui nous intéresse, c'est sa potentialité, ce qu'elle fait ou ce qu'elle ne fait pas encore. À tout âge, la personne est pour nous un sujet apprenant.

Ce regard place un fond, souvent non nommé, d'affects en cours chez le praticien comme chez l'élève. Ces affects, que Daniel Stern nomme « affects de vitalité », portent l'enfant vers le projet de venir se saisir du monde, d'aller dans le monde.

Je vais tenter, au travers de séances individuelles reçues par Anouk (pour préserver la confidentialité, le prénom a été changé) de parler de la fonction du toucher. Sans ce toucher spécifique, cette méthode ne serait pas tout à fait la méthode Feldenkrais™.

Moshé Feldenkrais dans *L'Évidence en question*<sup>1</sup> nous dit : « L'intégration fonctionnelle fait appel aux éléments les plus anciens de notre système sensoriel : le toucher, les sensations de traction, et de pression... »

La personne de plus en plus attentive, sent son tonus musculaire diminuer, sa respiration se faire régulière et plus profonde, son abdomen se détendre et sa peau, mieux irriguée, se dilater. Elle ressent ces choses selon un mode primitif volontairement oublié et retrouve le bien-être d'un jeune enfant en pleine croissance. »

Quand son père m'amène Anouk, elle a presque cinq ans. Je sais très peu de choses d'elle : qu'elle a une maladie rare, une mutation génétique qui a complètement ralenti son développement moteur, langagier, émotionnel. Elle a suivi un stage intensif avec un collègue espagnol. Le père a été interpellé par la manière de travailler du praticien créant un dialogue doux, des processus de mouvements nouveaux, un toucher non intrusif... une technique différente à laquelle sa fille répondait bien.

Anouk arrive un matin, souriante, de bonne humeur. Elle est là. Mon attention est orientée vers elle, sans me couper du père : je l'observe sans qu'elle le perçoive, de façon légère et je me questionne. Où est sa « demeure gravitaire »<sup>2</sup> ? Comment ses appuis s'organisent-ils sur le sol ? Qu'est-ce qu'elle ressent de son rapport aux mouvements ? Comment s'adapte sa colonne vertébrale aux changements de position ? Quand son père la porte de son bras gauche au bras

droit, l'assoit sur ses genoux, lui parle, l'allonge sur le sol<sup>3</sup>, j'intègre dès le début la relation tonique et la fonction phorique<sup>4</sup> entre le parent et l'enfant. Le porté intègre de porter physiquement et psychiquement : le toucher englobe cette fonction ; le toucher soutient la fonction gravitaire.

Je demande au parent de me décrire ce que fait l'enfant, seul ou pas, et d'évoquer sa personnalité. Bien souvent, le parent convoque ce qui manque, ce que l'enfant ne fait pas encore. Il est important d'amener le parent à regarder ce que fait l'enfant, que ce soit un petit mouvement intentionnel, ou une action, une coordination qui peut émerger de façon aléatoire. Au cours de la séance, je souligne lorsqu'une potentialité se crée. Progressivement, le parent en vient à regarder autrement. Le projet d'apprentissage est alors porté à trois. Les « affects de vitalité » deviennent un tissu, une enveloppe pour l'enfant. Personne ne s'illusionne sur le projet, on reformule les objectifs, les aptitudes ou habiletés à mettre en mouvement.

## Spasticité ?

Anouk sait se retourner : sur le sol, aller du dos à plat ventre. Mais c'est au prix d'une spasticité importante, son mouvement est arrêté, se bloque dans une extension, les membres raidis, la tête se renverse en arrière. Et de là, elle ne peut revenir, faire une autre action. Elle n'a plus aucun choix. Je vais partir de ce schéma et, par mon toucher, lui indiquer le poids de sa jambe, sa tonicité, faire lâcher les tissus (sans masser, sans presser, sans tracter), organiser une transmission osseuse à travers différentes variations qui lui donneront du choix dans la manière de se retourner, et de se sentir en mouvement. Sentir que tout d'elle-même participe, avec son attention, elle ressent son relâchement ou, devrais-je dire, les différents relâchements musculaires. En effet, le système nerveux utilise le mouvement pour donner les réponses adéquates, c'est-à-dire nécessaires, utiles à l'adaptation. L'action guide la perception qui est modélisée par le cerveau. La perception du sol devient différente et l'environnement est de plus en plus intégré en l'enfant.

Ce sont ces « types » de toucher ou de modulations de mon toucher qui permettent à Anouk de sentir les qualités toniques et tissulaires, la dynamique de la perception. Toucher d'attention et d'écoute : il y a une

rencontre entre l'intéroception et l'extéroception. Qu'il s'agisse de se retourner à partir des jambes ou des bras, à partir du bassin ou des épaules, je m'adresse à toute sa personne.

« Nous sommes bien plus que la somme des parties » ; que ce soit les émotions, la perception, l'action, la pensée, le mouvement en exprime la totalité. Dans mon attention et ma représentation, aucun contact n'est séparé de ce qui se passe : respiration, appuis, état d'attention de l'enfant, calme, ou stimulation... Je porte aussi attention à mon pré-mouvement, en sentant son squelette et, en me le représentant, je sens le mien. Je sens mes appuis et j'engage les siens ; mon propre adossement porte son poids. C'est ainsi un dialogue entre deux systèmes proprioceptifs – donc entre deux systèmes nerveux. Le toucher commence à organiser le mouvement et le développement.

Lorsque les membres se raidissent, ou lorsque la colonne vertébrale devient comme un bâton, c'est un toucher d'écoute, d'accueil, un toucher qui met en partage un territoire – en te touchant, je suis touchée et réciproquement – qui permet de déjouer et de créer une nouvelle orientation dans le membre. Tout se « laisse venir » vers... un projet de mouvement. Rouler et s'asseoir par exemple. En quelques secondes, le poids réel du membre se donne, arrive à ma main. Du support ressenti, devenu geste d'hospitalité, l'enfant rencontre le sol ; la relation active avec le sol qui deviendra de plus en plus l'allié du mouvement. Anouk commence à percevoir sa « demeure gravitaire ». Dès lors, une main support donne un accueil, pendant que l'autre main peut aller vers le bassin, organiser une rotation, par pression pour qu'Anouk sente et perçoive que c'est le sol qui lui permet de rouler.

Puis c'est un « toucher connecté », en pensant comment l'ensemble des articulations s'organise par rapport à d'autres ; Anouk sent que sa rotation lui fait rouler la tête, les yeux suivent et cela oriente son regard. L'appui du sol devient un appui dans l'espace. Anouk retire des informations, sans les analyser, par la peau (contact, chaleur, poids), les articulations qui donnent des indications de géométries. Le mouvement et l'orientation de la tête la situent dans l'espace, son schéma corporel se clarifie, se dessine. Les sens – toucher, vision et mouvement – qu'on croit séparés en psychologie, coopèrent. « Les sens sont considérés comme des systèmes de perception »<sup>5</sup> ; le système haptique inclut le squelette, le système vestibulaire, les capteurs cutanés, les récepteurs : il nous permet de recueillir des informations sur nos corps et notre milieu.

À ce moment de la séance, j'introduis des variations de mouvement autour du même thème ; variations subtiles – méta-thème de la fonction –, elles peuvent, aussi être rythmiques, on peut chanter, sourire et je l'assure dans son mouvement.

Quand la coordination se construit – non comme un

bras avec une autre partie : la coordination n'est pas une addition – par une organisation d'ensemble musculaire, par les appuis et le support, par les potentialités spatiales de la colonne vertébrale, j'intègre dans l'image du mouvement tout moment aléatoire. En effet, tout enfant au développement classique joue et trouve le mouvement de façon aléatoire : je saisis cet aléatoire pour l'intégrer, car il est une émergence et fait partie d'un ingrédient de fonction motrice qui se répétera ou pas. Car l'une des fonctions du cerveau est d'ordonner, de créer de l'ordre.

Dans cette perspective, faire des pauses est crucial. Anouk a trouvé une autre manière de se retourner ; d'un toucher sécurisant, les mains ne doivent pas partir trop vite. Anouk, émue de se sentir « là », et de « voir » de là, a encore besoin de la présence des mains (ses joies s'expriment très vite dans ses membres et la spasticité peut revenir). Comme j'attends sans rien changer, elle gradue son émotion, elle écoute, elle goûte cet état. Et je gradue mon retrait.

Lorsqu'Anouk est suffisamment disponible, je peux aller vers un autre projet, une étape nouvelle du développement, qui sera déclinée en plusieurs capacités à acquérir : appuis des avant-bras pour se redresser, allonger le bras, suivre sa main du regard, organiser son assise. Trouvant l'appui des mains elle pourrait tourner la tête, faire suivre les yeux.

Ce jour, je choisis de l'inviter à tourner la tête, de la différencier du buste (capacité à bouger indépendamment) : je sollicite son regard, cela reste difficile ; une stimulation lumineuse sera nécessaire puis la tête tourne par les yeux qui suivent la lumière « lampe de poche » du téléphone de son père.

## Séance sur le ventre

En appui sur ses avant-bras, Anouk est dans une situation d'appui très nouvelle. Dans une extension du dos assez importante. La laisser trop longtemps serait une erreur : des tensions et la spasticité reviendrait. Le père confirme que, même si elle arrive dans cette position spontanément, ce n'est pas agréable d'y rester. En effet, redresser la tête ne se fait pas, pour l'instant, de manière organisée : le poids de la tête est lourd, les courbes de la colonne vertébrale ne sont pas arrivées à maturité, la colonne n'est pas encore dessinée avec la lordose lombaire et cervicale comme elle le devient en grandissant pendant les premières années de la vie. Mes mains amènent une pression en montant des pieds à son buste. Main douce, paume comme une éponge, les pressions ne doivent pas durcir mais permettre à Anouk d'accepter le sol, la pression naturellement exercée par la pesanteur. Les fascias s'élargissent, glissent, les différentes enveloppes autour des muscles se différencient ; les membranes interosseuses « cèdent » et les os trouvent leur place. Les articulations deviennent enfin des relations : bassin et hanche, bassin et colonne vertébrale...

Si, auparavant, le bassin paraissait mou, avec une dureté des jambes, le rapport s'inverse désormais. Le bassin se fait sentir sous ma main. Je peux le faire rouler : le toucher est une pression et emmène la relation à la colonne vertébrale aux épaules. Transmettre la force, stimuler l'os par des relations de la hanche avec le bassin, dans différentes directions, penser clairement les mouvements : flexion, abduction et adduction, en pliant le genou : tout autant de fonctions nécessaires au développement. Ces aptitudes lui permettront d'avoir un bassin qui peut soutenir l'extension, la tête pour se repousser et venir s'asseoir. Si les mains deviennent techniques, sachant guider les détails des mouvements, cela demande au praticien d'avoir un patrimoine de séances, de processus de mouvements et d'avoir aussi eu des sensations vastes, sensibles, qui ouvrent vers des perceptions élaborées : un imaginaire du geste. Le geste technique est toujours sous-tendu par la représentation des mouvements. Mes mains lisent, mon regard enveloppe.

Je viens à sa tête, par la connexion clavicules/première et deuxième côtes, la tête se redresse devient plus stable. Des épaules, en transférant les appuis d'un coude à l'autre, guider la tête à se mettre plus en relation à un coude ou un autre. Puis en revenant aux jambes, l'aider à revenir sur le dos, la tête se déporte. C'est alors qu'en venant sur le dos, la tête vient au centre, au milieu, le regard se centralise, focalise. Cette étape est fondamentale, la tête est souvent inclinée vers la droite, les yeux asymétriques : l'œil gauche devenant divergent. Son regard a focalisé sans présenter des objets, mais en sollicitant par des micromouvements précis entre les épaules et la tête qui appellent les fonctions d'extension/inclinaison ou de flexion latérale pour la tête, et de rotation au niveau de la cage thoracique.

Les mouvements que nous utilisons dans la méthode Feldenkrais™ sont simplement ceux de l'espèce humaine, de nos schémas d'évolution... Une complexité à élaborer entre phylogenèse et ontogenèse.

Ce projet d'amener le poids de la tête au-dessus de l'épaule pour rouler m'a demandé une certaine clarté

d'intention, de me représenter le chemin et les infimes étapes du processus : savoir ce que je fais et comment je le fais est primordial. Le toucher est sécurisant, intentionnellement dirigé en portant et, d'une main communicante, partageant le territoire.

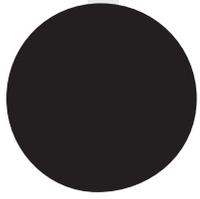
Il me faudra aussi prendre en compte des variants aussi différents les uns des autres : son attention à mon toucher, son attention à elle-même, ses expressions, ses babilllements, son tonus, sa respiration. Dès qu'Anouk sent, ses yeux se centrent, légèrement baissés : elle reconnaît quelque chose en elle.

La séance individuelle – intégration fonctionnelle – est un système haptique : le toucher, le regard informe sur le milieu, l'espace, l'environnement. Mais aussi sur les milieux propres à la séance, sur l'être en mouvement. C'est un contact au monde et avec le monde. Souvent, chez celui ou celle qui peut verbaliser, à la fin d'une séance, la personne n'a pas la sensation d'avoir été manipulée mais d'avoir été mue par le mouvement.

L'anglais permet de le dire facilement : « *Motion to Emotion* ». Ses émotions subtiles dépassent le sentiment de plaisant/déplaisant, agréable/désagréable... Le toucher éveille le sens du mouvement, reflet de l'image que chacun a de soi en mouvement. 

- 1 Moshe Feldenkrais, *L'évidence en question*, Éd. L'inhabituel, Paris, 1997, p. 149
- 2 Expression empruntée à Hubert Godard, enseignant-chercheur à l'université Paris 8, arts, esthétiques, philosophie. La demeure gravitaire serait cet endroit en nous où on est prêt à aborder le monde. Elle inclut l'adossement, l'équilibre postural, les appuis, le sens haptique...
- 3 Je travaille avec les enfants aux besoins spécifiques (EBS), au sol, mais, avec mes collègues, nous pouvons travailler sur une table.
- 4 Fonction phorique : contact de soi à l'autre, qui porte, physiquement et psychiquement.
- 5 Traduction du titre du texte de James J. Gibson, "The Haptic System and its Components", *The Senses Considered As Perceptual Systems*, chapitre VI, Londres, 1956.

Prati



Z

g  
s

R

e

# Mauvaises ondes

Jean Vignes

Infirmier de secteur psychiatrique retraité

Quand le contexte général pousse l'Union européenne à sortir très timidement de son ornière néolibérale, heureusement les hérauts médiatiques sont là pour un rappel à l'ordre.

21 avril 2021, *France Info*, un chroniqueur nous explique que l'Europe est de plus en plus critiquée sur la politique vaccinale par ses pays membres à cause de sa lourdeur dans les négociations. Les raisons qu'avance ce journaliste, ce serait que l'Europe est trop exigeante sur les prix négociés et sur les garanties demandées et que pour leurs campagnes de vaccination les différents pays gagneraient à négocier séparément. Cela mérite que l'on s'attarde un peu sur ces explications et ce qu'elles révèlent.

En effet, ce qui est reproché à l'Europe, c'est d'avoir, pour une fois, un rôle vertueux, négocier au plus bas les prix des vaccins et avoir des exigences en termes de garantie de livraison et d'indemnisation dans les cas de problèmes liés à la vaccination. Sans même, peut-être, en avoir conscience, le commentateur entérine le primat du profit des entreprises. Ce faisant, il signe le fait que l'Europe n'est pas pensée, pour lui, comme une union en capacité de s'opposer aux appétits du libéralisme et qu'il vaut mieux que chaque pays accepte la surenchère du plus offrant pour être servi en priorité, les plus riches d'abord. Cela n'est pas fait pour nous étonner quand on considère que l'Union européenne est avant tout un espace écono-

mique livré sans limites aux dérives du libéralisme. Le rôle dédié à l'UE est essentiellement d'imposer des cures d'austérité conduisant à l'affaiblissement des services publics et signer des accords internationaux donnant toujours plus de pouvoir aux multinationales face aux États.

Pour une fois que l'on aurait pu penser qu'enfin l'Europe allait peut-être servir à quelque chose, à défendre ses populations et coordonner des actions en faveur de leur santé, même avec des imperfections dans la méthode, cela lui est reproché. Ce n'est pas un signe encourageant pour ceux qui auraient pu imaginer la mise en place d'un pôle européen du médicament afin de représenter un contre-pouvoir aux lobbies des laboratoires.

D'ailleurs, profitant de la situation, les labos commencent à augmenter le prix des doses, de 12 € à 19 € pour le vaccin Pfizer, annonçant d'ores et déjà qu'une nouvelle vaccination serait nécessaire dans un an avec des prix estimés à plus de 100 € la dose. Pourquoi se gêner ? C'est une rente à vie. L'exploitation de la souffrance a de beaux jours devant elle et ceux qui rêvent d'un monde plus solidaire n'ont pas le cul sorti des ronces.

À moins qu'un jour, prenant conscience que la logique du profit sur la santé est obscène, les peuples se soulèvent pour y mettre fin. C'est ce à quoi nous voudrions participer de notre humble place. **P**

# Passer à la caisse

(Traumatisme vicariant au service médical de la CPAM)

Il s'agit de ma première rencontre avec les médecins conseils. Les relations professionnelles avec ces derniers ont toujours eu mauvaise presse et sont souvent vécues comme distantes. Cependant, elles m'ont toujours beaucoup aidé et inspiré, permettant de dénouer des situations compliquées.

Georges Yoram Federmann  
Psychiatre

J'avais eu en début de carrière un sérieux conflit avec le médecin chef de la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) de Strasbourg, à propos d'une prescription hors autorisation (AMM) de mise sur le marché de Moscontin<sup>1</sup>.

C'était au début des années quatre-vingt-dix et j'étais alors, jeune installé, le seul psychiatre libéral du département (sur plus d'une centaine) à avoir demandé le fameux carnet à souches qui permettait de prescrire les stupéfiants, « en ville ».

J'avais donné une chronique au Forum de la revue *Prescrire* : « Je fais confiance à mes patients. »

Le médecin chef avait usé du droit de réponse pour affirmer que je mettais la vie de mes patients toxicomanes en danger en prescrivant hors AMM.

*Prescrire* m'avait autorisé à répliquer : « Je continue à faire confiance à mes patients. »

La question de la qualité de mes relations confraternelles avec les collègues, médecins-conseils de la CPAM, a été réveillée par l'article rédigé sur cette histoire de prescription extraordinaire de Stilnox<sup>®2</sup> (entre 14 et 28 comprimés... par jour), que j'ai réussi à préserver au fil des années (sur une dizaine d'années) au prix de la mise sur pied d'alliances thérapeutiques avec une association spécialisée dans la prise en charge des « toxicomanes », un pharmacien, une assistante sociale, une curatrice et un psychiatre, cothérapeute se consacrant à la psychothérapie.

Et c'est à cette occasion que je me suis souvenu de ma seule et unique visite au service médical.

J'avais, il y a environ trois ans, reçu une lettre de la Caisse m'invitant à une rencontre pour faire le point sur la prescription des arrêts de travail. Il faut dire que je suis « gros » prescripteur d'arrêts et de psychotropes. Je mets cela en lien avec la précarité et la vulnérabilité de la plupart de mes patients. C'est une manière de prendre soin d'eux et de les protéger, socialement. Ça « marche » pas trop mal. J'ai l'impression de les aider à rester « droits » et à rester intégrés, même si c'est à la marge, souvent. J'appelle la collègue qui a signé la convocation et elle me propose, soit de passer elle-même au cabinet (où je serais en terre connue), soit de la retrouver au siège de la Caisse.

Curieux, je me rends compte que je ne suis jamais allé sur place malgré les dizaines d'échanges téléphoniques concernant les patients, à propos de question de légitimité d'arrêts, d'invalidité ou de choix d'experts en cas de litige.

J'ai souvent pris les devants et appelé les collègues « préventivement », avant la date de convocation de mes patients, pour « préparer le terrain » et échanger sur des considérations cliniques et sociales. Je m'en suis toujours félicité et j'ai rarement été déçu. L'oreille et l'intérêt de mes collègues de la CPAM ont été attentifs et généreux dans l'immense majorité des cas. Je décide donc d'aller à la rencontre de ma collègue. Je l'attends un peu dans l'antichambre de l'étage des médecins. On y accède par un code... comme au commissariat. Elle m'accueille avec gentillesse, m'explique qu'elle me reçoit dans le cadre d'une action de sensibilisation des psychiatres à la bonne gestion des arrêts de travail et me dit qu'elle a apprécié *Le Divan du monde*<sup>3</sup> qu'elle a pu voir au Star<sup>4</sup>. La confiance instaurée me permet d'apprendre qu'elle est en mi-temps thérapeutique à la suite d'un cancer. À la fin de notre entretien, très cordial et agréable, je me félicite d'avoir accepté l'invitation, et demande à faire la connaissance des trois ou quatre collègues, connus par téléphone, dont j'ai lu le nom affiché à la porte des bureaux de l'étage. Et là, ma collègue, en me raccompagnant jusqu'à la sortie, m'apprend que l'un est bien en congé, mais que les deux autres sont en arrêt... pour *burn-out*. La nouvelle m'a rendu triste car j'ai ces collègues en estime pour le travail difficile qu'ils réalisent, le plus souvent, avec scrupule et conscience professionnelle.

C'est le constat de trente-cinq ans de relations étroites et cordiales. Mais qui donc prend soin des médecins-conseils de la CPAM ?<sup>Ⓟ</sup>

- 1 J'ai encore un des patients soutenus à cette période, qui prend 660 mg/par jour de ce « remède ». Il a 55 ans et se (sup)porte assez bien.
- 2 Voir *Pratiques* n° 92 « L'exception ne fait pas la règle » p. 88.
- 3 *Le Divan du monde* : premier des deux documentaires tournés sur ma pratique, [fr.wikipedia.org/wiki/Le\\_Divan\\_du\\_monde](http://fr.wikipedia.org/wiki/Le_Divan_du_monde)
4. Un des deux derniers cinémas indépendants à Strasbourg.

# Et si c'était enfin vrai !

Les structures d'exercice collectif en médecine générale, imaginées et expérimentées par le SMG dans les années 80, après avoir été combattues et condamnées par les pouvoirs publics et les tenants du libéralisme, voient maintenant le jour. Que reste-t-il de nos valeurs dans celles d'aujourd'hui ?

Didier Ménard  
Médecin généraliste retraité

Et si enfin nous arrivions à passer d'un système de distribution des soins à un authentique système de santé ? Ou, dit autrement, est-ce que la charte du Syndicat de la médecine générale (SMG) de 1974 deviendrait réalité ?

Nos aînés fondateurs du SMG portaient l'utopie post-mai 1968 de transformer les soins primaires, essentiellement produits par la médecine libérale héritée de la charte de 1927, en un système de santé qui associerait le soin, la prévention, la promotion de la santé, le tout dans le cadre de la démocratie sanitaire grâce à la participation des usagers-citoyens.

Pour aller vers ce système de santé, il fallait un nouveau modèle économique avec un mode de rémunération du type forfait par capitation ou salariat par l'Assurance maladie, il fallait se regrouper en structure d'exercice collectif pluriprofessionnel : les Unités sanitaires de bases (USB). Pour inscrire la santé sur le territoire, il fallait conjuguer le médical, le social, le culturel, dans la coordination des parcours de vie des usagers.

Cette utopie pour la France était réalité en Belgique avec les Maisons médicales et au Québec avec les Centres locaux de services communautaires. Ces organisations coexistaient avec un système libéral qui n'avait de cesse de combattre ce modèle collectif. Dans d'autres pays comme le Royaume-Uni, les soins primaires étaient organisés par l'État dans un service public. Un service public qui a toujours été honni par la médecine libérale, du moins ses syndicats mono-catégoriels.

L'utopie du SMG d'hier pourrait-elle devenir la réalité d'aujourd'hui ?

Tout le monde doit savoir que :

– L'exercice pluriprofessionnel existe en équipes coordonnées libérales dans le cadre des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), plus de mille quatre cents actuellement en France qui soignent six millions d'usagers. L'Assurance maladie finance en partie le travail d'équipe par un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) qui se calcule sur la base des personnes qui ont choisi leur médecin traitant dans la structure. C'est une forme de capitation, certes réduite aux médecins, pas encore à l'équipe, mais c'est un premier pas.

– Le chef de l'État affirme qu'aujourd'hui l'exercice solitaire de la médecine est terminé.

– L'organisation territoriale de l'offre de santé s'organise avec les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), depuis la loi Touraine de janvier 2016, là encore financées par un ACI, la communauté devant représenter l'ensemble des acteurs du territoire du sanitaire, du médico-social, du social, des collectivités et des usagers citoyens.

– Les soignants sont de plus en plus souvent rémunérés par des forfaits, sur objectifs de santé publique, sur de la prévention, de l'éducation thérapeutique...

– Pour aller encore plus loin, la loi de financement de la Sécurité sociale de 2018 a ouvert la possibilité, par son article 51, de financer des innovations dérogatoires au modèle économique actuel. Deux dispositifs ont vu le jour : le PEPS, paiement en équipe de professionnels de santé, et l'IPEP, incitation à une prise en charge partagée. Le PEPS permet à une structure du type MSP ou Centre de santé (CDS) de sortir du paiement à l'acte pour les patients ayant choisi leurs médecins dans la structure (les autres restent au paiement à l'acte). L'IPEP est plus ciblée sur une pathologie ou une catégorie de population.

– Mais d'autres innovations peuvent prétendre à l'article 51, comme actuellement la réalisation d'un cahier des charges pour que l'Assurance maladie finance l'accueil, la médiation en santé et l'interprétariat.

– La crise sanitaire a démontré que la pratique de santé pluriprofessionnelle permettait de s'adapter rapidement et d'inscrire les soins primaires et la médecine libérale et salariée dans les actions de santé publique. Le service public de santé se dessine.

J'entends les sceptiques dire « derrière tout cela, l'économie libérale dominante soutient la médecine libérale dans son organisation traditionnelle, elle n'accompagne pas ces transformations ».

Mais alors pourquoi ?

– L'Assurance maladie est sortie de son rôle traditionnel de remboursement des soins et de régulation/contrôle de l'exercice libéral par le système conventionnel, pour se mettre à financer les nouvelles organisations créées par les professionnels et inventer un article 51 qui déroge au système qu'elle défend depuis toujours.

– Les formes d’organisations pluriprofessionnelles MSP et CDS se développent avec une augmentation du salariat qui séduit de plus en plus la jeune génération.

L’organisation de l’offre de soins et de santé sur les territoires, qui n’a jamais intéressé la médecine libé-

## Cette reconnaissance, tardive, mais réelle, de la nécessaire médecine de prévention et de santé publique trouve son expression dans l’exercice collectif des structures à exercice pluriprofessionnel.

rale, est portée par des syndicats libéraux de médecins. De plus en plus de soignants de ville et de l’hôpital soutiennent une troisième médecine, celle des maladies chroniques

Est-ce que la charte du SMG est devenue l’alpha et l’oméga du système de santé ? Non bien sûr, même si le SMG avait raison avant tout le monde, ces transformations obéissent à d’autres raisons moins idéologiques, plus pragmatiques, plus économiques. La principale cause est le développement des maladies chroniques et leurs complications. Elles coûtent énormément au budget de l’Assurance maladie, surtout via le budget de l’hôpital. Cette vision économique définit le financement de toutes ces transformations comme un investissement qui sera rentable. L’économie a ses valeurs qui peuvent parfois permettre à d’autres d’émerger !

Il faut donc que les personnes porteuses de maladies chroniques soient suivies en ville par les soins primaires pour permettre le virage ambulatoire de l’hôpital. Il faut que ces maladies soient combattues par la promotion de la santé et l’éducation pour modifier les comportements pathogènes et diminuer l’exposition professionnelle aux toxiques. On en arrive même (un peu) à parler santé et environnement (les maladies liées à la pollution et les cancers professionnels occasionnent d’importantes dépenses...). Il est amplement démontré que les facteurs sociaux avec les inégalités territoriales de santé aggravent les maladies chroniques et impactent aussi les dépenses de soins. Si la médecine libérale, organisée en structures d’exercice collectif, converge avec la médecine salariée, alors il devient possible de refonder l’organisation des soins primaires, en un système de santé avec un nouveau modèle économique et une nouvelle démocratie sanitaire.

Cette reconnaissance, tardive, mais réelle, de la nécessaire médecine de prévention et de santé publique trouve son expression dans l’exercice collectif des structures à exercice pluriprofessionnel. Les innovations du modèle économique (c’est comme cela qu’elles sont appelées ; innovation passe mieux que révolution !) traversent aujourd’hui tout le champ des soins primaires.

Pour autant, rien n’est encore gagné. L’exercice pluriprofessionnel représente plus de 20 % de l’offre de soins libérale, nous sommes encore loin des 50 % nécessaires pour faire basculer tout le système de soins en un système de santé, mais il y a dix ans, ce n’était que 5 % des Centres de santé... On avance !

Toutes les structures de santé de proximité ne sont pas exemplaires dans cette transformation, la bataille idéologique pour parvenir à l’exercice collectif réel et aux collaborations non hiérarchiques entre soignants est encore devant nous.

Les MSP qui pratiquent la médecine sociale se développent, les Centres de santé communautaires se multiplient dans toute la France et peuvent espérer être les pionniers du dispositif PEPS et du financement des activités participatives hors soins.

La pandémie de la Covid-19 montre bien la réalité des inégalités territoriales de santé, la réponse des soignants dans les quartiers populaires révèle qu’il est possible d’adapter nos pratiques de soin et de santé pour mieux répondre aux besoins de la population.

Pour moi qui ai adhéré au SMG quand j’étais étudiant, qui ensuite ai milité pour sa reconnaissance dans le système de soins, qui en suis devenu le président, je mesure à quel point ces transformations me permettent d’affirmer que la rencontre entre des valeurs de justice sociale et la participation des usagers-citoyens montre que l’exercice de la médecine a son avenir dans l’organisation collective. Les conquêtes d’aujourd’hui sont une victoire pour notre combat commun.

Je ne suis pas naïf au point de croire que le principe de solidarité de l’Assurance maladie est sauvé, que la refondation de la médecine libérale dans un système de santé collectif est acquise, que les pratiques des soignants en mode pluriprofessionnel sont toutes au service des personnes malades, je sais bien que la doctrine dominante dans le soin est encore de travailler « pour » les gens et pas « avec » les gens. Mais ne pas analyser les changements en cours, les mutations, les forces en présence, les expériences actuelles, l’engagement des progressistes de la médecine, c’est se priver d’une vision d’avenir avec le risque de rester bloqué sur un dogmatisme qui conduit à l’impuissance à changer la vie. 

# Le loup qui se limait les dents

Didier Morisot

Infirmier psychiatrique

www.infirmiers.com

■ Un loup, ayant fini de se limer les dents  
(la longueur de celles-ci attaquant le parquet),  
Rejoignait d'un pas vif une Université  
Où l'attendait, fébrile, la foule des étudiants.  
Grand maître en politique, au sommet de sa gloire,  
Il venait enseigner la façon de gérer  
La mêlée sur laquelle il avait tout pouvoir :  
« Mes jeunes amis, pour gouverner,  
Il faut mesure ainsi qu'audace,  
Ces deux choses savamment dosées  
Tenant en laisse la populace...  
Je n'en veux pour exemple que celui des métiers :  
Si tous les travailleurs pouvaient être à l'ouvrage,  
Ils seraient aussitôt dans la réclamation,  
Exigeant des salaires en forte augmentation !  
Pour brider leur ardeur, il faut donc du chômage  
Dans une proportion qui, en leur faisant peur,  
Préserve nos dividendes et notre Économie ;  
Vous voyez, les enfants, le dosage est précis,  
Il demande intuition aussi bien que rigueur. »  
Suivit alors un court silence :  
Le public, devant tant de science,  
Était à ce point bouche bée  
Qu'on entendit une mouche péter...  
« ... Dans un autre domaine, celui des élections,  
Le choix de l'adversaire retient notre attention ;  
Il sera séduisant, tiendra de beaux discours,  
Suffisamment déjà pour être au second tour.  
Son rôle est essentiel, c'est notre repoussoir,  
C'est pourquoi il faudra choisir un père fouettard !  
Pour faire monter sa cote, ce n'est pas compliqué,  
Les médias aideront à sa publicité :

On peut souffler sur quelques braises,  
Laisser monter la délinquance,  
En faisant mousser la violence...  
Chantez ensuite la Marseillaise,  
Puis sonnez le tocsin car nous sommes en péril :  
On ne peut quand même pas livrer la République  
À un épouvantail si peu démocratique !  
... Dans ce cas, mes amis, l'équilibre est subtil :  
Ce n'est plus le chômage qu'il nous faut maîtriser,  
Mais le juste niveau de l'insécurité. »  
Et là, soudain, le même silence  
Suivi de la même flatulence...  
« ... Les domaines sont nombreux où le doigté  
s'impose,  
Et celui de l'impôt en est un qui suppose  
Beaucoup de précision dans le paramétrage ;  
Notre Code des finances sera donc à l'image  
D'une vaste usine à gaz où le peuple égaré  
Ne pourra que subir sans pouvoir protester.  
Mais la complexité dont nous avons besoin  
Restera toutefois lisible aux plus malins ;  
Nos petits camarades, aidés par une armée  
De conseillers en Droit et d'avocats d'affaires  
(pour qui les niches fiscales n'ont plus aucun  
mystère),  
Traverseront ainsi les mailles de ce filet...

Vous voyez, mes amis, ce qui est essentiel :  
Il faut donc gouverner avec de la prudence,  
Faire monter la pression de façon graduelle,  
Sans tirer sur la corde avec trop d'insistance,  
Si l'on veut continuer à tirer les ficelles... »



**Numéros à 13,70 €, sauf le numéro double 14/15 (frais de traitement inclus : 1,50 €)**

N° 1 : La société du gène (*épuisé*)\*

N° 2 : La souffrance psychique (*épuisé*)\*

N° 3 : Penser la violence

N° 4 : Santé et environnement

N° 5 : La santé au travail

N° 6 : Sexe et médecine (*épuisé*)\*

N° 7 : La responsabilité du médecin

N° 8 : La santé n'est pas à vendre

N° 9 : L'hôpital en crise

N° 10 : Folle psychiatrie

N° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort

N° 12 : L'information et le patient

N° 13 : La médecine et l'argent

N° 14/15 : Profession infirmière (*prix 16,80*)

N° 16 : Les émotions dans le soin (*épuisé*)\*

N° 17 : Des remèdes pour la Sécu (*épuisé*)\*

N° 18 : Quels savoirs pour soigner ?

N° 19 : La vieillesse, une maladie ? (*épuisé*)\*

N° 20 : La santé des femmes

N° 21 : Le médicament, une marchandise pas comme les autres

N° 22 : La santé, un enjeu public

N° 23 : Ils vont tuer la Sécu !

N° 24 : Le métier de médecin généraliste

N° 25 : Hold-up sur nos assiettes

N° 26 : L'exil et l'accueil en médecine

N° 27 : Faire autrement pour soigner (*épuisé*)\*

**Numéros à 15,50 € du 28 au 35, à 17,50 € du 39 au 42, à 18 € du 43 au 54 et à 19,50 € à partir du n° 55 (frais de traitement inclus : 1,50 €)**

N° 28 : Les pouvoirs en médecine

N° 29 : Réforme de la Sécu : guide pratique de la résistance

N° 30 : Les sens au cœur du soin

N° 31 : Justice et médecine

N° 32 : Le temps de la parole

N° 33 : L'envie de guérir

N° 34 : Autour de la mort, des rites à penser

N° 35 : Espaces, mouvements et territoire du soin

N° 36 : La place de sciences humaines dans le soin (*épuisé*)\*

N° 37/38 : Des normes pour quoi faire ? (*épuisé*)\*

N° 39 : Comment payer ceux qui nous soignent ?

N° 40 : Les brancardiers de la République

N° 41 : Redonner le goût du collectif

N° 42 : Les couples infernaux en médecine

N° 43 : Réécrire le soin, un pari toujours actuel

N° 44 : Parler et (se) soigner

N° 45 : Le confort au cœur du soin

N° 46 : L'humanitaire est-il

porteur de solidarité ? (*épuisé*)\*

N° 47 : La violence faite au travail (*épuisé*)\*

N° 48 : L'enfermement

N° 49 : La place du patient

N° 50 : Mettre au monde

N° 51 : Que fabriquent les images ?

N° 52 : Féminin invisible : la question du soin

N° 53 : Résister pour soigner (*épuisé*)\*

N° 54 : Infirmières, la fin d'un mythe

N° 55 : Quelle formation

pour quelle médecine ?

N° 56 : L'alimentation entre intime et intox

N° 57 : Non au sabotage !

L'accès aux soins en danger

N° 58 : À quoi servent les drogues ?

N° 59 : L'erreur en médecine

N° 60 : Déserts médicaux : où est le problème ?

N° 61 : Handicap ?

N° 62 : Le jeu dans le soin

N° 63 : En faire trop ?

N° 64 : Le secret en médecine

N° 65 : L'urgence en médecine (*épuisé*)\*

N° 66 : La fin de vie

N° 67 : La folie. Une maladie ? (*épuisé*)\*

N° 68 : « Autonomie » et santé

N° 69 : Ces maladies que l'on pourrait éviter

N° 70 : La santé, une Zone À Défendre ?

N° 71 : Question vaccinations...

N° 72 : Quarante ans d'utopies... l'anniversaire

N° 73 : Subjectif/objectif, l'inextricable

N° 74 Santé : raviver les solidarités

N° 75 Les huis clos de la violence

N° 76 Santé et travail, passer de la plainte à l'offensive

N° 77 Tout le contraire !

N° 78 Essence et sens du soin

N° 79 Santé connectée

N° 80 La marchandisation des corps

N° 81 Souffrir ?

N° 82 Le rire est-il soignant ?

N° 83 Faire autrement pour (se) soigner

N° 84 Où va la psychiatrie ?

N° 85 Réhumaniser le soin en psychiatrie et ailleurs...

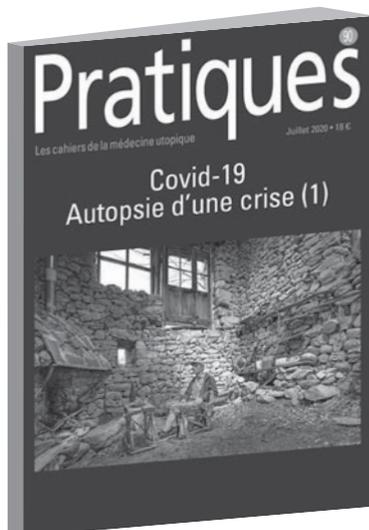
N° 86 Soigner : entre vérités et mensonges

N° 86 Soigner : entre vérités et mensonges

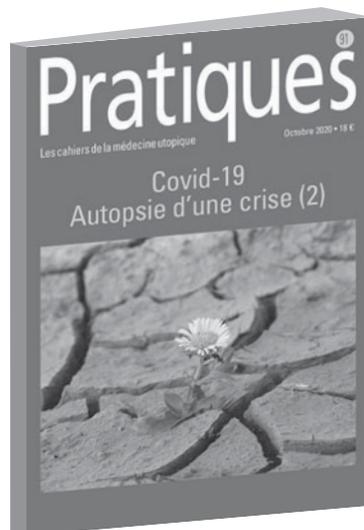
N° 87 Cherche médecin désespérement

N° 88 Enfance mal traitée : société en danger

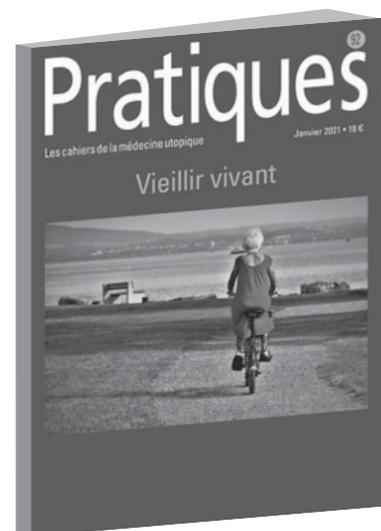
N° 89 Manifestons-nous



90  
Covid-19, autopsie d'une crise  
1<sup>re</sup> partie  
18 €



91  
Covid-19, autopsie d'une crise  
2<sup>e</sup> partie  
18 €



92  
Vieillir vivant  
18 €

\* Il est possible d'acheter les numéros 1, 2, 6, 16, 17, 19, 27, 36, 37-38, 46, 47, 53, 58, 65 et 67 épuisés sous forme de fichier .pdf via notre site : [www.pratiques.fr](http://www.pratiques.fr) rubrique « Publications »

# Bulletin d'abonnement ou de parrainage

## Coordonnées de la personne qui s'abonne elle-même ou qui parraine :

Nom ..... Prénom .....  
Profession .....  
Adresse .....  
Code postal ..... Ville .....  
Tél. : ..... Fax : .....  
E-mail : .....

Si je parraine, je choisis mon numéro offert, parmi ceux listés en page 95 : .....  
à envoyer :  à mon ou ma filleul(e)  à moi-même

## Coordonnées du ou de la filleul(e) :

Nom ..... Prénom .....  
Profession .....  
Adresse .....  
Code postal ..... Ville .....  
Tél. : ..... Fax : .....  
E-mail : .....

## Je choisis la formule PAPIER suivante :

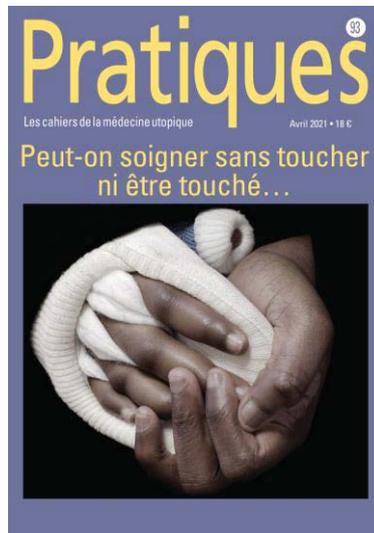
- l'abonnement **classique** d'un an, soit 4 numéros, soit **20 % de réduction** par rapport à l'achat au numéro : ..... **60 €**
- l'abonnement à **tarif réduit** d'un an, soit 4 numéros pour étudiant, jeune installé, demandeur d'emploi (uniquement par chèque/justificatif désiré) : ..... **39 €**
- l'abonnement de **soutien** d'un an, soit 4 numéros : ..... **120 €**
- l'abonnement pour les **collectivités** d'un an, soit 4 numéros : ..... **60 €**

## Je renvoie, ci-joint, par courrier postal mon chèque à l'ordre de *Pratiques*

# Découvrez sur notre site l'abonnement « Intégral » !

- > Vous recevez la revue papier et vous téléchargez le pdf sur notre site.
- > Vous effectuez vos recherches bibliographiques à travers 20 années d'archives de *Pratiques*, plus de 2000 articles indexés par auteurs et mots clés.
- > Vous téléchargez librement les revues et articles consultés, et cela, pendant toute la durée de votre abonnement.

Passez commande en ligne dans le premier tableau de la page « abonnements » de notre site, où le paiement par chèque est possible : [www.pratiques.fr](http://www.pratiques.fr)



Chère abonnée, cher abonné,

Vous disposez ici de la version électronique de votre abonnement à Pratiques.

Deux conseils, pour vous en faciliter l'usage.

1) Dans cette version, les articles sont indexés par thème.

Vous trouverez à la page suivante un sommaire-index des mots-clés utilisés, indiquant, pour chacun de ces mots-clés, les N° de page des articles dont ce mot-clé caractérise un des thèmes principaux.

Pour vous rendre facilement à cette page, il vous suffit de cliquer sur le N° de page.

Pour revenir au sommaire-index, tapez 98 dans le marque pages de la barre des tâches. Vous pouvez aussi cliquer sur l'icône « Signet », située juste au-dessous de l'icône « Page », à gauche, en haut, sous la barre des tâches : elle vous conduira à la mention : « Index page 98 », qui vous y dirigera immédiatement.

En laissant continuellement affiché ce signet sur la partie gauche de votre écran, vous pouvez commodément passer du sommaire-index à l'article désiré, et réciproquement.

Alternativement, tapez dans le moteur de recherche de votre lecteur de pdf le début du mot clé et tapez de manière répétitive sur la touche Entrée. D'occurrence en occurrence, vous vous déplacerez ainsi d'un article au suivant, pour ce même mot clé.

2) Vous souhaitez extraire un article pour l'envoyer à un correspondant : vous pouvez utiliser Acrobat Reader ou télécharger un logiciel gratuit de fractionnement de votre revue pdf. Ces logiciels vous fournissent sur le champ une copie de votre fichier fragmentée en autant de fichiers séparés que de pages. Vous n'avez plus qu'à choisir celle(s) que vous souhaitez joindre à votre envoi.

Bonne lecture !

Mots clef	Page
	62
Accompagnement	74
	80
	82
Accueil, ouverture, disponibilité	14
	32
Accès au droit	62
Adolescent, Jeune	36
Agressions sexuelles	70
Alimentation, troubles de l'alimentation, obésité	46
Altérité, autre	22
Analyse des pratiques	80
Annonce, diagnostic	26
Anthropologie	45
	49
Assurance maladie, Sécurité sociale, PUMA	91
Bienvieillance	74
Chirurgie, chirurgien	49
	12
	29
Clinique	32
	36
	72
	86
Collectif, action collective	40
Communautés professionnelles territoriales de santé, CPTS	92
Communication	21
	21
Confiance	42
	46
	72
Confidentialité, discrétion	72
Consentement, consentement éclairé	42
	14
Contenance	52
	90
Contention	42
	16
	49
Corps, sensations	64
	70
	77
Critique	4
Créativité, inventivité	40
Cécité	69
Dispositif médical	55
	10
Distance, distanciation	12
	16
Droit, législation - Naturaliser	72
Dégradation, détérioration	14
	66
Démocratie sanitaire	92
Education populaire	4
	26
Empathie	36
	58
	70
	84
Equipe soignante, travail en équipe	14
	58
Eros	64
Ethique	77
Femme, Condition féminine, Droit des femmes	45
Gouvernement, politique, démocratie, Etat	94
Humanité	22
	70
Hygiène, hygiénisme	48
Informatique	66
Inégalités, Exclusion sociale, Discrimination sociale, inégalités sociales de santé	62
Isolement	42
	60
	77
Kinésithérapie	82
	86
	4
	21
Langage, parole, échange	22
	34
	77
Maisons de santé MSP, centre de santé, pôle de santé	92
Maltraitance	70
Marché, capitalisme, profit	4
Mise en relation, action	16
	62
Mouvement	82
	86
Médecin généraliste, médecine générale, médecine de famille	26
Médecine clinique	55
Médecine du travail, clinique médicale du travail, travail réel	72
Médecine sociale	92
Médiatrices, médiation, médiation sociale	58
Neurosciences	14
	22
Numérique, digital	62
Nutrition, diététique	46
Orthophonie, orthophoniste	21
	34
Pandémie	55
Patient, patiente	32
	84
Politique de la santé, système de santé	1
Pratique médicale, pratique soignante	49
	77
Prendre soin	11
Précarité	62

Mots clef	Page
	29
Présence	30
	34
	58
	70
Psychanalyse	12
	14
	1
	32
Psychiatrie, santé mentale, pédopsychiatrie, psychiatrie de secteur	36
	42
	66
	80
Pudeur	16
Regard	55
	16
	30
Relation soignant-soigné, relation médecin-patient	46
	64
	73
	1
Relation thérapeutique	26
	29
	36
Relations au travail	91
	30
Rencontre	42
	52
	90
	29
	32
	46
Ressenti, émotion	52
	64
	77
	90
Revenu, Rémunération soignants, à l'acte, forfaitaire, T2A, salariat	92
Réciprocité	69
Réflexion, champ réflexif	16
Réification, chosification	70
Résistance	40
Sars COVID2, Covid-19	10
	12
	22
Sens, sens du soin	30
	40
	55
	86
Soin	30
Soin psychique	32
	40
Soins	11
	74
Souffrance au travail, harcèlement, burn-out	91
Souffrance, souffrance psychique, psychose	70
Souvenir	74
Subjectivité, subjectivation, intersubjectivité/Objectivité	30
Tabou	16
	45
Théorie	60
	12
	16
	21
	22
	26
	30
	32
	34
	39
	40
	45
Toucher	52
	60
	64
	66
	68
	69
	70
	71
	77
	80
	82
	86
	90
Traitement, soigner, guérir	32
Transfert	66
Transgression	12
Travail social, assistante sociale	62
Trouble, trouble du spectre de l'autisme	58
	10
	29
	34
Télémedecine, télésoin	46
	66
	72
	73
Témoignage	69
Unités sanitaires de base, USB	92
Urgences, urgentiste	55
Violence, violence conjugale, violence familiale	36
	10
	14
Écoute	26
	36
	58
	70

# Prati

La médecine moderne a développé des outils permettant de distinguer les organes et d'en mesurer le fonctionnement. La tendance objectiviste qui accompagne ces progrès technologiques a pour corollaire une négligence du ressenti et de la subjectivité de la personne, réduite à ses symptômes. L'écoute, le regard, le toucher, ne font quasiment plus partie de l'examen diagnostique et font disparaître de la consultation le temps précieux de la relation sans laquelle le soin est réduit à sa plus simple expression. Toucher, dans sa polysémie, est le premier des sens duquel découlent tous les autres.

Le Mag reste ouvert sur d'autres aspects de la santé.

Dans la rubrique idées, Franck Lepage raconte comment les « conférences gesticulées redonnent de la voix à l'expérience et à son incarnation politique ».

Prochain numéro : La santé dans le monde d'après... sera révolutionnaire

# ques



Prix : 18 €

ISBN 978-2-919249-92-3

ISSN 1161-3726