



**3<sup>ème</sup>** Journée régionale de formation des personnels  
des **MAS/FAM/SAMSAH**  
le 20 octobre 2009, C.R.E.C. de DINAN

## **Corps, rapports aux corps en MAS | FAM | SAMSAH**

**Le corps au cœur des pratiques d'accompagnement spécialisé**

**« Du corps à la pensée : un enjeu majeur de  
l'accompagnement des personnes en MAS et FAM »**

**Philippe CHAVAROCHE**

*Directeur adjoint du C.E.F. (Centre de formation), Fondation John Bost en Dordogne,  
auteur notamment de :*

*« Le projet individuel, repère pour une pratique*

*avec les personnes gravement handicapées mentales », 2006*

*« Travailler en MAS. L'éducatif et le thérapeutique au quotidien ». 2002*

« Bonjour. Je suis très content de vous retrouver ici. J'ai participé aux premières journées à Saint-Jacut et je remercie donc le CREAI de Bretagne de m'avoir invité de nouveau à cette journée.

Je m'intéresse en effet depuis assez longtemps maintenant à ces questions d'accompagnement des personnes dites gravement handicapées ou « n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie » comme précisé maintenant dans le décret, au travers à la fois d'expériences là où je travaille, à la Fondation John-Bost, en Dordogne, à la fois une expérience de responsable de service dans des pavillons accueillant des personnes en situation de handicap et de grande dépendance, et puis maintenant comme formateur notamment dans mes activités où j'interviens beaucoup dans ce type d'établissement pour accompagner un peu les équipes dans ce travail complexe.

La question du corps est une question vaste. Je ne vais pas forcément faire le tour de la question ; je vais essayer de vous proposer quelques repères pour essayer de penser cette question. J'avais intitulé mon intervention « *Du corps à la pensée* » et ce qui me semble peut-être primordial est de pouvoir continuer à penser la question du corps parce que sinon celle-ci vient comme ça nous envahir et peut-être nous empêcher de penser et nous amener dans l'acte. Or, il n'y a pas d'acte sans pensée ni bien sûr de pensée sans acte. Je vais vous proposer quelques points de repère – bien sûr je pense que d'autres points de vue seront abordés au cours de la journée, notamment dans les ateliers qui viendront certainement compléter ce que je vais baliser comme points de repère.

Dans un premier temps, je vais rappeler peut-être des évidences : le corps est premier bien sûr, avec cette phrase de FREUD « *le Moi est d'abord un Moi corporel, surface sur laquelle se projette le Moi psychique* ». Donc le corps est premier et l'on peut dire que dès la naissance, l'enfant vit d'abord dans un monde d'éprouvés corporels. C'est-à-dire que ce qu'il va ressentir son corps et il va le ressentir d'une manière assez problématique avec ces angoisses inimaginables que décrit Donald WINNICOTT « *ces sentiments de chute, de ne pas avoir de limites corporelles* », chose qu'il va exprimer lorsqu'on observe les bébés, et ce qu'ont montré notamment les travaux d'Esther BICK sur l'observation des nourrissons où l'on voit bien que le bébé essaie de se débrouiller avec ce vécu corporel, combien parfois il tente de l'expulser dans les tensions, dans les gesticulations et aussi combien il essaie parfois de lutter en essayant de trouver par lui-même des moyens, et notamment ces mouvements d'auto-enveloppement tels que l'a décrit Geneviève HAAG par exemple. Cette dernière montre que les bébés essaient effectivement de rassembler les parties de leur corps face à ces éprouvés corporels. La caractéristique du petit d'homme est qu'il dépend de quelqu'un d'autre, c'est-à-dire que le vécu corporel va, dès sa naissance, et bien sûr avant sa naissance c'est évident, dépendre de quelqu'un d'autre, non seulement pour sa survie biologique – pour le nourrissage, les soins – mais aussi pour “désintoxiquer” les éprouvés corporels, c'est-à-dire la capacité de pouvoir mentaliser, psychiser ce qui se passe dans son corps. Pour cela, le bébé a besoin de quelqu'un d'autre, c'est ce que la maman, ou la personne qui s'occupe de lui, fait de manière tout à fait naturelle en commentant avec ses mots, ses paroles « *mon bébé il a mal, il a bobo, ou il a faim...* » : toutes ces paroles apparemment très anodines sont extrêmement importantes parce que ce sont elles qui vont permettre à l'enfant et à nous-même par la suite, de se créer un monde psychique, lequel se crée d'abord et avant tout à partir des éprouvés corporels. On pourrait dire que par rapport au développement du corps, l'enfant se développe sur, bien sûr, son fonctionnement biologique, son fonctionnement physiologique, c'est-à-dire sur son équipement de base pourrait-on dire, équipement génétique, neurosensoriel, neurophysiologique.

Quand cet équipement est en bon état, ça va plutôt bien et l'enfant se construit aussi sur la relation, c'est-à-dire que son développement va se faire notamment par la relation au corps, avec donc cette possibilité d'être touché, d'être pensé, d'être parlé, et même rêvé par la psyché de la maman. Va donc se construire petit à petit un Moi corporel et un Moi psychique. Ces deux entités vont se développer dans la plupart des cas de manière harmonieuse, pour donner ce que l'on va appeler l'identité, c'est-à-dire la capacité à synthétiser en permanence et à rassembler ce vécu corporel, qui chez nous est tellement présent que l'on n'y pense pas beaucoup – à part quand on n'est pas bien dedans ou quand celui-ci nous fait mal –, et ce vécu psychique, ce monde mental, ce que Didier ANZIEU a essayé de synthétiser en parlant du Moi Peau, c'est-à-dire en parlant de cette instance psychique, Moi psychique qu'est le Moi, notre identité, et en la rapprochant de cette instance ou de cet organe physique qu'est notre peau, en montrant qu'en fait, ces deux entités fonctionnaient sur le même registre, avec trois caractéristiques :

- celle du sac, à savoir notre peau, qui est un contenant corporel ; imaginez si nous n'avions pas de peau, nous n'aurions pas de limites corporelles.
- celle du Moi psychique, laquelle contient notre identité, nos pensées, notre monde interne ; il y a la fonction d'écran qui permet de se protéger des agressions extérieures. On sait que notre peau a cette fonction et l'on pourrait dire que notre Moi psychique a aussi cette fonction-là, c'est-à-dire de se protéger par exemple des émotions trop fortes ou de mettre à distance ce qui pourrait venir nous menacer.

- La troisième fonction est celle de tamis, c'est-à-dire la fonction de laisser pénétrer à l'intérieur ce qui est recevable, on sait que sur le plan biologique, la peau laisse passer à l'intérieur de nous des sensations, des perceptions sensorielles et notre Moi également permet d'intégrer les apports extérieurs. Il y a cette régulation. On pourrait donc dire que la peau régule notre fonctionnement thermique des échanges, mais notre instance psychique régule aussi les échanges entre le dedans et le dehors, entre notre monde psychique interne et le monde dans lequel nous vivons et duquel nous recevons un certain nombre de stimulations.

Voilà le développement normal très brièvement résumé, mais qui montre quand même effectivement l'importance centrale du corps dans le développement. Il n'y a pas de possibilité de développement s'il n'y a pas de prise en compte du corps, s'il n'y a pas cette attention au corps notamment qui est tout à fait première.

Dans les situations de handicap, ce processus va être perturbé, ce n'est pas un scoop. Ce processus va être perturbé par deux aspects : d'abord par les dysfonctionnements ou les atteintes corporelles somatiques avec des atteintes génétiques souvent sévères, des maladies, des atteintes comme ce que l'on appelait avant les encéphalopathies, ces maladies qui vont notamment toucher le cerveau ; ou d'autres dysfonctionnements. L'enfant handicapé va naître, ou va se développer, avec un équipement neurosensoriel, neurobiologique, génétique, qui va être gravement altéré et parfois altéré de façon assez massive. Et bien sûr, ces dysfonctionnements corporels, somatiques, vont entraîner des perturbations, ou des altérations des relations, avec la maman ou la personne qui s'occupe de l'enfant. Par exemple, si l'enfant a des atteintes sensorielles, il percevra moins bien les apports de sa maman par exemple en termes d'échanges de regards. Or, les échanges de regards sont tout à fait capitaux notamment dans la construction de la sphère psychique. C'est par l'échange de regards que va se construire aussi quelque chose de l'intériorité psychique. Donc si l'enfant ne voit pas ou mal, ça va être très compliqué pour lui. S'il perçoit mal aussi sensoriellement par exemple les effets du touché sur son corps, il va y avoir des perturbations à ce niveau-là, c'est-à-dire que les interactions vont être perturbées. Bien sûr, on peut penser que l'environnement affectif va être lui aussi perturbé avec notamment ce qui est tout à fait compréhensible, parfois des angoisses de mort extrêmement fortes qui vont environner la naissance de cet enfant. C'est vrai que si cet enfant naît avec une grave pathologie, ça va perturber avec des risques vitaux en jeu dès la naissance. L'enfant va donc être entouré d'un climat affectif assez anxiogène et là aussi c'est tout à fait compréhensible car l'on peut tout à fait comprendre la position de la famille à ce niveau-là. Ensuite, on va avoir aussi cette discordance, voire ce gouffre entre l'enfant rêvé, cet enfant que l'on attend qui bien sûr sera le plus merveilleux, et puis cet enfant réel qui arrive – et l'on sait que même dans les situations de naissance normales, d'ordinaires ce petit décalage se produit.

Dans la situation d'un enfant présentant, dès la naissance, ou du moins dans les moments suivant celle-ci, de graves difficultés, cet écart va se creuser encore et on aura un gouffre entre l'enfant rêvé et l'enfant réel dans cet enfant en fragilité, en risque et qui vient susciter toutes sortes d'émotions qui sont bien sûr difficiles. Tous ces éléments, c'est-à-dire les difficultés somatiques de l'enfant, ces atteintes somatiques et les perturbations de ses premières relations vont venir entraîner des difficultés dans la construction du Moi corporel c'est-à-dire la construction du Moi corporel reposant sur ces deux étayages – un équipement biologique, somatique suffisamment bon et un environnement suffisamment bon. Dès le départ, ce double étayage va être perturbé et on aura alors des difficultés de construction dans ce Moi corporel et ensuite dans ce Moi psychique. Ce que l'on peut observer chez la plupart des personnes dont on s'occupe, c'est justement ces difficultés qu'ils ont eu à construire leur identité et notamment à construire ces liaisons, ces liens, cette intégration entre la construction de ce Moi corporel et la construction de leur identité, de leur Moi psychique.

Même chez certains, on peut observer peut-être dans les situations les plus graves, de grandes difficultés à avoir un monde mental, on a l'impression que leur vie, que leurs éprouvés sont essentiellement corporels avec peu de capacités, de mentalisation, pourrait-on dire, et de psychisation de ce qui est vécu.

Voilà le contexte dans lequel nous pouvons aborder ces enfants ou ces adultes, c'est-à-dire qu'ils arrivent auprès de nous avec la plupart du temps cette histoire – variable selon les cas certainement, car toujours singulière –, mais arrivant toujours avec cette histoire, c'est-à-dire cette difficulté majeure qui a été pour eux de construire quelque chose de ce Moi corporel, de cette identité corporelle, et de construire en synthèse un peu, avec la construction de ce Moi corporel, quelque chose d'un Moi psychique suffisamment équilibré, si tant est que l'équilibre parfait existe.

Lorsqu'on rencontre ces personnes ce que l'on va observer dans un premier temps, ce qui va venir comme ça se présenter à nous, lorsqu'on les aborde, est la question de leur corps, c'est-à-dire qu'ils vont se présenter à nous avec leur corps. Ce corps bien sûr va être marqué par ce que GOFFMAN appelle des stigmates c'est-à-dire que le corps va être porteur, va présenter des marques corporelles – le stigmate étant la marque corporelle – qui vont avoir un certain nombre de répercussions, en tout cas qui vont entraîner certainement un certain nombre de répercussions dans la manière dont nous, nous allons aborder leur dimension corporelle.

La première remarque que l'on peut faire est, chez beaucoup, la mise en question de la verticalité : on pourrait dire que ce qui nous fait homme, et nous sommes les seuls dans la nature à marcher sur deux jambes, à avoir opéré cette transformation sur le plan physique, laquelle est assez incompréhensible car pourquoi tient-on sur deux jambes ; même sur le plan mécanique cette affaire est assez bizarre, mais cela a permis de libérer notamment nos deux pattes de devant... et de libérer effectivement la main, et ainsi d'articuler le regard, la main et de développer le cerveau. C'est vrai que nous avons certainement, et ce, depuis très longtemps, une vision de l'homme sur deux jambes. Lorsque nous rencontrons ces personnes qui sont tétraplégiques ou paraplégiques, ce qui est mis en question est la question de la verticalité : nous avons des personnes qui ne se tiennent pas debout, qui ne peuvent pas d'ailleurs se tenir debout et l'on voit bien là aussi – notamment si l'on prend leur histoire – combien il y a eu des tentatives chez certains pour les faire marcher ; combien il y a eu chez beaucoup des acharnements de la part des parents ou des équipes qui s'en sont occupé pour accéder à la marche, comme si la marche, la station debout, était quelque chose qui venait signer quelque chose d'une appartenance à l'humain, à ce qui nous définit en tant qu'humain, c'est-à-dire d'être sur deux jambes. L'autre question est celle par exemple de la chute, notamment en termes de crises d'épilepsie où l'on voit bien aussi que la chute vient marquer là aussi quelque chose dans leur corps, et qui vient peut-être réveiller chez nous une angoisse archaïque, notamment celle de chute, que WINNICOTT décrit parmi les premières angoisses corporelles, puisque si l'on ne tient pas un bébé, il tombe. C'est un peu horrible à dire. Certainement que chez ces personnes, dans leurs chutes, dues aux crises d'épilepsie, vient réveiller là aussi chez nous une angoisse archaïque par rapport à ce corps qui tout d'un coup ne se tiendrait plus, ne se porterait plus, ce dont on se souvient journalièrement lorsqu'on rencontre quelqu'un à qui l'on demande « comment vous portez-vous ? »... Oui, nous, on arrive à se porter tout seul, et l'on voit bien ici que l'idée de la chute vient nourrir une angoisse fondamentale de ne plus se porter et donc de s'effondrer.

Dans les stigmates corporels, je vais employer un mot pas tellement politiquement correct, c'est la question de la monstruosité : c'est-à-dire la question de la déformation corporelle qui va entraîner des questions telles que... là encore je ne vais pas faire dans le politiquement correct, mais lors de mes formations, il m'arrive de demander aux personnes de l'équipe « les personnes dont vous vous occupez sont-elles des humains ? » Bien sûr, je me fais copieusement enguirlander comme si la question ne pouvait pas se poser ; mais on s'aperçoit en discutant un petit peu, que, par exemple, on a va assez facilement faire des comparaisons avec l'animal : « il marche comme un singe », etc.

On voit bien quand même que la question de les situer dans le registre humain, c'est-à-dire dans le nôtre, dans ce qui nous ressemble, est parfois un petit peu complexe, et que la question de la monstruosité s'est posée. Elle a d'ailleurs fait l'objet d'études scientifiques par de grands scientifiques comme par exemple le père et le fils SAINT-HILAIRE et puis BUFFON au XVIIIe siècle qui se sont posé la question très scientifique de la nature de ces personnes : était-ce des humains ? était-ce des animaux ? Ou bien une catégorie intermédiaire entre l'humain et l'animal, qu'ils ont appelé le montre, et qui a fait l'objet d'une science qu'on a appelée la tératologie.

Cette question, si on ne l'aborde pas trop entre nous, je pense qu'elle est toujours sous-jacente dans la relation, dans le rapport que l'on peut avoir en tant que professionnels, ou que l'on observe aussi chez les personnes qui ne sont peut-être pas des professionnels. Il suffit d'aller se promener avec un groupes de personnes comme ça au supermarché et dans la rue, et l'on voit assez facilement ces réactions à la fois d'effroi et de fascination, ce qui est la caractéristique même de la relation au monstrueux, l'effroi et la fascination, notamment l'effroi pour aller se rassurer sur le fait qu'on n'est pas comme lui. Il y a quelque chose de cet ordre-là. On peut prendre un film très explicite à ce niveau-là, qui est *Elephant Man*, le modèle du genre, où une déformation médicale entraîne à la fois ces phénomènes de fascination et de monstration, comme phénomène de foire, et aussi ces phénomènes d'interrogation de la science : à qui avons-nous affaire ? Et effectivement, le fait qu'on peut le reconnaître en tant qu'être humain, on peut le reconnaître comme semblable à soi, mais ce n'est pas si évident que cela, en tout cas pas de prime abord. Encore une fois, ce n'est pas péjoratif, c'est une réalité à laquelle nous sommes confrontés et à laquelle justement il s'agit de réfléchir, de penser aussi cette question-là.

Ensuite, dans les stigmates corporels, j'évoquais la capacité à se reconnaître dans l'autre. Ce que notamment le psychanalyste RACAMIER appelle « l'idée du Moi », c'est-à-dire le fait que quand nous rencontrons quelqu'un, il y a un mécanisme, bien sûr inconscient, qui fait que nous nous reconnaissons mutuellement. Nous nous reconnaissons mutuellement par notre apparence corporelle, c'est-à-dire que lorsque nous rencontrons quelqu'un, il est fait, comme dit RACAMIER, de la même pâte humaine que nous et donc il y a ce processus de reconnaissance quasi immédiat : vous croisez quelqu'un dans la rue, vous ne vous demandez pas « voyons, tiens, qu'est-ce que c'est, ah, il a deux bras, deux jambes, une tête, ah oui, ah ben ça doit être un humain, il est comme moi ». C'est assez automatique, même extrêmement automatique. Ce sont des phénomènes qui viennent en permanence nous conforter dans notre identité, et notamment dans notre identité corporelle. C'est certainement ce qui vient réaffirmer, réactualiser en permanence, l'idée que nous sommes bien des humains, et que nous vivons bien dans cette enveloppe corporelle que nous avons.

C'est vrai que la rencontre avec des personnes dont le corps ne présente la même apparence de corps que nous, avec des personnes pouvant avoir des anomalies ou des difformités corporelles, vient créer un trouble chez nous. La question que l'on peut se poser à ce niveau-là, dans cette rencontre, n'est pas "qui est-il, lui ?" mais "qui je suis, moi ?". C'est-à-dire que tout d'un coup, ce miroir automatique que nous renvoie l'autre lorsqu'il a la même apparence physique que nous, est brouillé et nous recevons donc de l'autre une image brouillée de nous-même. Cela n'est pas simple à vivre.

Il suffit d'observer par exemple les premiers moments, lorsqu'un stagiaire arrive sur les unités de vie : on observe un grand malaise corporel, c'est-à-dire qu'ils ne savent pas comment se mettre, on voit apparaître des raideurs corporelles, on voit des mouvements, des attitudes, on ne sait pas trop où mettre les mains... Cela traduit le fait qu'effectivement, la personne, tout à coup, ne se retrouve plus dans sa propre existence corporelle. Il y a quelque chose là qui vient la déstabiliser d'un vécu dont elle avait pourtant l'habitude, qui était d'être à peu près à l'aise dans son corps, et tout d'un coup, on se retrouve là déstabilisé dans sa propre existence corporelle. Bien sûr, par la suite, quand on est professionnel, on pourrait dire que l'on s'habitue, que l'on fait avec, mais il y a certainement quelque chose là qui reste posé. Ce n'est pas parce qu'on ne le voit plus que ça n'existe plus. Il y a certainement encore quelque chose qui reste posé de notre propre existence corporelle par rapport à ces personnes qui ont ces images corporelles très déformées.

Il y a enfin un autre aspect, là aussi un peu trivial, je m'en excuse, mais c'est quelque chose de très présent : la question de la souillure, c'est-à-dire que ce sont des personnes qui, pour des raisons physiologiques ou psychopathologiques, parfois les deux, ne peuvent pas assurer ou assurent mal leur propreté intime. Nous sommes donc confrontés à la question de la souillure, à la question de devoir les laver régulièrement, et même plusieurs fois par jour pour certains, et procéder à la toilette. La question de la souillure, du sale, est une question assez fondamentale, très profonde certainement pour nous en tant qu'être humain.

On sait que tout le développement de l'enfant va être dans ce processus de socialisation, de reléguer ces questions-là dans l'intimité. On dit d'un enfant quand il doit rentrer à l'école qu'il doit être propre, donc à l'inverse, cela veut dire qu'il ne faut pas qu'il soit sale. Ce travail va être relégué aux tabous, c'est-à-dire frappé d'interdits et de tabous. Lorsque l'on s'occupe de ces personnes qui n'ont pas acquis ou pas pu acquérir la propreté notamment sphinctérienne, on est confronté à quelque chose que notre éducation et même notre société ont toujours relégué dans l'ordre du tabou ou du fait de le cacher ; il faut voir dans la société le statut du sale. On sait que le sale y est relégué : on parlera d'hygiène mentale, on parlera de... je ne vais pas évoquer les nettoyages avec un appareil de marque allemande qui produit de l'eau pressurisée... mais on voit bien quand même qu'au-delà de la réalité du sale, ce qui est considéré comme sale c'est aussi ce qui n'est pas à sa place. C'est-à-dire ce qui vient déranger l'ordre social, perturber la propreté sociale. On voit bien que très vite cela est relégué dans le sale. Les personnes qui s'occupent de ces situations, sont aussi elles-mêmes reléguées, il n'y a qu'à voir dans la société, le statut par exemple des éboueurs ou des personnes qui s'occupent du sale. On peut prendre aussi l'exemple des castes en Inde où les castes les plus basses sont notamment celles qui s'occupent des ordures ou de laver le linge sale par exemple. Là aussi, quand on travaille avec ces personnes, on est confronté à ces questions, qui sont loin d'être anodines, même si l'on peut dire qu'on s'habitue. Bien sûr, on s'habitue, on fait avec, mais je ne suis pas sûr, pour avoir un peu travaillé il fut un temps ces questions-là, que les professionnels s'y habituent, ou du moins que ce ne soit pas à chaque fois quelque chose qui pose problème et sur lequel peut-être on n'est pas forcément si à l'aise que ça.

On peut parler aussi de la question de l'odeur par exemple. Il y a des odeurs que nous, nous allons appeler désagréables, qui ne sont pas forcément désagréables pour les résidents. Souvent ils peuvent s'entourer d'odeurs pouvant servir justement à contenir quelque chose de leur identité corporelle. La question des odeurs, pour nous, est aussi quelque chose d'assez fondamental. Vous savez que l'odorat est le sens peut-être le plus fondamental chez nous, celui qui nous renvoie à la question de l'animalité. Le sens est donc le plus fondamental des sens. Quand on n'aime pas quelqu'un, on dit facilement "qu'on l'a dans le nez", "qu'on ne peut pas le blairer". Il n'y a qu'à voir aussi la quantité de parfums et d'eau de toilette que l'on peut utiliser dans certains établissements. Il y a quelque chose là fondamentalement aussi qui certainement nous est posé par rapport à la question de l'odeur.

Il y a certainement d'autres aspects, je n'ai fait qu'en brosser quelques-uns. On voit bien que la question de la relation au corps handicapé, au corps stigmatisé, est quand même marquée par un certain nombre de difficultés, d'ordre anthropologique, c'est-à-dire qui sont des difficultés certainement liées à la nature même de notre humanité et de la relation entre nous, les humains, et combien il y a là des aspects très fondamentaux, avec lesquels il va falloir travailler bien sûr et qu'il va falloir dépasser. Et non pas les nier, car le risque serait de nier, d'être dans le déni de cette difficulté. Or, on sait bien que le déni est un mécanisme de défense et que quand les mécanismes de défense sont en place, il y a toujours des fuites. L'intérêt est donc, il me semble, d'aller aborder la réalité, notamment bien sûr de cette dimension corporelle, et de pouvoir travailler avec, la dépasser, en parler, et comment faire effectivement – et malgré ces stigmates corporels, malgré ces stigmates qui auraient tendance à éloigner ces personnes de notre humanité – pour ramener ces personnes dans notre humanité, parmi nous et les considérer comme nos semblables en humanité, malgré effectivement cette question de ces stigmates corporels extrêmement présents. Je parlais de la souillure. Pour moi il me semble que l'acte le plus fondamental et celui de laver quelqu'un qui est souillé. C'est-à-dire qu'on peut penser que quelqu'un qui est souillé n'est pas humain, ce n'est pas lui faire injure, mais n'est pas reconnaissable en tant qu'être humain. Certainement que l'acte le plus fondamental est de laver quelqu'un qui est souillé car à partir de cet acte-là, je dirais même que pour moi c'est plus qu'un acte, c'est un rituel de passage, on fait de quelqu'un qui n'était pas ou peu, ou écarté de la dimension humaine, en faire quelqu'un d'humain, le ramener parmi nous. On voit souvent qu'après la toilette, on va dire à la personne "ah tu es belle, tu sens bon, tu es bien habillée", c'est-à-dire qu'on a effectivement restauré avec cette personne un lien d'humanité, de similitude alors qu'avant c'était extrêmement difficilement voire quasiment inaccessible. Avec ces personnes, c'est par la toilette que ça commence, le reste après est presque secondaire, enfin pas secondaire, mais en tout cas, ça commence par là, le fait de pouvoir les laver quand ils sont souillés, et les laver plusieurs fois par jour, autant de fois que nécessaire.

Deux mots sur le vécu corporel de ces personnes, de ce qui se passe dans ces vécus corporels extrêmement problématiques, extrêmement délabrés pour certains. On pourrait faire comme ça rapidement une typologie. Par exemple, dans les états ou des troubles autistiques qui sont quand même fréquents – je parle d'état autistique et pas forcément d'autisme ou de TED dûment diagnostiqués - on peut voir effectivement un vécu corporel qui, lui, va être non unifié justement, extrêmement démantelé. Souvent des perceptions sensorielles démantelées qui vont se manifester par des stéréotypes, corporelles, verbales, visuelles, auditives, des déambulations ; on voit bien chez ces personnes, une tentative constante et épuisante de tenter de sentir quelque chose de soi, de tenter de sentir quelque chose de son unité corporelle, ou au moins d'un morceau de son corps. C'est ce que MELTZER décrit sous le terme de démantèlement, avec aussi ces mécanismes d'identification adhésive, c'est-à-dire que la nécessité pour eux par exemple d'aller trouver des supports pour tenter de sentir quelque chose de leur corps, que ce soit auprès d'un soignant ou auprès d'une surface par exemple qui va être sensoriellement intéressante : on peut penser à certains qui vont s'allonger relativement dénudés sur le carrelage froid car cela va leur procurer des sensations intéressantes. Bien sûr, pour nous, c'est assez choquant car heureusement, nous, nous n'avons pas la nécessité de stimuler en permanence notre corps pour avoir des sensations parce qu'elles sont tellement intégrées en nous qu'on les vit sans s'en rendre compte.

Toujours pour continuer un petit peu sur cette typologie, dans les états psychotiques, on pourrait dire que peut-être, la question du Moi corporel et du Moi psychique sont un petit peu en place, mais cela reste extrêmement fragile. On voit bien comment le corps, ici, comment cette unité corporelle est en fait menacée en permanence d'éclatement, de morcellement – ce que l'on appelle classiquement les angoisses de morcellement – et donc combien on voit chez ces personnes des conduites qui visent à tenter en permanence de restaurer cette unité corporelle, pouvant être par exemple, par plusieurs couches de vêtements, un tas de stéréotypie qui essaie de maintenir unifié ce vécu corporel. Ce qui se traduit chez ces personnes – que ce soit dans les registres autistiques ou psychotiques, sachant que les deux sont souvent imbriqués – par des angoisses corporelles extrêmement massives se traduisant par ces comportements que l'on observe et qui, souvent, vont s'exprimer de manière violente. C'est-à-dire qu'on aura des éclatements agressifs, anxieux. On voit bien que là, l'angoisse notamment ces angoisses corporelles très archaïques vont être sources de comportements problématiques qui peuvent se traduire par des actes de violence, que ce soit auto-agressivité ou hétéro-agressivité. Ce qui pose d'ailleurs la question, notamment dans le décret de mars 2009 des troubles stabilisés : il faut savoir par exemple que la notion de stabilisation, de troubles stabilisés, a plus ou moins disparu de ce décret-là. Avant 1975, il était question de personnes stabilisées ; on peut penser que la question de stabilisation vise surtout les troubles du comportement ; et notamment sur ces types de comportement, c'est-à-dire de nature anxieuse, d'angoisse corporelle. Cela pose donc maintenant aussi aux établissements de type MAS ou FAM, la question de l'accueil de personnes chez lesquelles ces angoisses corporelles sont peu stabilisées voire pas du tout, et avec lesquelles on aura donc production de troubles importants.

Dans les états de polyhandicap, avec des atteintes neurologiques très massives, qui s'observe notamment par des déficiences motrices massives et déficiences sensorielles, enfin tout le tableau clinique des polyhandicaps, où ce qui prédomine est quand même l'atteinte neurologique. Encore que, l'on peut aussi rencontrer chez eux des troubles associés, notamment des troubles autistiques assez fréquents. Ce qui va être en question ici sera la question de la vulnérabilité, c'est-à-dire la question de l'impossibilité pour eux de construire notamment peut-être cette fonction dont je parlais tout à l'heure, la fonction d'écran, le fait de pouvoir protéger son corps. Chez eux, ce corps est totalement inerte et donc totalement offert à l'autre sans possibilité de pouvoir se défendre. Il y a là une vulnérabilité. C'est Georges SAULUS qui emploie ce terme "le Moi vulnérable du polyhandicapé" qui va là aussi entraîner certainement un certain nombre d'effets chez eux, et qui va aussi questionner sur comment on les approche, comment on les touche, comment on présente notre propre corps à leur propre corps, sachant que chez eux, ces barrières sont quasi inexistantes. Certains psychotiques vous feront très vite savoir qu'ils n'ont pas envie que vous vous approchiez parce que si vous vous approchez trop vous allez voir qu'ils peuvent vous mettre à distance. Or, les polyhandicapés, eux, ne peuvent pas, même s'ils estiment que vous êtes trop prêts et qu'ils se sentent alors en danger, ils ne pourront pas vous envoyer éventuellement un coup de poing. Nous avons affaire là à une réelle problématique dont il faut effectivement être très conscient dans ces situations.

On peut trouver aussi d'autres problématiques corporelles, par exemple dans les carences affectives. On peut voir dans des états de carences affectives graves plutôt des abandons du corps, des négligences corporelles ; on peut voir souvent chez ces personnes une négligence corporelle comme si leur corps n'existait pas ou n'était pas investi affectivement, comme s'ils n'aimaient pas leur corps, ce qui donne lieu souvent à des conduites d'hygiène problématiques, d'habillement aussi très problématiques ; c'est ce que l'on peut retrouver chez certaines personnes en situation de déserrance, ce qu'on appelle un peu schématiquement les SDF, chez qui on peut voir cet abandon corporel, comme si le corps n'était plus investi narcissiquement, affectivement.

Ce que l'on peut voir aussi dans des situations de vieillissement des personnes handicapées, où là aussi vont se traduire des situations corporelles un peu nouvelles, par exemple les effets de vieillissement fonctionnel, les capacités fonctionnelles du corps, ce que l'on appelle l'autonomie. Je parlais tout à l'heure de la marche, certaines de ces personnes ont appris à marcher mais en regardant leur dossier, on voit que souvent ils ont appris à marcher trois, quatre, cinq ou six-sept ans, et avec des stimulations très importantes de la part de l'entourage ou d'équipes. Or, dans ce décret de 2009, il y a effectivement maintien des acquis, et cet acquis-là, ce mot-là, est à prendre avec énormément de prudence parce que ce n'est pas pareil d'avoir appris à marcher à 15 mois avec un cerveau et un appareil locomoteur en bon état, et un environnement naturellement stimulant, et d'avoir appris à marcher six-sept ans avec un appareil locomoteur très perturbé et un cerveau assez perturbé. Ce n'est pas du tout le même acquis, on ne parle pas de la même chose. Forcément, dans ces situations-là, les acquis vont se perdre plus vite. Il peut se trouver effectivement qu'avec ces personnes-là, lâcher un peu par exemple sur la question de la marche, mais lâcher aussi sur d'autres acquis. C'est toute la problématique du vieillissement : jusqu'à quand on maintient les acquis ? Est-ce qu'à un moment, on n'est pas dans l'acharnement ? Est-ce qu'il continue à marcher, ou par exemple à manger tout seul, et est-ce qu'il ne faut pas dire, à un moment, « eh bien oui, cet acquis a été construit de manière très fragile et précaire, et donc c'est normal que ce soit le premier à lâcher. Ce qui va nous arriver à nous aussi, simplement nous perdrons nos acquis un peu plus tard parce qu'ils ont été acquis de manière un peu plus solide.

Voilà un peu les situations corporelles que l'on va rencontrer dans les établissements, situations que l'on pourrait appeler la psychopathologie du corps dans les établissements de type MAS. Il y a aussi ce que l'on pourrait appeler les "entours" du corps, ce qui n'est pas du corps même mais qui va avoir à voir avec le corps. Par exemple, la question du linge, c'est-à-dire la question des vêtements, comment dans un établissement est organisé le circuit du linge ? Comment on le lave, y a-t-il une lingerie dans les établissements ? On voit certaines personnes abandonner leur tee-shirt qui est un petit peu leur seconde peau et qui angoissent de le voir partir à la buanderie et disparaître. Comment on va organiser ces questions-là, comment on va prendre en compte ce linge. Souvent, je demande aux équipes quel est le premier matériel à avoir en urgence sur une unité de vie, c'est du fil et une aiguille, pour pouvoir réparer très vite éventuellement un bouton arraché ou un accroc dans un vêtement, de façon à pouvoir réparer très vite ce qui en fait est de l'ordre de la peau, c'est-à-dire qu'en réparant le vêtement, on suture un petit peu des trous dans la peau qui peuvent extrêmement angoissants. Il y a donc toute cette attention au linge qui me paraît très importante. Le risque ici serait un traitement un peu trop industriel du linge. Comment conserver un traitement plus proche ? Par exemple, je demande parfois s'il est possible de laver un pull dans un lavabo avec un peu de lessive, comme on le fait chez soi, avec le résident lui-même de façon à ce qu'il puisse conserver quelque chose de la maîtrise de ce bout de lui-même, qui a besoin d'être lavé. Ce sont ces questions qui sont posées un peu autour du linge, et qui ne sont pas forcément simples à traiter dans un environnement institutionnel qui a ses logiques techniques, économiques et autre.

Dans les entours du corps, il y a aussi bien sûr la question de l'espace, c'est-à-dire comment on traite l'espace institutionnel, comment on organise cet espace. On voit bien que l'espace a à voir avec le corps, et que certaines personnes en grande fragilité corporelle vont se servir de l'espace pour étayer leurs limites corporelles. On voit bien certains qui vont se mettre par exemple dans des endroits stratégiques, dans une pièce, des endroits où ils vont assurer un peu de sécurité corporelle, surtout si derrière, il y a un mur très solide, ils vont pouvoir maîtriser du regard l'environnement. Il y a là aussi toute une réflexion à mener sur l'organisation de l'espace, en particulier sur les portes. Que sont les portes ? des orifices.

Ce sont des orifices qui ont à voir avec les orifices corporels et l'on sait là aussi que beaucoup sont quand même très inquiets, très angoissés de ce qui se passe dans leur corps autour des orifices ; vous connaissez certainement des troubles liés soit à l'orifice anal soit à l'orifice buccal aussi où ces endroits sont très problématiques pour eux, des endroits potentiellement très angoissants. Certainement que les orifices de l'espace que sont les portes ont à voir avec ces problématiques. Cela suppose donc de voir comment on organise une porte dans une unité de vie : à quel moment elle est ouverte, à quel moment elle est fermée, qui peut y rentrer, est-ce que l'on rentre dans une unité de vie comme dans un moulin ? Cela voudrait dire éventuellement que l'on pourrait entrer dans le corps de ces personnes comme ça de manière impromptue, ce qui peut être très angoissant. Il y a donc une réflexion à mener sur la gestion des portes dans ces types d'établissement.

Une autre question assez matérielle, avec celle des fauteuils roulants : il y a beaucoup de fauteuils roulants dans les établissements. Comment on "gère" un peu ces questions techniques, comme un pneu dégonflé, le fauteuil qui grince un peu. On voit bien que là aussi, il est question du corps, le fauteuil roulant étant aussi leur corps, il fait corps avec eux. Là aussi il y a certainement des attentions à porter. En portant attention à leur fauteuil roulant, c'est à leur corps que l'on porte attention. Tout à l'heure, je parlais du linge, de lingère, mais une autre fonction qui me paraît essentielle dans ces établissements, est la fonction d'ouvrier, agent d'entretien, c'est-à-dire celui qui vient réparer ce qui est cassé ou qui ne marche pas. Tout cela dans l'idée que tout ce qui est cassé et ne marche pas a à voir avec la question du corps, avec la question du vécu corporel. Un carreau cassé par exemple peut être extrêmement angoissant parce que c'est un trou, un orifice pouvant faire problème dans des limites corporelles mal investies. Changer un carreau cassé est un problème technique mais qui peut avoir des répercussions très importantes sur le plan de la symbolique du corps.

On a donc la question du corps et de l'éducatif : on voit que par rapport à ces problématiques corporelles extrêmement importantes, on pourrait dire qu'il y a deux abords : un abord thérapeutique, du côté du soin ; dans un premier temps du soin somatique car ce sont des personnes ayant besoin de soins sur le plan somatique, qui ont besoin que l'on prenne en charge les dysfonctionnements somatiques. Les plus classiques étant les troubles de la déglutition, troubles intestinaux, troubles des fonctions motrices avec des problèmes d'hypertonie ou d'hypotonie, tous ces problèmes un peu orthopédiques, qui vont nécessiter des soins et l'intervention bien sûr de personnels compétents et qualifiés dans ce domaine (infirmier, kiné et autre spécialité médicale). Bien sûr, on ne peut pas réduire leur problématique corporelle – même si elle est présente et souvent importante, dans les situations de polyhandicap par exemple cette dimension somatique est extrêmement importante et capitale – mais on ne peut pas réduire la problématique corporelle uniquement à cette approche médicale somatique. Il faut aussi prendre en compte, et soigner pourrait-on dire, leur vécu corporel. C'est-à-dire soigner ou tenter de soigner ce qu'ils vivent dans leur corps, et notamment ces angoisses corporelles très importantes, par des approches psychothérapeutiques, mais au sens corporel. Avec eux, ce qui est souvent important relève de tout ce que l'on appelle thérapies à médiation corporelle ou l'approche thérapeutique corporelle, lesquelles peuvent passer soit dans la vie quotidienne au travers des bains, des toilettes, de tous ces actes ordinaires de la vie quotidienne, et qui peut passer aussi bien sûr au travers de techniques plus particulières. Ce qui est en question ici est de les aider à mentaliser ce qu'ils vivent dans leur corps, c'est-à-dire à mettre en pensée et en sens ce qu'ils vivent dans leur corps et qu'ils ne peuvent pas s'expliquer, ce qu'ils ne peuvent pas mentaliser. Tout ce travail de parler de leur corps, de mettre en mots leurs éprouvés corporels est du travail thérapeutique, psychothérapeutique au sens strict du terme.

Concernant l'approche éducative se pose la question de ce qu'est l'éducatif et la conception que l'on peut avoir de l'éducatif. On le voit aussi dans le décret, avec ce terme de "citoyen" qui est quand même, c'est vrai, parfois un peu utilisé comme un slogan. Moi, je dirais de manière plus simple que dans le champ éducatif, c'est les aider, les accompagner pour vivre leur vie d'humain parmi d'autres humains. Ils vivent une vie d'humain, qui est ni plus ni moins que la nôtre, qui a des caractéristiques différentes mais qui n'a plus ni moins de valeur ou d'importance que la nôtre. Ils vivent avec nous, parmi nous, dans notre monde. Comment les accompagner, avec les difficultés qu'ils présentent, à vivre parmi nous, dans notre monde, et donc à interagir avec nous, à partager notre vie, sociale, culturelle, sociétale ? Pour moi, c'est vraiment la conception que je peux avoir de l'éducatif. Le risque que l'on peut avoir dans l'éducatif, on le voit bien, est la maîtrise du corps, la maîtrise que l'on peut avoir sur le corps. Je parlais tout à l'heure de l'autonomie. C'est vrai que dans le champ éducatif, c'est vrai que c'est important d'acquérir une autonomie pour manger tout seul, acquérir ces gestes sociaux qui sont le fait de pouvoir manger tout seul, proprement, etc. On voit bien qu'il peut y avoir aussi des tentatives d'emprises sur ces questions. Comme je le disais tout à l'heure, obliger quelqu'un à manger tout seul alors que visiblement sur le plan neurologique, il ne peut plus, soit parce que sa main est trop instable ou son geste trop peu assuré pour qu'il puisse continuer. Le risque, dans le champ éducatif, est quand même l'emprise sur le corps. On sait que le travail d'éducatif, de socialisation va passer par une certaine maîtrise du corps. Par exemple dans le développement de l'enfant, à un moment, ce dernier va devoir socialiser aussi son corps, notamment dans l'habillement, dans ses gestes, bien sûr dans les questions de violence ou d'agressivité. L'approche éducative des personnes accueillies en MAS ou en FAM est la même mais on voit bien que le risque ici serait l'acharnement à une normalisation. Le problème de l'acharnement à une normalisation éducative est que si elle n'est pas articulée à la question de la souffrance, de la pathologie ou des difficultés, on risque alors d'être effectivement dans quelque chose pouvant être, pour le coup, de l'ordre d'une toute-puissance éducative, une toute-puissance un peu comme ça visant à normaliser.

Le problème qui va se poser aussi est la question de l'éducatif et du thérapeutique, la question de l'articulation du soin et de l'éducatif. C'est un grand classique de la vie institutionnelle, entre le médical et l'éducatif, avec les risques d'emprise mutuelle, avec d'un côté la toute-puissance du modèle médical et de l'autre la toute-puissance du modèle éducatif, ces deux toute-puissances s'affrontant et ne voulant pas lâcher, donc le clivage entre ce qui est bien et ce qui ne l'est pas. Un atelier est prévu je crois autour de la question du soin : il me semble que c'est vraiment une question tout à fait centrale. Certainement que là aussi, il est question, dans cette articulation difficile, de la notion de l'angoisse : comment traite-t-on l'angoisse institutionnelle, cette angoisse qui diffuse quand même de la problématique de ces personnes, c'est-à-dire "ils nous font vivre des angoisses, des situations d'angoisse", notamment certainement quelque chose qui a à voir avec les angoisses de mort, qui est certainement assez présent dans ce type d'établissements. La question est de savoir ce que l'on en fait. Un des moyens assez efficaces est de la refiler à quelqu'un d'autre... On peut voir aussi que parfois, c'est souvent au médical que l'on va refiler l'angoisse parce que, souvent, le médical est vu comme investi d'un pouvoir magique, c'est-à-dire que "quand même, docteur, vous allez bien faire quelque chose pour nous sortir de là". Or, le problème du médecin, notamment avec ces personnes, est qu'il n'y a pas de recettes magiques, de réponses miracles. Et l'on voit souvent un peu cette tension autour de l'angoisse de mort qui circule dans les établissements, qui viendrait un peu se focaliser sur ce nouage-là.

Rapidement également la question de l'observation. C'est-à-dire ce qui est aussi fondamental dans le travail d'accompagnement de ces personnes. Je ne vous apprends rien en disant cela, notamment la question de l'observation du corps. Le corps doit être un lieu privilégié d'observation sur les attitudes, les comportements, la manière dont ils vivent leur corps.

D'ailleurs souvent au travers de petits riens, et l'on voit bien aussi que dans le quotidien, il est très important d'aller observer ces petits riens du corps, ces petites choses-là qu'ils expriment dans leur corps. Tout à l'heure on parlait du rapport entre l'espace et le corps, l'important est par exemple d'observer où ils se tiennent, à quel endroit de l'espace ils se mettent, quels sont les lieux privilégiés qu'ils occupent, comment ils se déplacent... Dans le temps, DELIGNY avait fait tout un travail sur les lignes d'air. En fait, il cartographiait les circuits des autistes, pour voir si cette question des déplacements avec un peu de sens. Nous avons tout un champ d'observations extrêmement précis et très pointu sur l'observation du corps. Ce qui renvoie à ce que je disais tout à l'heure : on peut tout à fait s'inspirer des méthodes d'observation, notamment celles des nourrissons, instaurée par Esther BICK, cette observation fine de ce qui se passe dans le corps et qui est tout à fait important. Mais ce qui est aussi important peut-être ici, dans ce travail, est d'observer ce qui se passe dans notre propre corps, c'est-à-dire quelles sont les éprouvés corporels que nous, nous avons, dans la relation à leurs corps. Car c'est aussi sûrement plein d'enseignements : « il me gonfle, il me prend la tête... » on voit bien qu'ils viennent nous toucher corporellement. Peut-être qu'il y a là aussi un registre d'observations sur ce qu'ils nous font vivre, avec l'idée que ce qu'ils nous font vivre a à voir peut-être avec leur propre vécu corporel, comme s'ils nous distribuait un peu quelque chose de leur propre vécu. Il est donc important de l'observer chez nous. Et peut-être aussi d'observer nos situations de malaise, nos situations de dégoût éventuellement, nos situations de peur, de répulsion. Il faut pouvoir l'observer je crois, et en faire un objet de travail et non pas un objet de déni, à savoir "je ne devrais pas éprouver de la répulsion". Or, si l'on éprouve de la répulsion vis-à-vis d'un résident, on a beau se dire non non, ce n'est pas vrai, elle est là. Forcément, si on l'a dénie, elle va ressortir quelque part. Accepter aussi de travailler avec les émotions et les sentiments corporels que nous, nous ressentons à leur contact, pour pouvoir les travailler, les élaborer ce qui est le propre de l'observation.

Du corps à la pensée. Par rapport à tout ce que je viens de décrire un peu dans ce vaste panorama de la question corporelle, on pourrait dire qu'un enjeu majeur effectivement est de continuer à penser. C'est-à-dire que comment, dans ces situations qui nous ramènent au réel du corps – le corps dans sa réalité la plus triviale, la plus complexe et la plus pensante parfois –, comment continuer à rêver le corps, à le penser, avec la fonction de la rêverie renvoyant par exemple à la manière dont la maman rêve le corps de son enfant dont elle a comme ça une imagination. Dans le travail d'accompagnement de ces personnes, dans leur vécu corporel, comment se crée un peu des espaces de rêverie corporelle, comment organiser des endroits, des espaces ? Peut-être va-t-on pouvoir aborder leur corps autrement que dans la trivialité du quotidien ou la prégnance du quotidien. Alors c'est vrai que l'expérience que j'ai pu avoir autour d'espaces – cela peut être des espaces de bains thérapeutiques, de balnéothérapie, voire de packing (même si celui-ci reste controversé) – enfin des espaces où l'on va pouvoir "re-imaginer" leur corps : on va pouvoir penser leur corps autrement que dans la réalité qu'ils nous proposent, et qui passent parfois par une réalité en termes d'automutilation, de grandes difficultés. Comment créer ces espaces thérapeutiques ? Comment aussi, dans le quotidien, continuer à penser, à rêver ce corps-là ? Je disais tout à l'heure qu'après la toilette, on voit bien qu'une rêverie se met en place autour de "vous êtes beau, vous sentez bon, qu'est-ce que c'est agréable"... On voit bien qu'il y a quelque chose à un moment qui vient faire que la réalité du corps handicapé, du corps stigmatisé, est un petit peu mise de côté, et l'on peut penser à notre corps, un corps plus propice à la rêverie. Par rapport à l'habillement, voici une anecdote intéressante : dans l'établissement où j'ai travaillé, l'équipe du soir préparait systématiquement le paquet de vêtements pour le lever du lendemain matin, et ce pour avancer le travail de leurs collègues du lendemain. Et le lendemain matin, quand ces derniers arrivaient, ils prenaient le paquet de vêtements et ils commençaient – je pense qu'ils le font toujours – par aller le remettre dans l'armoire et à aller choisir eux-mêmes les vêtements.

C'est-à-dire aller choisir les vêtements, avec la résidente éventuellement, faire part de leur désir ; inscrire leur propre désir par rapport au corps du résident. On voit bien là qu'il y a quelque chose d'une rêverie sur le corps handicapé qui peut se mettre en place au travers de l'acte de choisir un vêtement, telle couleur, etc. Tout ce travail est extrêmement important car ce sont des espaces dans lesquels le corps va pouvoir être re-imaginé. Une autre anecdote à propos de la toilette et de l'habillement : même si ce n'est pas, là encore, très politiquement correct et qu'il ne faudrait pas le dire, mais il est assez fréquent qu'on se dise "un tel, je l'ai fait", "tu as fait un tel ?" "Oui, je l'ai fait"... moi j'ai l'habitude de penser à contre-courant du bien-pensant normal. Je pense que c'est important de le dire, car je pense que c'est la réalité. Cette expression vient dire en fait la réalité de ce qui s'est passé, c'est-à-dire que d'un être inhumain qui était dans des marges, dans les marges de l'humanité, "j'en ai fait un être humain". Donc « je l'ai fait », « je l'ai fabriqué » au sens quasi réel du terme. C'est pourquoi ce terme, au-delà de l'aspect bienveillance/maltraitance, je pense qu'il vient dire certainement quelque chose de la position du soignant, qui est dans cette position de faire avec son désir, avec son attention, avec ce qu'il engage là dans la relation du moment – et c'est quand même une relation extrêmement complexe. Donc il est créateur à un certain moment, créateur de quelque chose, de cet humain qui va venir prendre place parmi les autres humains... mais je sais que dans les institutions, on n'aime pas trop ces termes-là.

Dernier aspect : ne pas banaliser le corps. Car l'on sait bien que le risque du corps, et notamment dans les espaces collectifs, c'est la banalisation, par exemple la banalisation de la nudité, la banalisation, et même si l'on fait attention maintenant avec des salles de bains individuelles, des chambres individuelles, on voit qu'il y a toujours le risque de banaliser le corps de l'autre et qu'il ne devienne plus qu'un objet. Je renvoie éventuellement à un petit texte tout à fait intéressant de Paul FUSTIER – je crois que c'est dans le travail d'équipe à l'institution – où il parle du bain de la marquise. Vous relirez l'épisode où la marquise se met nue dans son bain. A côté il y a son serviteur et cela ne lui pose aucun problème car pour elle, son serviteur n'est pas un humain mais un objet de bain. Il y a donc une banalisation de la nudité et je trouve qu'il faut faire extrêmement attention à cela dans les établissements. Avec une question aussi : par exemple, est-ce que l'on demande l'autorisation au résident de le toucher pour lui faire sa toilette ? Est-ce qu'on demande tous les matins l'autorisation de les laver ? Même ceux qui sont très handicapés. On voit qu'il peut y avoir là une banalisation des gestes « allez, c'est l'heure de la toilette, on y va ». C'est comme ça. On voit bien que le risque ici est d'objectiver le corps de l'autre alors que sa dimension corporelle est sa dimension de sujet – certes parfois précaire, en difficulté – mais quand même dimension de sujet.

Il y a donc là aussi quelque chose à faire, à être extrêmement attentif à ne pas rendre le corps de ces personnes-là transparent, mais à garder une certaine opacité de leur corps. Opacité veut dire quelque chose de l'ordre de l'intimité. Or, l'on sait bien que dans les établissements, la question de leur intimité corporelle n'est pas si simple.

Je vous ai fait là une sorte de panorama rapide des questions que je me pose depuis pas mal d'années que je gravite un peu dans ce milieu. Bien sûr, ce n'est pas épuisé et il y a bien d'autres dimensions à voir. Je vous remercie. »

## Débat avec la salle

Animateur : « Merci de nous avoir « fait » un peu plus lucides sur la question... Du corps à la pensée, tu as développé cette question à la fin, des conditions pour les encadrants. Je me demandais s'il n'y avait pas des conditions d'organisation pour permettre aux professionnels, aussi de vivre leur corps, l'intimité, les espaces institutionnels, etc. Avec toutes les expériences qu'il y a, notamment, de résistance de professionnels à vouloir aborder ces questions, toutes ces questions de monstruosité puis donc du corps, donc de leur propre corps. Leur parler, j'ai bien compris, et des conditions favorables en termes d'organisation qui fassent que les espaces d'intimité, les espaces de vie des encadrants soient pris en compte. »

P. CHAVAROCHE : « Oui, certainement, il doit y avoir des espaces psychiques institutionnels pour les encadrants. Il faut créer ces espaces. Habituellement, c'est ce que l'on appelle les réunions... Mais on doit pouvoir parler de ça dans les réunions, aller aborder ça sans qu'effectivement cela soit frappé d'interdit. Par exemple, que ce soit frappé d'interdit de penser parce que si c'est l'interdit de dire, c'est aussi l'interdit de penser. Si les soignants sont frappés d'interdit de penser et notamment de penser ces "mauvaises choses", c'est-à-dire de penser ce qui est l'aspect un petit peu sombre de ce travail. Car le travail que l'on fait auprès de ces personnes est forcément ambivalent ; à la fois, bien sûr, on est auprès d'eux avec notre attention, notre sollicitude, je dirais même notre amour – moi ça ne me gêne pas d'employer ce terme-là en matière professionnelle –, mais on y est aussi certainement, dans ce travail, avec nos résistances, avec nos propres zones de difficulté avec le corps, avec nos peurs, nos dégoûts, nos haines. Il faut donc pouvoir ne pas cliver. Le risque serait de cliver et de se dire qu'il y a la bonne partie du soignant qui est sollicitée dans l'établissement et qu'on ne veut surtout pas entendre parler de mauvaise partie. Le soignant (au sens large) devrait se débrouiller avec ça et va rester avec cette partie sans savoir comment faire, comment l'élaborer. Avec donc des répercussions possibles à la fois culpabilisantes : « oh là là, je ne devrais pas, un tel, je n'ose pas le toucher parce que sa peau... je ne devrais pas, donc je vais me forcer, je vais culpabiliser, donc ça va se retourner contre moi ». Ou alors « je vais le déplacer vers le collègue »... L'intérêt serait donc d'avoir des espaces où l'on puisse accueillir cette problématique. L'accueil de la problématique et l'accueillir dans tous ses aspects, et voir un peu ce qui se joue dans cette relation corporelle. A partir du moment où on a pu le penser, et le parler, la plupart du temps, les choses s'améliorent. On voit souvent des soignants dire « depuis que j'en ai parlé, ça va mieux. J'étais en difficulté avec lui mais on en a parlé, on a pu en réfléchir, et ça va mieux ». C'est-à-dire « j'ai pu en fait psychiser, mentaliser quelque chose qui n'était pas pensable dans ma relation ». Cela suppose donc des espaces, qui ont des qualités presque corporelles, c'est-à-dire des espaces contenant, sécurisés, dans lesquels on peut parler sans jugement de valeur, dans lesquels l'exigence est une exigence de travail psychique. On peut dire que le travail des soignants est un travail psychique puisque c'est penser en permanence ce qui se joue dans la relation et que l'acte soit articulé à de la pensée. Parce le risque ici, on le voit bien, est d'être dans l'acte pour l'acte, on fait la toilette le matin parce qu'il faut la faire et aller. Or, dans ces établissements, si on ne pense plus, on est mort au sens psychique du terme. Donc il faut continuer à penser, et cela suppose des agencements institutionnels complexes, sophistiqués. Ça prend du temps, mais ce n'est pas du temps perdu. Il y a donc tout ce travail qui me paraît important. »