



HAL
open science

Se mettre à l'écoute dans la situation de soin : le partage de deux vulnérabilités

Anne-Lyse Chabert

► To cite this version:

Anne-Lyse Chabert. Se mettre à l'écoute dans la situation de soin : le partage de deux vulnérabilités : Revisiter le paradigme de la force du thérapeute face au handicap de son patient. *Reliance psychomotrice*, inPress, Quand le psychomotricien rencontre la vulnérabilité, 34. hal-03799334

HAL Id: hal-03799334

<https://hal.science/hal-03799334>

Submitted on 21 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Quand le psychomotricien rencontre la vulnérabilité

Se mettre à l'écoute dans la situation de soin : le partage de deux vulnérabilités. Revisiter le paradigme de la force du thérapeute face au handicap de son patient

Anne-Lyse Chabert, Chargée de Recherche CNRS, Laboratoire IHRIM, (UMR 5317), Lyon,
chabert.annelyse@gmail.com

La rencontre du thérapeute avec son patient n'est qu'un écho d'une vulnérabilité commune plus ou moins exacerbée chez le patient qui fait parfois l'épreuve de cette fragilité étrange qu'est le handicap. Au travers d'une inégalité originaire qui les rapproche, thérapeute et patient doivent agir en toute intelligence, dans un chemin qui les rend réciproquement co-équipiers et détenteurs de compétences même différentes au sein d'une même réalité.

Mot-clés : écoute, confiance, handicap, expérience vécue, monde commun, binôme

Vous savez ce qui se passe quand deux personnes bavardent. L'une parle et l'autre lui coupe la parole : *c'est tout à fait comme moi, je ...* et se met à parler d'elle jusqu'à ce que la première réussisse à glisser à son tour : *c'est tout à fait comme moi, je ...*

Cette phrase, *c'est tout à fait comme moi, je ...*, semble être un écho approuvateur, une manière de continuer la réflexion de l'autre, mais c'est un leurre : en réalité c'est une révolte brutale contre une violence brutale, un effort pour libérer notre propre oreille de l'esclavage et occuper de force l'oreille de l'adversaire. Car toute la vie de l'homme parmi ses semblables n'est rien d'autre qu'un combat pour s'emparer de l'oreille d'autrui.

M. Kundera, (*Le livre du rire et de l'oubli*, trad. François Kérel, p.128, Folio n°1831)

Lorsque l'on m'a demandé d'écrire pour cette revue, une première hésitation s'est imposée à moi : je n'étais nullement psychomotricienne ; tout au plus avais-je fait ponctuellement l'expérience de quelques séances en vis-à-vis d'un psychomotricien, même si le lourd handicap moteur qui m'affecte à ce jour me rend plutôt familière avec de nombreux thérapeutes comme des kinés, orthophonistes, ergos ou autres. Mes quelques paragraphes seront donc seulement le produit de ce que j'ai pu éprouver en tant que patiente jusqu'à maintenant, ce à quoi j'essaie d'associer ma casquette de chercheuse en philosophie pour ordonner mes idées.

La formulation du sujet de la revue acte de fait une inégalité fondamentale entre le soignant et le soigné : or le thérapeute ne rencontre-t-il pas toujours une autre forme de vulnérabilité dans son patient, vulnérabilité qui ne fait d'ailleurs jamais qu'écho à la sienne ? Ce que je défends dans tout mon travail, c'est qu'il n'y a pas un vulnérable, un précaire fatalement enkysté dans une détresse « à demeure », à l'opposé du « fort » que serait le soignant. Nous évoluons tous dans un monde poreux, où nous sommes tous vulnérables même si certains seulement sont plus fragiles, plus « vulnérés » car plus exposés aux déséquilibres et à nos interdépendances du quotidien que les autres. La vulnérabilité, loin de se réduire à une simple faiblesse, s'inscrit comme une dynamique dans le temps : un même individu peut dans certains milieux être vulnérable et ne plus l'être du tout dans d'autres, ce qui marque la relativité d'un concept qu'il nous faudra encore travailler à l'avenir.

Mon travail met l'accent sur la créativité et l'inventivité humaine qui peuvent se déployer dans une situation *a priori* bouleversée par le handicap. J'utilise trois concepts que j'illustre à chaque fois par des expériences de vie, le concept de norme à l'échelle du corps, celui d'affordance ou invitation à agir dans le milieu technique, celui de capacité comme retraçant les frontières normatives entre ce que peut être ou ne pas être un individu dans son milieu social. Ces trois concepts n'ont toutefois pas la préséance de mon propos ; j'aurais pu utiliser des outils différents pour déployer l'idée qu'améliorer la situation de handicap, c'est une affaire qui passe avant tout au travers de l'expérience vécue du sujet qui se coordonne avec une renégociation de l'ensemble de son milieu. Ici les trois notions que j'ai développées présentent simplement l'avantage de mettre en lumière les trois espaces qui balisent nos vies à tous dans leurs grands traits.

Quelle est donc dans ce contexte l'essence du geste thérapeutique ? Qui peut donc être thérapeute ? Pris dans une acception très large, peut être thérapeute tout individu capable de créer un espace qui permet librement au « patient » ou à l'individu plus fragile d'y déployer librement les capacités dont il est porteur, sans même qu'il se sache *a priori* capable d'un tel mouvement. Et le premier espace dont l'individu handicapé a besoin pour déployer ce qu'il peut faire, c'est avant tout lui-même comme je le montre dans mon premier livre *Transformer le handicap* (Eres 2017) au travers de l'exemple d'un calligraphe tétraplégique qui réapprend la calligraphie en travaillant avec son corps limité cette fois par la paralysie, et en aboutissant *in fine* au même degré d'expertise qu'avant. C'est le premier verrou à lever pour faire évoluer une situation qui se retrouve bloquée de fait : ce blocage, c'est bien celui que convoque le handicap où l'individu est excentré d'un centre ordinaire dont il lui faut reconquérir les instances, soit apprendre à faire sien ce nouvel excentrage qui ne peut jamais vraiment être anticipé. Nous sommes toujours sur du sur-mesure qu'il s'agisse du patient ou du thérapeute,

mais surtout lorsque l'on parle de leur binôme à tous les deux. Une des grandes forces dont doit faire preuve le soignant, c'est d'accepter de ne pas tout savoir mais de laisser émerger ce qui se déploie dans ce nouveau cadre qu'il accueille, c'est de consentir au monde de l'autre *a priori* abîmé. C'est d'avoir conscience qu'il ne peut pas tout comprendre et qu'il ne doit pas non plus chercher à tout maîtriser ; en d'autres termes il doit être prêt à engager une même confiance en son patient que celle que lui accorde ce dernier quand il se sait écouté.

Le thérapeute doit favoriser les mouvements d'autonomie du sujet handicapé, autonomie au sens étymologique de « celui qui crée sa propre loi ». En effet, le thérapeute ne doit pas s'inscrire dans une démarche qui confondrait dépendance et autonomie, mais veiller à donner à son patient tous les outils que lui-même n'a pas forcément, à lui permettre d'y accéder sans faire ce travail à sa place, ce en quoi la thérapie perdrait son sens. Il doit l'amener à l'expertise en acceptant de ne pas être lui-même le même expert, car invariablement, c'est vers sa propre expérience que le patient devra se tourner lorsqu'il sera face à une situation critique. En d'autres termes, le thérapeute doit avant tout se garder de projeter « du soi » sur l'autre. Car écouter, observer, c'est aller à l'encontre des attitudes de surdité mutuelle dont rend compte Milan Kundera en exergue. En effet, jamais plus que dans notre monde moderne, les aspirations intimes de la personne handicapée ne sont sujettes à être si peu entendues du fait que le *credo* majoritaire, c'est la façon d'entendre les normes standard sans aller au-delà de ce canal informatif. Bousculées sans être écoutées dans leurs velléités d'expression quotidiennes, ces personnes entrent dans une logique interne au sujet qui reste fondamentalement hermétique à tout point de vue extérieur. La force du thérapeute, c'est aussi celle de postuler que malgré le fait qu'il n'entend pas *a priori*, il a quand même quelque chose à entendre et à écouter, et que la personne a quelque chose à lui dire. Il doit donc prêter ses deux oreilles et toute son attention à cette nouvelle humanité à qui il offre déjà ainsi une reconnaissance.

La psychanalyste Simone Korff-Sausse a écrit avec justesse : «L'autisme est dès lors une manière d'être. On peut faire un parallèle avec les réflexions de Gaetano Benedetti (La Mort dans l'Âme, Erès, 1995) qui parle de sa clinique des schizophrènes, en disant que notre tendance à comprendre et interpréter les manifestations et expressions des psychotiques sur le modèle de nos perceptions est une erreur, voire même une violence faite au patient. Leurs hallucinations sont des perceptions d'un type de réalité avec laquelle il n'est pas possible de s'identifier. Plutôt que de dire : « il a une hallucination », il s'agit plutôt d'admettre : « il a une perception d'un monde que je ne perçois pas »». (Revue Corps et psychisme).

Evidemment, cela interroge à nouveaux frais les notions de silence et de langage, faisant une fois encore écho à l'exergue troublante de Kundera. Il ne s'agit pas d'aligner de simples mots comme vecteurs d'information, et dont le silence ne serait que la contradiction. Ce sont justement ces silences qu'il faut peut-être écouter avec une attention redoublée, silences où la personne handicapée chemine vers sa propre voie sans que l'on puisse dans l'immédiat en rendre compte. Le thérapeute, c'est celui qui fait place, qui laisse la place à la voix de son patient quelle que soit la teneur de ce que l'individu en détresse a à lui dire. A mon sens, le

geste thérapeutique consiste à donner cet espace originel, nécessaire à l'épanouissement d'un soin, cet espace même que Henri Michaux décrit dans *Poteaux d'angle* :

Une chose indispensable : avoir de la place. Sans la place, pas de bienveillance. Pas de tolérance, pas de... et pas de... Quand la place manque, un seul sentiment, bien connu, est l'exaspération, qui en est l'insuffisante issue.

S'il est indéniable aujourd'hui que bien des soignants n'ont pas la possibilité d'offrir suffisamment de disponibilité en termes d'espace, en termes de temps et donc en termes d'écoute étant donné qu'ils en sont eux-mêmes privés du fait d'un mouvement plus général d'une société qui ne se met que trop rarement à la hauteur des besoins de ses membres, cela ne doit pas encourager à une certaine forme de passivité. Les relations entre le thérapeute et l'individu doivent évidemment s'établir sur du long terme, ce qui n'est pas toujours rendu possible puisque les personnes en situation de handicap sont souvent ballotées entre de multiples instances médicales. Ce manque originel de place ne nous invite cependant pas à nous complaire dans une certaine attitude de paresse où nous ne chercherions même plus à faire jouer nos humanités respectives. Au contraire, c'est peut-être ici en particulier qu'elles doivent agir de concert, dans cet espace de clandestinité, même parfois étriqué, qui fait la part belle à deux singularités éminemment différentes qui se rencontrent, l'une dans la détresse et l'autre qui est à même de créer l'espace de protection dont la première a besoin. Le travail de coéquipier, fût-il temporaire, entre le thérapeute et son patient, se constitue bien dans cet espace de jeu d'un entre-deux toujours un peu en marge, dans cet espace non conformiste et non délimité, qui fait jouer les singularités de chacun pour instaurer un binôme d'une connivence remarquable.

De cette relation d'initiale inégalité entre un individu fragile et un individu qui a la possibilité et la force dans ce monde d'accueillir, d'améliorer et de repolariser quand il le faut cette détresse pour que de ses faiblesses initiales émerge un jeu expert et conscient de ses capacités comme de ses limites, on donne à la situation à se reconfigurer, on la restaure non pas seulement en réalisant des « compensations » locales, mais d'une façon qui prend en compte l'intégralité de la personne initialement bouleversée. Décentrée d'un centre standard à l'origine qui la pousse à explorer sa propre voie *via* les décentrages dont elle fait l'épreuve, la personne en situation de handicap peut *in fine* réussir à faire sien cet excentrage. Et même parfois contre toute attente s'apercevoir que le premier centre duquel elle a été expulsée n'était pas aussi adapté à sa première mesure que celui qu'elle a retrouvé.

Dans le paradigme thérapeutique que j'ai développé ici, il se peut que certaines personnes en situation de handicap choisissent de saisir ou non une possibilité qui leur est offerte par le soignant. Le second cas est plus fréquent de nos jours, donnant parfois l'impression au thérapeute d'un échec thérapeutique, mais avoir donné la possibilité du soin à l'individu, c'est déjà le restaurer dans sa capacité d'être humain, dans sa capacité d'être écouté. Et en cela, affirmer sa propre humanité de soignant à travers ce geste qui ne le cherchait pas. Défiant nos conceptions spatiales les plus traditionnelles, ici en même temps que le soignant abrite l'humanité de son patient, le patient abrite l'humanité de son soignant.

Les derniers mots sont à Jean-Dominique Bauby qui a su de manière incroyable rédiger le très beau texte *Le Scaphandre et le Papillon* avec une patience qu'on n'ose même pas imaginer. Je vous livre tout mon émerveillement devant ces quelques lignes où Bauby, dans un raccourci où j'avoue m'être sentie un peu feintée, rend compte avec la plus grande économie de mots de tout le développement que j'ai tenté d'esquisser précédemment. Enfermé dans son « *locked-in syndrome* » - tout mouvement hormis le clignement des yeux lui est devenu impossible – il se reconnaît de façon imagée et pleine d'humour « domicilié dans son scaphandre » (p. 43), scaphandre dont seule son orthophoniste, celle qu'il appelle « son ange gardien » dans le réseau médical qui l'entoure, a tâché d'accompagner son évasion en ayant créé avec lui un système de communication à la mesure de ses possibilités de clignement d'œil et en l'accompagnant dans l'écriture de cet ouvrage. Mais ce sont ces quelques mots qui m'ont le plus émue, tant ils éclairaient avec élégance le message que j'ai cherché à transmettre. Quel plus beau message pour libérer à la fois l'humanité du patient et celle de son thérapeute ?

“Loin de ces raffûts, dans le silence reconquis je peux écouter les papillons qui volent à travers ma tête. Il faut beaucoup d'attention et même du recueillement car leurs battements d'ailes sont presque imperceptibles. Une respiration un peu forte suffit à les couvrir. C'est d'ailleurs étonnant. Mon audition ne s'améliore pas et pourtant je les entends de mieux en mieux. Je dois avoir l'oreille des papillons.” – Jean-Dominique Bauby, *Le Scaphandre et le Papillon*, éd. Robert Laffont, p. 103

Pour conclure, j'insisterai sur le fait que le manque d'écoute qui nous intéresse n'est pas propre à la situation de handicap ou à une situation de soin médical quelconque, comme le souligne Kundera au hasard d'une conversation très routinière. On observe certes ce même problème avec beaucoup plus d'acuité dans ces situations un peu extrêmes du handicap, mais cette situation se prolonge en fait dans l'ensemble de nos accompagnements. Nous ne sommes plus à même bien souvent d'écouter l'Autre, ses véritables paroles deviennent en cela « inaudibles ». Il faut commencer à changer de posture, à « nous mettre à l'écoute » les uns des autres. Si le terrain du handicap est un lieu privilégié pour observer nos humanités à chacun, c'est tous nos accompagnements les plus rudimentaires, les plus quotidiens qu'il nous faut commencer à repenser. Transformer la notion initiale qui consiste à faire peser sur les dénominations que nous utilisons entre nous une nomenclature intangible qui fige les situations dans leurs hiérarchies photographiques, en un pouvoir « qui permet aux situations d'advenir » *via* nos attitudes de tous les jours les plus banales, en faisant une force de nos vulnérabilités à chacun.

BIBLIOGRAPHIE

Chabert, A-L. (2017). *Transformer le handicap, au fil des expériences de vie*. Erès.

Chabert A-L. (2012) *Vivre son destin, vivre sa pensée*. Albin Michel.

Canguilhem G. (1952) *La connaissance de la vie*. Vrin.

Canguilhem G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Presses Universitaires de France.

Canguilhem G. (1983). *Études d'histoire et de philosophie des sciences, concernant les vivants et la vie*. Vrin.

Canguilhem G. (2002). *Écrits sur la médecine*. Seuil.

Goldstein K. (1952, trad. en français). *La structure de l'organisme. Introduction à la biologie à partir de la pathologie humaine*. Gallimard.

Laugier S. (2012). *Tous Vulnérables ? : le care, les animaux et l'environnement*. Payot.

Le Blanc G. (1998). *Canguilhem et les normes*, Presses Universitaires de France.

Levinas, E., Hughes, P. & Ainley, A. (2012). Le paradoxe de la moralité : Un entretien avec Emmanuel Levinas. *Philosophie*, 112, 12-22. <https://doi.org/10.3917/philo.112.0012>

Levinas E. (1974)., *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. Martinus Nijhoff.

Macherey P. (2009). *De Canguilhem à Foucault, la force des normes*, La Fabrique Éditions.