

Depuis plusieurs années je suis impliquée dans le « care » - l'espace du prendre soin. J'accompagne sur le terrain soignants, médecins, psychologues du milieu du soin (hôpitaux, ehpad, ssiad...) et professionnels de crèche.

Je vous invite à rentrer dans le « trio du soin » réunissant - patient, soignant et psychomotricien pour tenter de préciser en quoi la mise en jeu de la conscience corporelle du soignant participe à intersubjectivité de la relation quelque soit le degré de conscience de la personne accompagnée.

Au cours de formation in situ, je rencontre des personnes pour lesquelles la conscience de soi est altérée :

- des adultes suivis dans un service de réanimation,
- des adultes âgés désorientés et confus souffrant de troubles démentiels accompagnés en unités gériatriques.

Leur conscience est modifiée au cours du coma ou pour les aînés par de graves troubles cognitifs.

Les soins auprès de aînés confus et des patients comateux, nous posent de nombreuses questions. Il nous est difficile de nous représenter ce que ressent une personne qui ne se perçoit plus elle-même. Vit-elle dans un chaos sensoriel ?

Le monde lui est-il devenu étranger à toute représentation, en raison de l'impossibilité d'agir par elle-même ni se représenter l'action que nous réalisons « pour » elle ?

Que ressent-on quand toute conscience de soi est devenue impossible ?

Que devient la conscience corporelle quand la conscience se perd dans les labyrinthes de l'oubli ou dans la nébuleuse du coma ?

Un toucher attentif et attentionné peut-il mobiliser la subjectivité en l'absence de conscience de soi ?

Un geste habité par la conscience corporelle de celui qui touche s'inscrit-il au cours du soin d'une personne inconsciente d'elle-même ?

La trace, l'empreinte désignent l'inscription dans l'espace et le temps d'une geste, d'une action, d'une parole, d'un regard... Quand elles désignent une expérience vécue on parle de **mémoire**.

Le psychanalyste François Ansermet et le neurobiologiste Pierre Magestretti décrivent la plasticité neuronale et le processus inconscient comme un remodelage de « traces » recomposant sans cesse notre paysage neuronal.

La manière d'inscrire cette mémoire est singulière.

Toute expérience est en cela unique et intransmissible.

Le soin est une rencontre unique. Il est le temps de l'actualisation du maillage de trois empreintes, imbriquées les unes dans les autres.

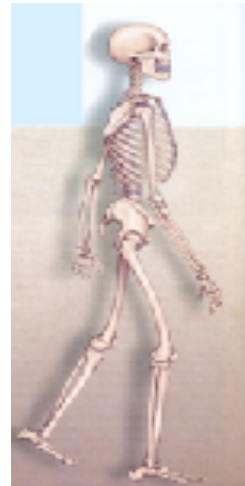
À l'image de poupées russes, elles sont investies simultanément par le dialogue corporel :

1° **La mémoire de l'espèce** - phylogenèse - **le corps générique**, notre structure corporelle est commune, elle est le fruit d'une longue évolution de l'espèce.

L'histoire de notre verticalité suit la trace de la mémoire de l'espèce. Notre colonne vertébrale est primitivement en enroulement avant que se dessinent les 3 courbures au cours des 10 premières années de notre vie. Le sujet âgé ne vivant plus l'expérience de la verticalité perd la lordose lombaire en quelques semaines et revient dans la courbure primitive du cynomorphe et du jeune enfant.

La bouche est sur-investie par le jeune enfant, cavité primitive par laquelle il découvrira le monde qui l'entoure en portant les objets à sa bouche. Chez le patient en fin de vie comme chez le patient sortant du coma, ce premier espace intérieur redevient primordial en tant qu'espace d'investissement sensori-moteur.

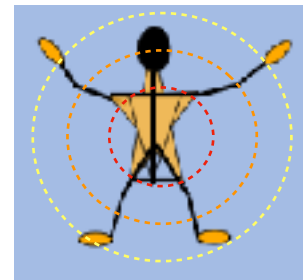
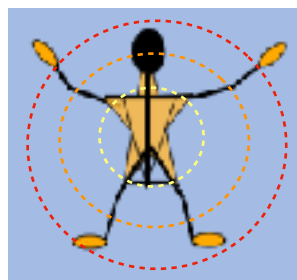
Une mémoire de l'avenir inscrit notre développement et notre involution dans une logique organique où la fonction fait évoluer la structure et réciproquement au regard de la nécessité.



2° **La mémoire de l'individu** - ontogenèse - **l'ipséité**, la culture du sujet se construit par l'expérience. Le développement du jeune enfant suit une évolution inscrite biologiquement mais la forme de cette construction est singulière. Elle se tisse dans la relation que chaque enfant tisse avec le monde qui l'entoure.

Deux lois gouvernent la maturation neurologique de notre évolution psychomotrice - la loi céphalo-caudale et proximo-distale.

Le jeune enfant naît avec une hypotonie axiale et une hypertonie périphérique (A). Au cours des premiers mois de l'existence chaque expérience sera l'occasion d'ajuster progressivement la régulation tonique de façon à accorder nos gestes et notre posture dans un tonus harmonieux du centre vers la périphérie (B). Au cours du vieillissement, l'appréhension du vide va pousser le sujet à s'agripper et intensifier son tonus musculaire en périphérie au détriment du tonus axial. L'axe vertébral s'effondre par manque de soutien postural, en l'absence de toute sensation d'appui et de repoussé dans le sol. (A)



Évolution de l'équilibre tonique

Immaturité et fragilité (A)

harmonisation centre-périphérie (B)

3° La mémoire de l'expérience immédiate, « l'être au monde » la présence à soi agissante est sans cesse remaniée par la rencontre et d'autant plus que la présence dans l'ici et maintenant est habitée de "sens". Le biologiste Francisco Varela parle d'autopoïèse pour désigner cette "capacité d'engendrer et de spécifier continuellement sa propre organisation". Le présent s'invente d'instant en instant, il fait émerger une nouvelle réalité en chacun de nous par notre capacité d'accueillir l'indéfini et l'infini de l'évolution humaine. Ainsi, nous participons à ce qui a lieu, tout en étant modelé par ce qui advient. Le soi ontologique s'actualise dans la relation que nous vivons à nous-mêmes, à l'autre et à l'environnement.

Au cours d'un soin, nous rejoignons ce que perçoit l'autre parce que quelque chose de nous rejoint une manière d'agir commune bien que chaque geste soit éminemment l'expression d'une personne. C'est parce que nos gestes sont habités d'une intériorité que nous prêtons un intérieur à celui que l'on soigne. Grâce à notre perception, les neurones miroirs nous permettent d'adopter une attitude empathique. Cette capacité est humainement si essentielle qu'elle s'exprime très précocement chez l'enfant. La pédiatre hongroise Emmi Pikler a observé que le jeune enfant dès le 4^o mois est capable de percevoir la signification des pleurs d'un enfant qui se trouve près de lui.

En impliquant notre propre corporéité dans l'acte de soin, nous nous donnons la possibilité d'accueillir ce que nous ressentons de celui que l'on accompagne, bien que ce qu'il ressent ne nous soit pas totalement représentable.

En effet, il est difficile de s'imaginer le vécu corporel des patients hospitalisés en service de réanimation. Au-delà des pathologies lourdes dont ils souffrent, l'assistance technique élevée, ajoutée à l'immobilisation et la sédation influencent très certainement leur conscience d'eux-mêmes.

Les stimulations sonores, proprioceptives et visuelles sont très nombreuses en raison de la multiplicité des soins et de l'énorme technicité qui entoure l'espace du patient. Les afférences sensorielles donnent la sécurité de la présence, mais quand elles sont en excès, elles génèrent une sur-stimulation faisant vivre des sensations de dissociation.

Le vécu traumatique de l'hyper stimulation du contexte de la réanimation et la grande vulnérabilité du patient sortant du coma l'empêchent de se ressourcer dans "la conscience noyau"¹, c'est-à-dire la capacité de se percevoir ici et maintenant. Sans conscience corporelle, il ne peut élaborer une représentation de la situation qu'il est en train de vivre. L'immobilisation prolongée et la sédation réduisent les afférences proprioceptives et par voie de conséquence désorganisent la conscience de soi.

Un cercle vicieux apparaît : l'immobilisation prolongée réduit la possibilité d'agir en raison de l'incapacité de situer ses segments corporels dans l'espace. Sans action par soi-même la perception de soi et de l'espace environnant se désorganisent, il sera ainsi très difficile de retrouver une mobilité spontanée. La sécurité de base est minée par le désarroi de l'impuissance.

¹ DAMASIO (A) *Le sentiment même de soi* Edition Odile Jacob 1999

DAMASIO (A) *L'autre moi-même les nouvelles cartes du cerveau de la conscience et des émotions* Odile Jacob 2012

Nous voyons ainsi à quel point la qualité de mobilisation exercée par les soignants est déterminante dans le maintien de l'intégrité du sentiment de soi-même du patient et aussi d'une certaine manière du soignant.

Plus le soignant est "juste" dans son geste, par un toucher organique, ajusté à ce qu'il perçoit du patient qui ne se perçoit plus lui-même, plus le geste laissera une "trace" favorisant la cohérence de la structure somato-psychique.

Que je sois confus ou comateux, si je ne peux plus bouger par moi-même, toute sensation même inconsciente issue d'un mouvement exercé par l'autre dans une présence intériorisée consolidera ce premier "moi corporel". Cette attitude emphatique ne recrute pas de temps supplémentaire, elle demande une qualité de présence du soignant à lui-même. En l'absence d'attention et disponibilité intérieure de la part de celui qui agit pour moi, les comportements régressifs associés aux angoisses archaïques inscrites dans la mémoire primitive de la conscience noyau resurgissent pour endiguer l'angoisse.

Dans un tel contexte d'anxiété et d'impuissance, nous voyons très souvent le patient âgé confus se réfugier dans "l'inhibition" par des gestes ou une attitude de repli et une fuite du regard ou au contraire, se mettre dans un schéma d'extension et un comportement d'opposition.

Nous comprenons tous que les soins soient difficiles à supporter pour le soignant comme pour le patient, quand il n'est plus possible d'associer ce que l'on perçoit et de donner un sens à ce que l'on vit dans un contexte qui n'a plus de sens.

En l'absence d'intégrité du Moi corporel, les angoisses archaïques réactivées dans un tel chaos sensoriel et proprioceptif peuvent prendre trois formes :

Les angoisses liées à l'absence de limite de soi

Nous avons vécu neuf mois enveloppé dans un espace contenant qui nous maintenu dans une position rassemblée, nous étions totalement contenu par le sac utérin. La traction du cordon nous a donné la sensation d'une attache centrale unifiante. La peau construira au cours du développement le premier sens de l'espace.



Lorsque nous cessons de bouger durant un temps prolongé, nous pouvons ressentir l'incapacité de situer nos segments corporels dans l'espace. Nous avons alors une sensation diffuse de nos limites, notre peau perd sa fonction contenante en l'absence d'afférences kinesthésiques et sensorielles.

Les angoisses de morcellement

Nous situons nos segments corporels dans l'espace grâce aux afférences extéroceptives, proprioceptives et viscéroceptives.

Lorsque nous sommes mobilisés sans pouvoir situer ni nous représenter les moyens de l'action, le mouvement se réalise sans représentation consciente de notre part et sans possibilité d'anticiper ce qui va avoir lieu. Cela conduit à des angoisses de morcellement car l'action est dissociée de la perception.

L'acte se fragmente parce qu'il n'a plus de continuité intentionnelle.

Les segments corporels sont alors vécus comme disloqués, déformés ou absents. Dans ce manque de cohérence interne, le sujet n'a plus la référence de l'unité vivante qui le

caractérise, il se trouve alors démuné pour agir dans le monde et se vit dans une totale impuissance.

Les sensations n'étant plus reliées entre elles, le "sentiment de complétude"² disparaît et avec lui, la capacité de se vivre comme un tout unifié et unique. Le sentiment d'exister se désagrège, la confusion devient l'expression de ce qui se dé-fusionne en soi.

La peur du vide

La peur du vide apparaît au cours des changements de position quand les gestes d'accompagnement sont trop rapides et imprévus. La peur au ventre, la sangle abdominale se bloque et empêche le relâchement du diaphragme lors de l'expiration. Le tonus périphérique s'élève, il s'accompagne de mouvements saccadés, d'agrippements et de gestes de repli sur soi. À cela s'ajoutent la crispation des mâchoires et l'apparition de cris associées à une raideur de la nuque et une fixité du regard.

La peur d'être aspiré par le vide est décrite par Winnicott comme la sensation de "ne pas cesser de tomber". Cette angoisse primitive réapparaît lors du vieillissement ou à la sortie du coma en raison de l'immobilisation prolongée. Elle se manifeste par la réactivation des réflexes d'agrippement. Le pédopsychiatre Pierre Delion³ écrit "*Le grasping peut être vu comme une première défense archaïque contre l'effet de la pesanteur : je m'agrippe à tout ce qui vient au contact de mes paumes.*" L'agrippement est une conduite d'auto-régulation, elle maintient une cohérence interne. Les agrippements se réduisent dès que le sentiment de sécurité se rétablit dans la posture d'enroulement, rassemblant les segments corporels autour du centre, corde primitive du lien à soi.

Incapable de gérer son poids et de maîtriser son équilibre face à l'attraction de la pesanteur, toute personne vulnérable comme le jeune enfant, se met en extension - arc arrière recherchant par le dos l'arrière plan de la sécurité. Le psychologue André Bullinger⁴ désigne la recherche de l'appui arrière comme le premier réflexe postural du bébé, mémoire du soutien de la paroi utérine qui nous donnait le sentiment d'être contenu.

Comment réduire l'apparition des angoisses archaïques ?

Tous les schèmes de développement sont rappelés lors des mobilisations du soin par la mise en jeu des coordinations de base. Nous les retrouvons lors des retournements et des changements de niveau pour passer de couché à assis, de assis à debout et réciproquement.

Sans avoir eu conscience de ce qui se tramait, le patient et le soignant ont expérimenté dans leur petite enfance toutes les actions de base pour se mettre debout. Nous les répétons quotidiennement sans en être conscient puisqu'elles sont devenues automatiques. Pour les réaliser lors du vieillissement ou à la sortie du coma, il est nécessaire réactiver leur trace mnésique pour, en quelque sorte réinitialiser l'autonomie de la proprioception.

Dans la position couchée ou lors du passage à la position assise et debout, la mise en jeu des actions fondamentales qui ont construit la sensation de la verticalité est l'occasion de rejoindre une empreinte humaine commune, c'est le moyeu du soin. Le soignant reconnaît ce qu'il vit en commun avec le patient et ainsi humanise son acte en l'individualisant. En

² LAURENT (M) Les cahiers d'Haptonomie

³ DELION (P) Le corporopsychique en construction. Conséquences sur la périnatalité Congrès de périnatalité de Béziers Avril 2013

⁴ BULLINGER (A) Les effets de la gravité sur le développement du bébé - l'espace de la pesanteur Edition ERES 2015
Journée de l'ARP Lyon Novembre 2017 - Geneviève Ponton gponton@wanadoo.fr

même temps, en respectant la logique organique du redressement, le soin garantit le maintien de la cohérence interne du patient comme celle du soignant. Cette attitude juste donne le tonus juste et le geste juste. L'ajustement du geste professionnel prévient la réactivation des angoisses archaïques pour le patient tout en retardant l'usure professionnelle du soignant. L'harmonisation du dialogue tonique soigne ainsi les deux protagonistes du soin.

Nous prendrons trois exemples pour suivre la construction de la conscience corporelle et identifier son actualisation au cours des soins corporels :

- **la conscience de la limite de soi - le rôle des enveloppements** dans la prévention des angoisses de liquéfaction
- **La connexion bassin-crâne et l'organisation du regard - le rôle du retournement** dans la prévention des angoisses de morcellement
- **Le dialogue appui repoussé - le rôle du soutien** dans la prévention des angoisses du vide

L'enveloppe, la trace de la sécurité

Nous sommes vendredi matin tôt, je rejoins Karine au fond du couloir du 3^{ème} étage de la maison de retraite. Toutes les portes sont laissées entrouvertes, certaines personnes sont déjà prêtes et attendent. Le regard tourné vers l'embrasure de la porte, elles scrutent le moindre passage de celles et ceux qui arpentent rapidement la ligne du soin. D'autres sont encore enroulées dans les draps de la nuit, immobilisées par l'usure, elles restent lovées dans le silence de l'impuissance.

Karine a déjà préparé le charriot d'inox qui offrira une douche bien chaude à la dame de la chambre du bout du couloir. Nous frappons discrètement à la porte de Madame F, elle sourit à la vue de Karine. Elle ne s'étonne pas de ma présence pourtant inconnue. Elle demande d'une voix aigüe « que voulez-vous faire, c'est à moi, c'est à moi » ? Karine lui répond tranquillement. Sa réponse ne suffira pas et, au moment où la barrière est baissée resurgit la question dans une forme identique. Je comprends alors que la confusion habite sa conscience et qu'aucun mot ne parviendra à la sécuriser. J'invite Karine à redresser le dossier du lit pour offrir à Madame F le moyen de contrôler visuellement la situation et mieux suivre nos faits et gestes en pouvant les anticiper visuellement. La même question revient ponctuer chacun de nos actes. Karine se baisse pour placer ses yeux à la hauteur des siens, elle lui sourit, lui parle d'une voix douce et calme. Au bout de longues et douloureuses minutes le calme et la confiance s'installent, la respiration se pose dans la poitrine de ces deux femmes que deux générations séparent.

Madame F reste allongée dans son lit. De grandes serviettes sont glissées délicatement entre son dos et le drap, nous arrivons au bout de nombreux petits mouvements à faire glisser sous elle le drap étanche qui retiendra l'eau de la douche. Nous la recouvrons délicatement de nombreuses serviettes avant de retirer ses vêtements de nuit sans jamais la découvrir. Aucune sensation de froid ne vient la saisir. Le pommeau de la douche vient mouiller les serviettes qui la recouvrent. Le poids et la chaleur de l'éponge mouillée lui offrent une enveloppe sécurisée.

Sans la continuité de l'enveloppement, sa peau mouillée et refroidie aurait généré des tensions en elle. Le contact de l'eau aurait été vécu comme une intrusion tant la conscience de sa propre limite est devenue fragile.

Après avoir été lavée segments après segments, tout en restant couverte, Madame F accepte d'être vêtue de ses propres habits. Elle s'accroche à eux comme à une partie d'elle-même, avant qu'ils ne soient à leur tour glissés sous de nouvelles serviettes sèches. En s'agrippant aux

vêtements qui lui sont présentés, elle manifeste une tentative de rassemblement pour maintenir sa cohérence interne. L'augmentation de son tonus musculaire par l'agrippement est une forme d'auto-contention.

Madame F est restée calme et conciliante durant toute la durée du soin. Nous terminons le soin par un mouvement de retournement pour l'inviter à se lever du lit. Nous utilisons toujours l'enveloppement du drap pour qu'elle retrouve la sensation d'unité du mouvement d'enroulement avec le soutien de "l'arrière plan" son dos étant appuyé contre la paroi du drap.

Aucun mouvement segmentaire ne sera initié pour la redresser. Ainsi, elle ne s'oppose pas à l'action car son dos prend appui dans la contenance du drap.

L'axe, mémoire de la conscience de l'unité

C'est la fin de la matinée, j'accompagne l'équipe du service de réanimation-adulte de l'hôpital. Depuis trois ans, nous travaillons sur la place du toucher dans le soin. Il s'agit de suivre les soignants dans leurs gestes quotidiens pour que le toucher au cours du soin garantisse une sensation de cohérence interne. Parallèlement nous mettons en place des temps de soins spécifiques où le toucher viendra apaiser, rassurer, contenir l'angoisse dans cet univers frontière entre la vie et la mort.

Ce matin nous proposons un soin de nursing à une dame qui a eu la veille une intervention chirurgicale au niveau du cerveau. Mise dans un coma artificiel rien de sa conscience ne semble percevoir notre présence. Nous la trouvons dans son lit totalement atone, ses segments corporels débordent du lit, sa tête abandonnée dans son poids chute sur son côté gauche. Une grosse canule obstrue sa bouche, elle lui permet de respirer artificiellement. Sa survie naît d'une « armoire pharmaceutique » où douze grosses seringues automatiques alimentent des perfusions 24h/24. Dans l'immobilité silencieuse de la chambre où nous nous trouvons la vie nous semble souterraine. Le temps s'égoutte au rythme du compte gouttes de la perfusion.

Au bout de trois ans de travail dans le service, je ne m'habitue pas à la vision terrifiante de cette vie artificielle. Venant accompagner l'aide soignante en formation avec moi, je lui propose de suivre mes gestes en miroir. L'intention de notre duo est d'offrir à cette dame un soin de nursing dont la visée sera de tenter de conserver ou restaurer la sensation d'unité corporelle par la conscience de l'axe vertébral.

Nous nous plaçons chacune à la hauteur de ses épaules et venons emboîter nos mains sous ses omoplates pour lui offrir le soutien et l'appui du haut du thorax, en suivant le mouvement de va et vient de sa respiration, nos mains rejoignent son axe lors de l'expiration provoquée par la machine. Puis, nous laissons glisser nos mains vers la périphérie au moment où l'inspiration renaît artificiellement. Nous laissons passer quelques cycles avant de renouveler quatre ou cinq fois le même mouvement. Nous nous immisçons entre la machine et elle pour glisser un geste organique dans les limbes de son coma artificiel.

Peu à peu, je ressens un petit changement de tonus au bout de mes doigts. Que ressent-elle de notre présence ? Que se passe-t-il dans cet organisme qui semble avoir perdu toute conscience intentionnelle ?

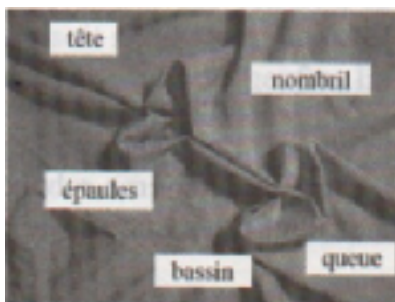
Ce temps de détente des épaules semble ouvrir quelque chose en elle. Nous prolongeons notre re-connexion des bras à l'axe vertébral en gardant une main à la racine chaque épaule. Puis, nos deux mains suivent la forme de ses deux bras simultanément pour rejoindre ses deux mains. Ses doigts, restés inactifs de longues heures durant sont engourdis.

En synchronisant nos mouvements et notre souffle au rythme de sa respiration artificielle, nous nous harmonisons l'une à l'autre pour que nos gestes lui offrent une sensation de totale symétrie. Quelque chose devient différent et apparaît dans son visage alors qu'aucune expression ne vient s'y inscrire. C'est comme si en deçà de sa musculature faciale une émotion s'imisçait en esquissant un changement de coloration de sa peau. Nous observons à l'écran un changement de ses constantes biologiques.

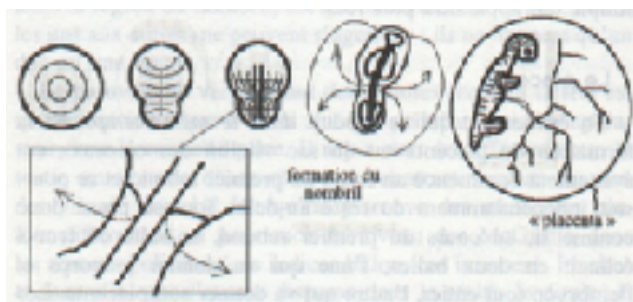
Nos mains suivent descendent le long de ses côtes rejoignent le bassin et viennent se poser sur les deux épines iliaques. Nous lui offrons quelques instants un appui stable et tranquille emboitant symétriquement les deux os de son bassin. Cette sensation est extrêmement rassurante et sécurisante. En prenant appui simultanément sur les deux iliaques nous rejoignons le sacrum, os de la sécurité comme l'occiput à l'autre extrémité de l'axe vertébral.

Nous réactivons là une mémoire embryologique, fœtale et psychomotrice ayant structuré les grandes connexions primitives :

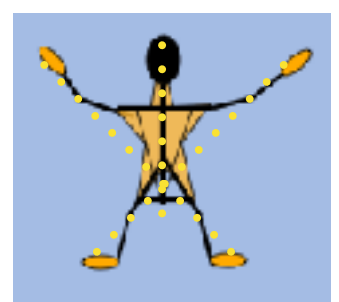
- centre - périphérie par le souffle de la respiration
- arc vertébral reliant par l'enroulement les deux extrémités bassin-crâne
- axe vertébral associant par la rotation les ceintures scapulaires et pelviennes



A



B



C

Représentation de la migration cellulaire à l'origine de la formation des directions centrales puis axiales de l'embryon⁵ (A) jusqu'à la formation des ceintures qui donneront naissance aux membres (B). Connexions structurelles des 3 directions fondamentales du mouvement (C)

La connexion axiale s'est construite à la fois par le maintien de l'enroulement dans le sac utérin mais aussi par tous les gestes de portage lors des premières semaines de vie . Les soins de développement en réanimation pédiatrique s'appuient de plus en plus sur la logique de l'évolution. Nous retrouvons en réanimation adulte et en gériatrie la nécessité de suivre cette cohérence inscrite dans la structure corporelle.

La mobilité primitive de l'axe et la mobilisation d'un patient inconscient ou confus sont identiques.

Tête et bassin vont initier tous les mouvements et changement de niveau.

Carrefour de toute la mobilité, le bassin est le lieu autour duquel tous les mouvements de rotation vont s'organiser. Par cet os complexe en forme de double anneau de Mœbius, la rotation conduira la mobilité de la tête par un mouvement spiralé jusqu'à ouvrir le regard à tout l'espace environnant. Il est très étonnant de constater que même dans le coma le mouvement spiralé facilite le retournement.

Partant de la rotation de la tête, nous retrouvons lors du retournement de cette dame la mémoire de l'enchaînement naturel des segments, du global au segmentaire.

⁵ FLEURY (V) De l'œuf à l'éternité le sens de l'évolution Édition Flammarion 2007

Après l'avoir aidé à se retourner pour lisser son dos délicatement, nous suivons la connexion bassin-crâne et prenons appuis sur l'occiput et le sacrum - os de la sécurité primitive. Quant elle retrouve la position plat dos, nous imprimons par une pression sur les crêtes iliaques pour retrouver la sécurité du soutien du sacrum. Nous finissons le soin en glissant nos deux mains jusqu'aux extrémités de ses jambes et emboîtons nos mains sous ses pieds pour rappeler la mémoire des sensations d'appui sur le sol de la posture verticale.

Nous ressentons comme une remise en ordre en elle, comme si quelque chose d'elle s'était verticalisé autour de l'organisation de son axe vertébral. Sa tête reste alignée à son buste, ses membres se sont rassemblés, elle semble moins "disloquée". Le soin se termine dans un climat serein, la vie reprend forme dans son ordre organique et sensible, elle apparaît à nos yeux comme une jeune femme plus paisible.

L'appui, la relation vers le bas, premier et dernier soutien de l'intégrité

Aussitôt la porte ouverte nous entendons des cris stridents. Les deux aides soignantes semblent habituées. Je reste pour ma part effrayée par ses hurlements venant du fond de son ventre. Comment peut-on survivre dans un tel effroi ?

Nous devons aider Me S à se lever du lit pour faire sa toilette. Comme pour tous les patients souffrant de maladie d'Alzheimer, son lit est au raz du sol pour éviter qu'elle ne chute en voulant s'en extraire. Appuyer sur la télécommande du lit engendre une protestation aussi violente que notre approche. À notre insu, les moindres mouvements de notre part ou toute vibration venue de l'environnement matériel génèrent en elle un débordement émotionnel.

Au bout de quelques minutes, le sourire et la voix posée de Michèle l'apaisent. Reconnaît-elle cette douce mélodie venant l'envelopper de tendresse dans ce matin hivernal de l'existence ?

Aider cette dame à se lever est si difficile que les aides soignantes doivent être à deux pour l'accompagner tout en se protégeant des coups et des menaces verbales incessantes. Une soignante agit, pendant que l'autre soignante stable et tranquille la sécurise.

Pendant que Michèle pose sa main sur l'épaule de Me S, Evelyne baisse délicatement la barrière. Aussitôt, des cris stridents extériorisent sa panique intérieure, paniquée de quitter le cocon dans lequel elle a été contenue toute la nuit.

Deux grands traversins l'entouraient. Un autour duquel elle pouvait s'enrouler et un dans son dos lui servant d'arrière plan. Nous laissons installés ces deux appuis pendant que Michèle vient délicatement l'inviter à se retourner en posant ses mains à plat contre ses omoplates et son bassin en conservant l'enveloppement par la couverture.

Ses hurlements scandent nos moindres mouvements, ils semblent se manifester dès l'instant où ses appuis se modifient. Nous devons chaque initiative attendre que la sensation de contenance et de stabilité du soutien la rassure avant d'initier l'action suivante. La sensation de vide l'habite, elle semble la "désagréger" intérieurement.

Le dossier du lit est redressé par le moteur électrique. Quel comble son mouvement automatique ralenti est moins anxiogène pour elle que les gestes si enveloppants des deux soignantes ! Le soutien du matelas stable et indéformable maintient son dos en contact avec le support et évite ainsi toute sensation de vide ou de morcellement. C'est à ce prix que le redressement dans la position assise sera possible. Nous devons attendre encore quelques

minutes avant de lui proposer de s'asseoir sur un fauteuil roulant. Le passage du vide entre le lit et le fauteuil sera comblé par la contenance des gestes des deux soignantes venant soutenir son bassin et ses épaules tout en la contenant de chaque côté pour prévenir toute sensation aspiration du vide.

Nous supposons qu'en l'absence de sensation de soutien interne, les cris des adultes âgés souffrant de confusion ont peut-être pour fonction de libérer les tensions du diaphragme tout en offrant une contenance sonore en écho au vide de l'espace. Le manque de régulation tonique désorganise totalement la capacité à s'appuyer dans le sol. Cela ramène la personne dans l'angoisse primitive de l'aspiration du vide.

Grâce au calme des deux soignantes et au maintien des appuis et de l'enveloppement tout au long du soin, le lever du lit a été possible et s'est réalisé sans trop d'opposition de sa part, ni geste défensifs.

À travers ces trois exemples, nous avons tenté de mettre en évidence les boucles imbriquées tout au long de la vie entre :

1. les angoisses primitives structurelles
2. la réduction des angoisses primitives par l'évolution de la conscience corporelle au cours du développement psychomoteur
3. la réactivation des angoisses archaïques lorsqu'il n'est plus possible d'agir par soi-même
4. La réduction des angoisses archaïques au cours des soins de développement par les gestes des soignants mettant en jeu les mouvements organiques qui ont construit la conscience corporelle primitive

Ainsi nous pouvons dire, que suite à une période de coma ou lors de troubles cognitifs liés au vieillissement, les gestes de soin intériorisés du soignant réactivent les moyens qui ont construit la conscience corporelle.

Leur ajustement par ce qu'ils perçoivent de la personne aidée revient dans la trace de l'expérience primitive pour re-consolider la cohérence interne et cela, dans la même logique organique que celle qui l'a construite à l'origine.

Le vivant nous enseigne la force et la cohérence de la continuité remodelant sans cesse les traces de l'expérience pour puiser dans le souffle de la subjectivité, la mémoire intemporelle de l'avenir.

En suivant l'intelligence de l'évolution, la pratique de psychomotrice rejoint notre histoire humaine dans sa forme individuelle c'est-à-dire indivisible et unifiée, exprimant la singularité du sujet jusqu'au bout de la vie.

Aux frontières de la conscience, cette expression est le levier de l'accompagnement, seule une démarche intériorisée telle que la développe une démarche artistique peut la rejoindre.

Accompagner les soignants dans leurs gestes quotidiens et l'occasion de passer d'un geste technique à un geste organique habité de sensible, porté par une intention inscrite dans la singularité de la rencontre.

Le geste de soin ajusté et adapté à chaque personne se rapproche de l'expression d'un geste dansé. "Prenant acte" de l'expression de celui qu'il accompagne, le soignant "fait acte" de ce qu'il ressent dans et par la relation et rejoint ainsi une démarche artistique. D'instant en instant, la réceptivité du soignant à lui-même et l'attention portée simultanément au patient garantissent l'unicité l'acte du prendre soin. Tout au long de la vie, quelque soit le niveau de conscience de soi l'empreinte ontologique recompose l'unité de la cohérence structurelle de la personne.