



”Je mets un point parce que c’est la fin ”. L’arrêt de la prise en soin en psychomotricité : réflexion sur la conclusion du suivi psychomoteur et sur le moment de l’arrêt

Adeline Gillet

► **To cite this version:**

Adeline Gillet. ”Je mets un point parce que c’est la fin ”. L’arrêt de la prise en soin en psychomotricité : réflexion sur la conclusion du suivi psychomoteur et sur le moment de l’arrêt. Médecine humaine et pathologie. 2016. <dumas-01347213>

HAL Id: dumas-01347213

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01347213>

Submitted on 20 Jul 2016

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.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

- Collège Sciences de la Santé -

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

« Je mets un point parce que c'est la fin. »

L'arrêt de la prise en soin en psychomotricité :
Réflexion sur « la conclusion » du suivi psychomoteur et sur le moment de l'arrêt.

GILLET Adeline

Née le 12 février 1994 à Villeneuve sur Lot (47)

Directeur de Mémoire : CARRERA Benjamin

Juin 2016

REMERCIEMENTS

Pour commencer, MERCI à l'ensemble des personnes rencontrées au cours de mes stages ; aux patients et aux différents professionnels qui m'ont fait confiance et qui m'ont tant enrichie.

MERCI à **Benjamin CARRERA**, pour son écoute, sa bienveillance, ses conseils et notamment pour sa transmission passionnée de la profession.

MERCI à **Céline BOBE**, pour sa disponibilité, sa rigueur, sa confiance mais aussi son aide précieuse dans mon cheminement intellectuel et professionnel.

MERCI à l'ensemble de mes maîtres de stages ou référents pour leurs accompagnements dans cette extraordinaire aventure, tant par leurs recommandations que par leurs nombreux échanges :

Marcel ESTRUCH, Émilie GOUABAULT, Béatrice CHENEL, Mme GAILLARD...

MERCI à tous les professeurs de l'Institut de Formation en Psychomotricité pour leurs différents enseignements.

MERCI à ma famille pour leurs encouragements, leurs soutiens sans faille et à Maxence pour tout ce que je n'aurais la place d'écrire.

MERCI à mes camarades de promotion pour tous les moments que l'on a pu partager, pour leurs échanges et leurs réflexions.

A toutes les personnes qui m'ont tant apportée...

SOMMAIRE

- AVANT-PROPOS.....	4
- INTRODUCTION.....	5
I. L'ARRÊT DES SOINS	9
A. La conception de l'arrêt dans le champ du soin :.....	9
1- Les définitions	
2- Qu'est ce qu'un soin ?	
3- Les différents arrêts possibles	
B. Les processus de séparation :.....	26
1- La séparation	
2- Les émotions dans l'arrêt de la prise en soin	
3- L'histoire de Monsieur J : L'élaboration du suivi, entre transfert et contre-transfert	
II. LE CHAMP DE LA PSYCHOMOTRICITÉ	50
A. L'indication en psychomotricité :.....	50
1- L'analyse de la demande et la lecture des symptômes	
2- Le bilan psychomoteur	
B. Les actes du psychomotricien:.....	55
1- Éducation psychomotrice	
2- Rééducation psychomotrice	
3- Thérapie psychomotrice	
III. ENVISAGER L'ARRÊT EN PSYCHOMOTRICITÉ :.....	59
A- La relation patient/ psychomotricien :.....	59
1- L'histoire de Monsieur P : Nouage de la relation thérapeutique et questionnement sur l'arrêt.	
2- Le cadre thérapeutique: variations, sens et limites	
B- Choisir le moment de l'arrêt en psychomotricité:	76
1- L'individualité du psychomotricien: les limites dans l'arrêt du soin.	
2- La temporalité du soin psychomoteur	
C- La conclusion du soin psychomoteur:.....	81
1- Objectifs atteints	
2- Inachèvement fondamental	
- L'ARRÊT D'UN ÉCRIT, LE COMMENCEMENT D'UNE RÉFLEXION:.....	90
- BIBLIOGRAPHIE.....	94
- TABLE DES MATIÈRES.....	96

AVANT-PROPOS

« *Arrêt, fin, séparation, conclusion, achèvement, dé-nouage, objectif, différenciation, se détacher, inachèvement, rupture, retour, autonomisation, transformation, terme, engagement, histoire, évolution, expérience, éthique, ambivalence, résolution, absence, temporalité, élaboration, rythme, soutien, émotion, investissement, identité, étayage, partage, interrogation, responsabilité, diversité, développement, relation, début, commencement...* »

Aujourd'hui, c'est l'avant dernière séance avec Louis...

Chaque mardi, le psychomotricien et moi-même allons chercher Louis dans la salle d'attente afin de commencer la séance. Louis est un jeune garçon de sept ans toujours très volontaire pris en soin par le centre d'accueil à temps partiel pédo-psychiatrique.

Comme à son habitude, il entre dans la salle, se déchausse et depuis quelques temps nous l'invitons à visualiser le calendrier. En effet, nous avons convenu avec Louis d'une date pour terminer la prise en soin en psychomotricité, ainsi, nous regardons conjointement le nombre de séance qu'il nous reste avant cette échéance.

Je m'attends alors à lui expliquer qu'il nous reste une séance avant de se dire au revoir cependant, au moment de regarder le calendrier, Louis dit : « *Aujourd'hui, je sais que c'est la dernière séance* ». Ainsi, surprise par cette annonce, je ne sus pas quoi répondre.

- Devions-nous lui rappeler que la dernière séance était dans une semaine ?
- Devions-nous terminer aujourd'hui ?

Louis semblait alors sûr que le moment de se quitter était arrivé et semblait tout aussi prêt pour cela. N'ayant pas envisagé l'arrêt de cette manière, j'attendais alors impatientement la réponse du psychomotricien. Comme une relation disposée à s'achever, comme un moment préalablement déterminé, le psychomotricien s'exprima spontanément dans le sens de Louis.

De ce fait, nous réalisons la séance et le temps de se dire au revoir fut arrivé. Louis se rechaussa fier de ce qu'il avait pu réaliser durant celle-ci.

Puis, au moment de partir, il exprima l'envie d'écrire une phrase sur le tableau qui se trouve dans la salle de psychomotricité. Nous avons mentionné qu'il pouvait effectivement écrire cette phrase néanmoins, que c'était le moment de se dire au revoir et de retourner sur le groupe. Louis, semblait bien conscient de cela.

Il alla écrire « *La salle de Louis.* » et conclut alors ce moment en disant :

- « *je mets un point parce que c'est la fin* ».

Aujourd'hui, c'est la dernière séance avec Louis...

INTRODUCTION

« L'arrêt des soins » est un concept qui interpelle tout autant qu'il interroge. En effet, souvent l'objet de débat autour de l'acharnement thérapeutique, la conception de l'arrêt dans le champ du soin s'inscrit dans divers travaux. Selon le Centre Européen d'Études et de Recherches en Droit de la famille et des Personnes : « *La décision d'arrêt des soins est sans doute une des décisions les plus difficiles à prendre pour un soignant.* »¹ Ainsi, cette perception associant obstination déraisonnable, volonté du patient et l'éthique du professionnel soignant vient résonner dans chacune de mes interrogations. Comment penser cette décision et pourquoi était-elle si difficile ? Pourquoi ne pas écouter la demande d'un patient et quelles sont les limites de cette volonté ? De ce fait, comme une réponse en écho, comme une réflexion identitaire à ces questionnements, je me suis alors demandée :

- Qu'en est-il de la posture du psychomotricien dans ce concept d'arrêt des soins ?

Mon interrogation s'est donc orientée dans un premier temps sur les motifs d'indications en psychomotricité puis sur l'évolution du travail du psychomotricien dans cette complexe perspective d'arrêt.

- La décision d'arrêt des soins est-elle aussi difficile à prendre en psychomotricité ?

« Psychomotricité » ce terme rime à mes oreilles avec précision et complexité. En effet, le travail de ce professionnel est d'une part très précis, défini par un champ d'application mais il est aussi complexe tant dans la diversité des approches que dans l'élaboration de la temporalité de celui-ci. Le suivi du patient en psychomotricité est rythmé par de nombreuses phases et se ponctue de différents moments: que ceux-ci débutent dans l'accueil du patient en passant par le bilan, les indications, le diagnostic jusqu'à la prise en soin elle-même et enfin l'arrêt.

Toutefois, nous ne pouvons déterminer avec exactitude la temporalité de chacune de ces étapes et plus largement, nous sommes confrontés à une dimension d'incertitude pour fixer le terme de la prise en soin. De ce fait, outre la décision d'arrêter les soins, je me suis heurtée à une nouvelle problématique concernant la temporalité du soin.

- Quand le psychomotricien peut-il prendre la décision d'arrêter les soins ?

1 www.cerfap.u-bordeaux4.fr/1-arrêt-des-soins,242.html

Cette problématique m'intéresse particulièrement dans le sens où le psychomotricien reste dans une instabilité permanente face à la prévisibilité du moment exact de la conclusion de son travail.

Ainsi, cette vignette clinique vient introduire ma réflexion sur l'arrêt de la prise en soin en termes d'aboutissement d'un travail en psychomotricité. En effet, cette dernière séance avec Louis m'a beaucoup interrogée car malgré cette décision mutuellement consentie, le moment de l'arrêt était pour moi une étape difficile à envisager. *« Ne restait-il pas d'autres points sur lesquels pouvait intervenir le psychomotricien ? Le suivi peut-il ou doit-il prendre fin ? Sommes-nous obligés de se quitter ? Comment aurions nous dû finir cette séance ? »* C'est au cours de ce stage que je me suis questionnée sur la durée des soins en psychomotricité et notamment sur la fin de la prise en charge en tant que conclusion.

Par la suite, j'ai donc effectué plusieurs stages courts dans des lieux différents afin d'approfondir ma réflexion et observer de nouvelles approches psychomotrices. Lors de ces stages d'observations et d'apprentissages thérapeutiques, je me suis rendue compte que cette question était bien plus complexe que je pouvais l'imaginer car elle faisait émerger de nouvelles interrogations :

- Doit-on forcément penser et préparer la séparation ? L'arrêt de la prise en soin est-elle définitive ? Peut-on parler de guérison du patient ?

En outre, il me semble primordial d'aborder ce sujet afin de donner un sens à la diversité des processus d'achèvement. En effet, l'arrêt de la prise en soin fait partie intégrante du parcours du patient.

Par ailleurs, ma réflexion s'est orientée dans un deuxième temps sur ce qui entre en jeu et accompagne la fin du suivi en psychomotricité. L'un des objectifs premiers du psychomotricien est de tenir compte de la relation entre plusieurs phénomènes et plus largement d'élaborer une relation particulière avec le patient. **- De ce fait, cette spécificité joue-t-elle un rôle déterminant dans l'élaboration de la décision de l'arrêt du soin ?**

La rencontre et notamment la relation entre le psychomotricien et son patient qui en découle, demeure complexe. C'est pourquoi lors de l'arrêt de la prise en soin, je me suis interrogée sur l'objectif du nouage de la relation avec le patient pour atteindre un dé-nouage cohérent avec l'arrêt du soin.

En effet, le soin s'élabore comme une histoire que l'on construit à deux, ainsi, peut-on réellement déconstruire cette histoire ? « L'arrêt des soins », ce concept souvent polémique vient toucher de près à ma future pratique de psychomotricienne. En effet, que ce soit sur l'élaboration de la décision de l'arrêt à la façon dont on prépare l'arrêt jusqu'au moment où l'on « commet » l'arrêt, de nombreuses questions restent en suspens.

De plus, le cadre thérapeutique étant primordial en psychomotricité, je m'interroge alors sur la façon dont le professionnel doit l'envisager à la fin d'une rencontre. Concernant la dernière séance avec Louis, devons-nous repousser l'échéance car nous avons pensé et posé le cadre en incluant une date immuable ?

- De ce fait, comment le cadre thérapeutique doit-il s'ajuster à la problématique de l'arrêt du soin psychomoteur ?

De mon point de vue, les tenants et les aboutissants de la conclusion du travail du psychomotricien méritent d'engager une réflexion approfondie. Ainsi, nous pouvons nous intéresser à tout ce qui peut toucher à la relation entre le psychomotricien et son patient, tout autant qu'à l'aboutissement de ce travail.

C'est pourquoi, la problématique principale de mon mémoire sera la suivante :

- **Comment le psychomotricien articule-t-il sa pratique autour de l'arrêt du soin ?**

Pour apporter des éléments de réponse à cette problématique, nous porterons notre réflexion sur les questionnements suivants : Comment peut-on définir l'arrêt dans le champ du soin ? Quels sont les processus mis en jeu dans la séparation ? En quoi l'indication en psychomotricité et les actes du psychomotricien sont importants dans l'arrêt du suivi ? Quelle est la place de la relation thérapeutique dans la séparation ? Qu'est ce qui entre en jeu dans le choix du moment de l'arrêt du suivi ? Comment élaborons-nous la conclusion du soin en psychomotricité ?

Dans un premier temps, nous aborderons **l'arrêt dans le champ du soin**, en vue de mettre en lumière une définition plus précise de ce que nous pouvons entendre par le terme « d'arrêt ». Nous expliciterons par la suite, la différence entre « l'arrêt » et « la fin ». Puis nous verrons si la notion d'arrêt est appropriée pour parler du soin. Ensuite nous mettrons en évidence les différentes possibilités de terminer un soin. Pour finir, nous expliciterons les divers processus de séparation en tenant compte des différents vécus, des émotions mais aussi du transfert et du contre-transfert à travers le cas de Monsieur J.

Dans un second temps, nous expliciterons **le champ de la psychomotricité** afin de comprendre comment l'indication en psychomotricité interfère dans l'arrêt du suivi. Nous aborderons par la suite les différents actes du psychomotricien afin d'aborder son domaine de compétence et tenter d'entrevoir l'articulation avec l'arrêt en psychomotricité.

Enfin, dans un troisième temps, j'interrogerai l'élaboration de **l'arrêt du suivi en psychomotricité**. Nous aborderons, au travers l'étude de cas de Monsieur P, la construction de la relation et notre questionnement vis à vis de l'arrêt. Puis, nous essaierons de tenir compte du cadre en psychomotricité, notamment de ses variations mais surtout ses limites au vu de l'arrêt. Ensuite, nous porterons notre attention sur les différences entre psychomotriciens au niveau de leurs choix sur le moment de l'arrêt. Pour finir, nous ouvrirons notre cheminement sur une réflexion concernant la conclusion du soin entre l'atteinte des objectifs et l'inachèvement fondamental.

Nous essaierons de conclure cet écrit en faisant la synthèse du propos développé tout en ouvrant notre réflexion vers un autre questionnement. Tout au long de cette rédaction j'illustrerai mes idées à l'aide de quelques vignettes cliniques.

I. L'ARRÊT DES SOINS

A. La conception de l'arrêt dans le champ du soin :

Le premier élément qui m'a interpellée est le terme « d'arrêt des soins » auquel il est souvent fait référence dans de nombreux travaux autour de l'acharnement thérapeutique. Néanmoins, ce concept ne concerne pas uniquement les personnes qui sont en fin de vie mais plus largement toute personne qui décide de mettre un terme aux soins ou dont le soin n'est plus l'objectif principal. Avant de développer ma réflexion sur la façon dont le psychomotricien articule sa pratique en psychomotricité, il me semble important de répondre à un questionnement : **Que signifie s'arrêter, se séparer dans le champ du soin ?**

1) Les définitions :

Plusieurs mots peuvent être utilisés pour parler d'arrêt comme : la fin, le terme, l'interruption, la séparation, l'achèvement, la rupture... Néanmoins, la signification de l'ensemble de ces notions n'est pas similaire. De ce fait, il est primordial dans un premier temps de définir l'arrêt et dans un second temps de comprendre ce qu'il peut signifier dans la séparation.

a- Le concept de l'arrêt :

L'arrêt peut prendre diverses définitions selon le sens qui lui est attribué et notamment en fonction de ce qu'il caractérise. En effet, d'après le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)², l'arrêt c'est : « *l'action d'arrêter, de s'arrêter, d'interrompre un mouvement* ». Cette définition peut être appropriée quand il s'agit de parler de l'arrêt d'une action qu'effectue une personne, tout autant qu'elle peut être utilisée pour parler de l'arrêt d'un soin.

La notion d'arrêt est utilisée dans de nombreux domaines que ce soit en biologie, en droit, en technologie, en sport, en couture, en législation du travail ou encore dans la discipline militaire ; nous pouvons observer que ces domaines déterminent « l'arrêt » comme :

2 www.cnrtl.fr/definition/arret

« La cessation du développement, (...), la décision d'une autorité supérieure, (...), un dispositif, (...) un temps, (...), une interruption limitée, (...), une action, (...), une sanction, (...), une expression, (...), un événement. »³ Dans cette première définition nous constatons que **l'arrêt s'effectue seulement en présence d'un mouvement** c'est à dire en présence « d'une impulsion, d'un élan, qui porte à manifester un sentiment, une volonté. »⁴

Je perçois alors, en toile de fond de ces différentes définitions, une dimension qui me semble étroitement intriquée : la notion de temporalité. En effet, « la notion de temps est indissociable de la notion d'espace et de celle du mouvement : elle sous-tend la notion de temporalité si chère à nous autres professionnels psychomotriciens. »⁵ La notion spatiale vient aussi amener un élément supplémentaire dans cette définition car tout mouvement se produit dans un espace plus ou moins défini. Ainsi, en partant d'une simple définition de l'arrêt, nous percevons que celle-ci sous-tend plusieurs concepts. L'arrêt est donc en lien avec le mouvement, le temps, l'espace et vient notamment faire cesser une succession, une répétition, un cycle. Il peut donc s'intégrer comme une pause dans le temps.

Dans le soin, plus précisément, nous pouvons alors faire le constat que « l'arrêt » intervient à un instant « t » dans l'histoire du patient. Il viendrait donc faire scansion c'est à dire casser un rythme, modifier une impulsion ou même instaurer une rupture dans la continuité. Au fil de mes expériences, je remarque alors que dans diverses structures de soin, nous utilisons le terme « d'arrêt d'un soin » au même titre que « la fin d'un soin ». Néanmoins n'existe-t-il pas une réelle distinction entre ces deux expressions ?

b- Le concept de « la fin » similitude ou divergence :

Afin de répondre à ce questionnement, il me semble important dans un premier temps de définir le terme de « fin ». Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales c'est : « ce qui constitue la limite d'une durée ou de tout élément qui peut être considéré relativement à la durée. Ce qui marque la limite terminale de quelque chose. »⁶ A travers cette définition, nous percevons des éléments semblables à la notion « d'arrêt ».

3 [Www.cnrtl.fr/definition/arret](http://www.cnrtl.fr/definition/arret)

4 <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mouvement/53021>

5 F. GIROMINI, J-M. ALBARET, P. SCIALOM, *Manuel d'enseignement de psychomotricité: Clinique et thérapeutique*, DE BOECK, p.76

6 [Www.cnrtl.fr/lexicographie/fin](http://www.cnrtl.fr/lexicographie/fin)

En effet, la dimension temporelle est toujours présente tout autant que la perception d'un mouvement. Cependant, le sens de la « fin » nous amène à concevoir celle-ci comme étant le terme d'un mouvement. Ainsi, « la limite d'une durée » ou « la limite terminale » nous laisse percevoir la fin plutôt comme un but atteint à contrario d'un perpétuel mouvement qui viendrait s'interrompre. De ce fait, en employant le terme de « fin du soin », nous posons celui-ci comme une conclusion d'un travail, c'est à dire une interruption définitive de ce soin.

L'arrêt du soin ou la fin du soin sont des concepts présentant des similitudes mais aussi de nombreux points de divergences. De mon point de vue, le premier terme autorise un retour possible du soin dans le sens où le patient aurait « une pause » dans son parcours tandis que l'autre inscrit le soin comme terminé et ne laisse pas la possibilité au patient de le reprendre.

Certes, dans le langage courant une réelle distinction entre ces différentes notions ne semble pas être d'une importance capitale. Cependant, en psychomotricité, nous accordons une grande considération aux choix des mots et aux sens que l'on peut leur attribuer. Ainsi, une distinction me semble alors nécessaire car, en parlant de fin d'un soin psychomoteur, nous sous-entendons mettre définitivement fin à ce soin parce que nous avons conclu notre travail. Or, en parlant d'arrêt en psychomotricité nous ouvrons la voie d'un retour possible du patient dans le champ du soin. De ce fait, lorsque nous arrêtons le soin en psychomotricité, nous prenons en compte une possible évolution et un possible changement de l'état du patient que celui-ci soit positif ou négatif ce qui laisse sous entendre qu'il peut retourner voir le psychomotricien s'il en ressent le besoin.

Après avoir défini ces concepts élémentaires, je me questionne sur notre façon de concevoir le soin et notamment l'arrêt dans le champ du soin. En effet, sachant que l'arrêt est ici employé comme l'interruption d'un mouvement, peut-on considérer le soin comme un mouvement ?

2) Qu'est ce qu'un soin ?

Dans le langage courant, nous employons régulièrement le terme « d'arrêt des soins », cependant, sachant que l'arrêt s'effectue à l'intérieur d'un mouvement, nous assimilons à cette occasion le soin à un mouvement. Toutefois, afin d'être au plus juste dans la réflexion, nous pouvons nous questionner sur la signification du soin et comprendre par la suite comment devons nous appréhender celui-ci.

a- La définition du soin :

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), le soin peut être défini comme « *un souci, une préoccupation relatif à un objet, une situation, un projet auquel on s'intéresse.* »⁷

Le soin est un terme généralement utilisé dans le champ médical car le soignant s'intéresse et se préoccupe de la santé d'un individu, d'un patient. De ce fait, le soin médical est caractérisé comme étant « *l'ensemble des actions et pratiques mises en œuvre pour conserver ou rétablir la santé.* »⁸ Il vise ainsi le maintien ou l'amélioration de la santé soit : « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».⁹ Au sein de cette dimension médicale, nous pouvons constater que les notions de « préoccupation » et de « soin » se rejoignent notamment dans l'objectif de s'occuper de l'individu. L'action du soignant répond à l'intérêt qu'il porte pour le patient. Ainsi, le souci de l'autre est le maître mot du soin.

Afin de mieux faire apparaître le sens profond du soin, il est intéressant de prendre en compte son opposé : la négligence. Selon E. FIAT, « *celle-ci constitue une forme de violence sans force qui peut s'exprimer par deux attitudes symétriques : l'indifférence et l'indiscrétion.* »¹⁰ La négligence touche alors le non respect de la personne tout en la niant. De ce fait, le soin, au contraire de la négligence, amène la reconnaissance de l'autre et de son besoin. Ainsi, chercher à définir la nature d'un soin pour un soignant c'est donc revenir aux sources de sa pratique et de son engagement professionnel.

Le psychomotricien, en tant que professionnel de la santé tient compte du soin dans le champ médical mais ne doit pas s'y restreindre. En effet, le soin dépasse amplement le seul acte médical, ainsi, « *résumer le soin au seul acte médical serait donc faire preuve d'une vision étroite concernant une activité humaine essentielle.* »¹¹ Le soin est présent durant toute la vie de l'individu et cela depuis sa naissance jusqu'à sa mort. Il peut aussi se concevoir simplement comme une manière de se conduire vis-à-vis d'autrui. De ce fait, il atteste de l'humanité de celui qui le prodigue tout autant que de celui qui le reçoit.

7 [Www.cnrtl.fr/lexicographie/soin](http://www.cnrtl.fr/lexicographie/soin)

8 Ibid

9 Organisation Mondiale de la Santé: <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>

10 E. FIAT, *La négligence est-elle une violence ?*, revue d'éthique et de théologie morale 2004/2, n°229

11 P. SVANDRA, *Un regard sur le soin*, revue de recherche en soins infirmiers 2008/4 , n°95, p. 6-13

En partant de l'origine du soin, nous constatons que le point de départ reste irréductiblement les soins apportés au nouveau-né par son entourage. Selon **F. WORMS** « *il ne faut jamais perdre de vue le premier sens des soins, ces gestes matériels et techniques sans lesquels la continuation de l'existence d'un corps vivant tel que celui d'un nouveau-né est impossible et qui lui sont dispensés (au début au moins de son existence) par un autre que lui.* »¹² En effet, au tout début de son existence, le bébé est dans une dépendance absolue vis-à-vis de son entourage. Afin de répondre aux divers besoins du bébé, cet entourage va lui fournir une multitude de soins (affectifs ou physiques). L'entourage va alors offrir un bouquet de sensation permettant au nourrisson de vivre un sentiment d'unité.

D.W. WINNICOTT s'intéresse alors particulièrement aux liens entre le nourrisson et les soins portés par la figure maternelle. Ainsi, il développe plusieurs concepts fondateurs du développement du jeune enfant. Il désigne alors par le terme « ***d' Holding*** » ou le maintien, la façon dont la mère tient physiquement et contient l'enfant dans ses bras. Bien plus que la manière dont elle porte le nouveau-né, c'est aussi tous les soins qu'elle fournit pour répondre à ses besoins physiologiques.

Par ailleurs, il utilise le terme « ***d' Handling*** » pour parler de la manipulation physique de l'enfant. C'est donc la manière d'être en contact avec le nouveau-né dans les soins très fins du maternage. La mère répond aux besoins du nourrisson, à ses attentes par ce que **D.W. WINNICOTT** nomme « ***la préoccupation maternelle primaire*** » c'est à dire : « *Une personne capable d'une disponibilité et d'une présence qualitativement sans défaillance, une personne qui puisse s'exposer sans trop d'angoisse à cette demande affective* »¹³ La figure maternelle met alors en jeu sa capacité à s'identifier à l'enfant pour le comprendre.

Cette préoccupation fait partie intégrante de la définition du soin et semble être une attitude primordiale de la mère pour répondre aux divers besoins du nouveau-né. Au cours de cette période de dépendance absolue, la mère va s'accorder aux demandes du nourrisson en lui apportant une présence et une disponibilité particulière. Ainsi, en lien avec le soin médical, la préoccupation apparaît être une attitude essentielle aux soignants dans la prise en soin des patients.

12 F. WORMS : *Le moment du soin. A quoi tenons-nous ?*, PUF, p.5

13 M. (De) HENNEZEL, *La mort intime*, POCKET, 1995, p. 171

De ce fait, en reprenant les termes d'**A. CICCONE** nous pouvons parler de « *préoccupation soignante primaire* »¹⁴ dans le sens où les professionnels de la santé vont devoir apporter « une disponibilité et une présence qualitativement sans défaillance » pour répondre aux attentes du patient. Cette « préoccupation soignante primaire » s'appuie sur « *une sensibilité à l'autre, à sa vie émotionnelle* »¹⁵ et se développe tout autant qu'elle s'enrichit par l'expérience et le vécu du soignant. Elle est donc la condition nécessaire à l'apport d'une écoute sensible, « *une écoute avec toute l'attention possible* »¹⁶ qui va se nourrir et se cultiver.

Le soin est donc une « *véritable création qui, de l'enfantement à la mort, participe au mystère de la vie qui se cherche, de la vie qui éclot, de la vie qui lutte, de la vie qui s'estompe, de la vie qui resurgit, de la vie qui sombre...* »¹⁷. Ainsi, le soin reste présent tout le long de la vie et l'on ne peut pas penser le soin sans penser simplement la vie. Dans ce sens, le soin peut donc servir de modèle général d'une éthique c'est-à-dire, prendre soin de l'autre voire même une politique de relation entre les hommes.

b- Le soin en mouvement :

« L'arrêt » est considéré comme une interruption dans un mouvement, ainsi, en partant de ce principe je m'interroge sur la manière dont nous devons appréhender le soin. Est-il possible de le considérer comme un mouvement ?

F. WORMS distingue d'abord par le « soin » : « *toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même* ». ¹⁸ Ainsi, le soin est une attention que nous portons tout autant qu'une pratique. Il semble alors conceptualiser le soin comme un acte dialectique. En effet, **F. WORMS** distingue deux éléments à la fois intriqués « *-soigner, c'est soigner quelque chose, un besoin ou une souffrance isolable comme telle et que l'on peut traiter ; mais soigner, c'est aussi soigner quelqu'un, et tout soin comporte dans son concept même une dimension intentionnelle et même relationnelle, aussi minimale soit elle.* »¹⁹

14 A. CICCONE, *La psychanalyse à l'épreuve du bébé*, DUNOD, p. 184

15 Ibid

16 M. (De) HENNEZEL, *La mort intime*, POCKET, 1995, p. 55

17 M.-F. COLLIÈRE, *Soigner, le premier art de la vie*, INTER EDITIONS, Paris 1996, p.11

18 F. WORMS, *Le moment du soin. A quoi tenons nous ?*, PUF

19 Ibid

L'auteur fait valoir dans un premier temps le soin comme un acte visant la résolution du trouble dans lequel s'instaure un mouvement. En effet, celui-ci s'initie à partir d'un point de départ: la maladie et/ou la souffrance, pour se terminer dans l'achèvement du besoin : la guérison. Toutefois, il envisage un deuxième mouvement dans l'acte de soin, s'élaborant à partir de l'individu tout en étant orienté dans la relation. Ce mouvement dans le soin ne peut s'élaborer sans un minimum d'intentionnalité. Dans cette partie, le mouvement induit un cheminement se basant sur la rencontre tout en prenant appui sur la relation nouée entre le patient et le soignant.

Ainsi, en prenant pour point de départ la définition du soin médical tout en l'étayant de la conception du soin de **F. WORMS**, nous pouvons envisager le soin comme un élément possédant un double mouvement. En effet, le premier mouvement vise **l'évolution vers le traitement d'un besoin** et le second mouvement touche **la création d'une relation**. Nous pouvons alors dissocier ces deux conceptions du soin afin d'en percevoir le sens, cependant elles restent étroitement intriquées.

En psychomotricité, « nous nous situons dans le registre d'une pratique, que nous pourrions également appeler praxis, d'un métier du soin et non pas seulement de la santé sans fausse note. »²⁰ Dans cette citation, **C. BALLOUARD** pose la psychomotricité comme une praxis c'est à dire: une action en vue d'un résultat pratique. En reprenant ses mots, la psychomotricité est un « métier du soin » qui vise l'atteinte d'un résultat ainsi, le psychomotricien tente alors de « mettre un terme à des maux »²¹. Il réalise un soin portant une intentionnalité particulière qui suppose un mouvement. Cependant, nous ne pouvons définir celui-ci comme étant « sans fausse note ».

En lien avec les différentes conceptions de **F.WORMS** sur le soin ainsi que le double mouvement qu'il suppose, nous pouvons penser que le psychomotricien aborde un premier mouvement. Effectivement, quand il tente de « mettre un terme à des maux », il souhaite « traiter une souffrance isolable comme telle » ainsi, **ce premier mouvement vise la résolution d'un trouble**. Cependant, nous ne pouvons définir le soin psychomoteur comme étant « sans fausse note ».

20 C. BALLOUARD, *L'Aide mémoire de Psychomotricité*, DUNOD, p.8

21 Ibid

En effet, de mon point de vue, la ligne directrice du soin psychomoteur est le patient lui-même, de ce fait, nous ne pouvons établir un protocole qui viendrait déterminer une démarche particulière visant la réussite de notre soin.

Le psychomotricien navigue alors à vue, en fonction de ce que donne à voir le patient, ce qui l'amène et ce qui se joue dans la relation. Ainsi, le soin psychomoteur n'est pas sans fausse note dans le sens où nous ne pouvons anticiper avec exactitude la réaction du sujet en fonction de ce que nous établissons dans la relation mais aussi dans le soin. Au regard de ce premier mouvement, nous pouvons constater que parfois, le soin psychomoteur a pour toile de fond la résolution du trouble et à ce moment là, le psychomotricien met en jeu ses convictions, qu'elles s'articulent autour de l'amélioration de l'état du patient mais aussi autour de l'évolution du soin.

De ce fait, **le deuxième mouvement du soin psychomoteur pourrait être le patient lui-même** c'est à dire la façon dont le sujet se ressent et évolue ainsi que ses progrès tout autant que ses régressions. Ce mouvement intègre la façon dont le sujet agit et réagit aux soins proposés. **B. ANDRIEU** considère que « *le mouvement est au centre de ce qui serait la psychomotricité de l'être incarné.* »²² On peut alors sous entendre par « être incarné » que « *l'être soit lié à l'état vécu du corps* »²³. Ainsi, cet être s'enrichit d'un vécu, de sensations, il est donc originellement sensible. Dès lors que cet être est posé comme sensible, unique, étayé par son expérience, nous ne pouvons parler de stabilité. En effet, le sensible ne peut se cristalliser car il fait parti de l'identité du sujet. L'ensemble des expériences que le sujet vit engendrent une mobilité dans sa « façon d'être ». Ainsi, cette identité subjective est modifiée sans cesse par la perception et la sensibilité dans sa façon d'être au monde. Le patient est donc toujours en mouvement que ce soit dans sa façon d'être à lui même ou en relation avec autrui.

De plus, nous pouvons percevoir **un troisième mouvement qui réside dans l'approche du soin en psychomotricité**. En effet, pour le psychomotricien, « *le corps et l'esprit à l'unisson nous rappellent que le corps raisonne avec l'esprit et que l'esprit raisonne avec le corps* »²⁴. Ainsi, nous pouvons supposer un mouvement entre le corps et l'esprit comme nous pouvons entrevoir le corps et l'esprit comme une conception unitaire.

22 B. ANDRIEU, *Du corps à l'être*, Thérapie psychomotrice et recherches, n°118, 1999

23 Ibid

24 C. BALLOUARD, *L'Aide mémoire de Psychomotricité*, DUNOD, p.8

Cependant, « *la problématique psychomotrice est centrée sur l'importance de la gestion d'un chassé-croisé entre interne et externe, en évoquant les nécessités de ce double mouvement comme, par exemple, incitations externes et excitations internes.* »²⁵. De ce fait, dans l'approche du soin psychomoteur, nous prenons en compte un mouvement entre l'environnement et le sujet ainsi que le mouvement dans la façon « d'être sujet ». Nous pourrions alors dire que, l'esprit raisonne avec le corps comme le corps raisonne avec l'esprit dans un mouvement tout aussi fluide que l'environnement raisonne avec le sujet et le sujet raisonne avec l'environnement.

Ainsi, quand soigner devient une fonction pérenne qui dure longtemps avec les mêmes patients nous ne pouvons pas parler d'immobilité. En effet, il me semble important de préciser que le soin psychomoteur est toujours un soin en mouvement et la perception d'une quasi-stabilité de celui-ci ne peut pas et ne doit pas être assimilée à l'immobilité. Le sujet est un être en mouvement.

Nous pouvons alors parler « d'arrêt d'un soin » dans le sens où le soin amène un changement, une évolution et donc un mouvement qui en découle. En ce qui concerne la psychomotricité, **le mouvement est au centre du soin.** En effet, que le mouvement soit initié par le soignant en visant la résolution du problème, qu'il prenne comme point de départ le sujet lui-même ou qu'il soit au cœur de la psychomotricité touchant son approche, le mouvement est toujours présent. Ainsi, parler « d'arrêt » dans le champ de la psychomotricité est possible car l'arrêt viendrait ici interrompre un des mouvements du soin psychomoteur.

Avant de développer ma réflexion sur la façon dont le psychomotricien articule sa pratique autour de l'arrêt du soin, il me semble nécessaire d'entrevoir les différentes causes de cet arrêt.

3) Les différents arrêts possibles :

En psychomotricité ou dans différents métiers du soin, l'arrêt du suivi peut s'effectuer de diverses manières. En effet, la décision de mettre un terme à la prise en soin est rarement aussi claire et systématique que nous pouvons le penser. **Glen O.GABBARD**, dans son livre « *Psychothérapie psychodynamique* » propose une réflexion sur la fin de la prise en charge.

25 C. BALLOUARD, *L'Aide mémoire de Psychomotricité*, DUNOD, p.7

Il met alors en évidence que « *dans le monde réel de la pratique clinique, on trouve une variation considérable de modes de fin de la prise en charge* »²⁶ De ce fait, il existe différentes manières d'arrêter un soin ; que celles-ci proviennent d'une décision **unilatérale** c'est à dire qu'une des deux parties (le soignant ou le patient) sent qu'il est temps d'arrêter mais ce n'est pas le cas de l'autre. La décision peut aussi être **bilatérale** dans le sens d'un consentement mutuel entre le soignant et le patient.

Il me semble alors intéressant de développer les facteurs extrinsèques ou intrinsèques qui peuvent pousser à arrêter un suivi dans le champ du soin avant d'approfondir ma réflexion sur l'accord mutuel de cet arrêt entre le patient et le soignant au vu de la réalisation ou non des objectifs.

a- L'arrêt de la prise en soin provenant d'un choix du patient ou de l'entourage :

La question de l'arrêt d'une prise en soin illustre de façon exemplaire l'écart entre les critères « idéaux » et la réalité des conditions cliniques. En effet, dans le champ de la santé, les praticiens débutent généralement les prises en soin en ayant pensé préalablement aux objectifs de celles-ci. En partant de la demande du patient ou de l'entourage, le soignant va alors établir un projet de soin. Cependant, il n'est pas rare pour le soignant de ne pas pouvoir atteindre les objectifs fixés en raison des différents facteurs qui viendraient interrompre le soin. Ainsi, que ce soit en psychomotricité ou dans différents domaines de la santé nous pouvons percevoir des similitudes dans les causes de l'arrêt provenant du patient. Plusieurs facteurs comme **l'argent, le déménagement, la perte du sens à continuer ou le désaccord** sur la réalisation des objectifs ainsi que **la mésentente** avec le soignant viennent influencer le choix du patient aboutissant à la décision d'arrêter la prise en soin. Ces différents facteurs empêchent souvent une fin mutuellement consentie.

En France, il n'y a aucune règle légalement fixée qui oblige le patient à rester jusqu'au terme de son soin. Au contraire, le patient exprime son consentement vis à vis du soin ou du traitement et il peut, à tout moment, retirer celui-ci. En effet, c'est le patient lui-même qui va prendre les décisions le concernant après la délivrance des informations nécessaires pour effectuer son choix.

26 G.O. GABBARD, *Psychothérapie psychodynamique : les concepts fondamentaux*, ELSEVIER, p.167

Selon l'article L. 1111- 4 du Code de la Santé Publique : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. (...) Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ». ²⁷ De ce fait, même s'il existe des cas particuliers à ce consentement, le patient reste acteur de son soin en ayant un droit sur la prise des décisions le concernant. Ainsi, selon les divers textes de lois, le patient peut prendre une décision sur la réalisation ou non d'un acte de soin le concernant mais aussi sur l'arrêt de ce soin.

Par ailleurs, « *le malade a le droit au libre choix de son praticien, de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile.* » ²⁸ De surcroît, après avoir pris différentes décisions sur la prise en soin et notamment la possibilité de mettre un terme à celle-ci, le patient a le droit de choisir son praticien. Ainsi, le patient est réellement un acteur du soin au sens où il a une certaine liberté dans la prise de décision le concernant. De ce fait, de nombreux facteurs internes ou externes aux patients peuvent influencer ses décisions car il a notamment le choix de celles-ci.

Dans le cadre de la prise en soin en psychomotricité, **le financement des séances peut être une des causes du départ du patient**. Dans certains cas, des aides peuvent être apportées par la caisse d'allocations familiales, la maison départementale des personnes handicapées ou d'autres prestataires cependant leurs montants peuvent s'avérer minime en fonction du prix des séances. Par ailleurs, il existe actuellement quelques mutuelles qui remboursent une partie du prix des séances en psychomotricité mais parfois le financement reste en partie ou en totalité à la charge du patient et cela peut être compliqué.

Aujourd'hui lors du groupe « d'habiletés sociales » en cabinet libéral, Antoine, un jeune adolescent de dix-sept ans nous annonce que c'est sa dernière séance. Il semble triste et c'est avec les larmes aux yeux qu'il va expliquer à l'ensemble du groupe la cause de son départ : « mes parents ne pourront plus payer les séances car nous n'avons pas fait les demandes d'aides financières dans les temps. » Il peut alors dire qu'il reviendra l'année prochaine mais que pour le moment il est obligé d'arrêter le groupe.

²⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/>

²⁸ Ibid

En ce qui concerne le travail du psychomotricien dans un établissement hospitalier, institutionnel ou dans différentes structures d'accueil, les séances vont être prises en charge par l'État, le Conseil Général ou d'autres organismes cependant, l'exercice libéral n'est pas remboursé. Ainsi, certains patients peuvent être amenés à quitter le soin psychomoteur en cabinet libéral car le financement devient trop important.

De plus, il arrive dans certains cas que **le patient et/ou l'entourage du patient soient en désaccord avec le soignant**. Dans cette situation, le soin psychomoteur peut être amené à se terminer rapidement sans être forcément discuté avec le professionnel. En effet, que ce soit en cabinet libéral ou dans différentes structures, il n'est pas rare que le psychomotricien établisse une relation avec son patient et que celle-ci soit mise à mal par des facteurs externes comme la relation avec l'entourage.

Aujourd'hui je devais commencer les séances de psychomotricité avec Maxime car nous avons terminé l'ensemble du bilan la semaine dernière. Lors du retour de ce bilan, la psychomotricienne avait expliqué à la mère de Maxime l'utilité de cette profession au vu des difficultés qu'il pouvait rencontrer à l'école. Celle-ci semblait totalement en accord avec le discours de la psychomotricienne et avait convenue d'un rendez-vous pour débiter les séances. Finalement, en arrivant sur mon lieu de stage la psychomotricienne m'annonce que Maxime ne viendra pas aujourd'hui, ni même les fois prochaines car sa mère avait trouvé les propos de la psychomotricienne désobligeants.

C'est pourquoi, il est important qu'une relation de qualité se crée entre le patient et le psychomotricien c'est à dire que le patient puisse accorder sa confiance au psychomotricien. Néanmoins, il me semble tout aussi important qu'une relation de qualité se tisse avec l'entourage proche du patient. En effet, dans le but d'une prise en soin adaptée à la demande et aux besoins du patient, la relation patient-psychomotricien est essentielle tout autant que la relation entourage et psychomotricien. Ainsi, le patient peut décider de mettre un terme à la prise en soin dans le cas où il ne se sent pas en confiance avec le psychomotricien ou s'il n'est pas en accord avec les objectifs envisagés. Cependant nous pouvons percevoir que le lien unissant le patient au psychomotricien est aussi dépendant de l'entourage. De ce fait, afin de permettre l'élaboration d'une prise en soin de qualité et éviter d'imposer au patient un arrêt soudain, le psychomotricien doit aussi être en mesure d'établir un lien adéquat avec l'entourage d'autant plus si le patient est jeune.

Par ailleurs, il arrive que le patient mette un terme à la prise en soin car **celui-ci trouve qu'il n'y a plus de sens à continuer**. Dans ce cas là, le patient peut exprimer ses ressentis et en discuter avec le psychomotricien. A ce moment là, l'arrêt de la prise en soin en psychomotricité peut être un arrêt discuté, pas forcément consenti par le psychomotricien cependant, la demande du patient doit être prise en compte.

Joris est un jeune adolescent de 16 ans que je rencontre toutes les semaines au sein d'un des groupes « d'habiletés sociales » élaborés par la psychomotricienne et le pédo-psychiatre. Depuis le début des séances Joris ne participe pas aux divers échanges, il regarde ce qui se passe mais semble être en retrait par rapport au reste du groupe. Quand nous le questionnons sur la façon dont il se sent, Joris répond « bien ». Un jour, un autre garçon du groupe lui a demandé : « Pourquoi es-tu là si tu vas toujours bien ? » et Joris a pu répondre « Je ne sais pas ». Par la suite, nous rencontrons les parents de Joris afin de discuter avec eux de son projet de soin mais aussi de son projet de vie. Les parents de Joris pensent alors qu'il est préférable d'arrêter les séances car Joris ne souhaite jamais venir et ne comprend pas l'intérêt de ce qui lui est proposé. A ce moment là, la psychomotricienne et le pédo-psychiatre informent alors de ce qu'ils font dans le groupe et que cela pourrait être intéressant pour Joris mais qu'effectivement il ne semblait pas s'investir. Ainsi, malgré ce que le groupe pourrait lui apporter, Joris mettra un terme à ce soin car il n'a pas de demande vis à vis de cela. Étant donné que Joris n'en voit ni le sens ni les bénéfices parce qu'il dit se sentir « bien », les professionnels accepteront cette décision.

Parfois l'arrêt s'impose au psychomotricien qui doit alors « savoir accepter » de mettre un terme à la prise en soin car cela fait partie de la demande du patient. En effet, **parfois accepter d'arrêter le soin semble être plus bénéfique pour le patient**. Dans cette fin unilatérale, décidée par le patient ou l'entourage, le psychomotricien peut dans un premier temps expliquer les bénéfices du soin mais il doit aussi dans un second temps pouvoir « laisser partir » le patient. Même si, pour le professionnel, le moment de l'arrêt n'est pas celui qu'il aurait souhaité, il doit être en capacité de comprendre ce choix, de le respecter et de maintenir la relation de confiance afin que le patient puisse revenir s'il en ressent le besoin.

Selon **J. DEITTE**, « *accepter que l'enfant aille mieux, c'est souvent au prix d'une perte.* »²⁹

²⁹ J. DEITTE, *la fin du traitement psychothérapeutique au CMPP*, dans *Thérapie Psychomotrice et Recherches* n°152 - 2007, p.21

Bien qu'il me semble que la perte dont parle ici **J. DEITTE** se trouve du côté du changement et notamment de ce qui se joue dans le contre-transfert, elle peut aussi être perçue comme la perte du patient. Nous pouvons alors reprendre cette citation afin d'étayer mes propos. Effectivement, le psychomotricien doit pouvoir laisser partir le patient et c'est donc « au prix de cette perte » que le patient « ira mieux », du moins qu'il y aura une évolution car il aura été écouté et entendu dans sa demande. Ainsi, il semble important que nos attentes ne dépassent pas celles du patient, sinon le psychomotricien entrerait dans une spirale du perfectionnement au profit d'un soin à perpétuité et non dans une écoute personnelle du patient et de son rythme.

De plus, il arrive que **le patient ne se présente plus aux séances** et exprime ou non, par la suite, son envie d'arrêter la prise en soin. Dans ce cas, le psychomotricien « subit » cette demande dans le sens où il ne peut y avoir de réflexion élaborée avec le patient car celui-ci ne viendra plus. Le psychomotricien peut alors se trouver dans l'incompréhension vis à vis de ce départ néanmoins il demeurera dans l'obligation de « faire avec » cette absence soudaine et imprévue.

Aujourd'hui, Pierre n'est pas présent dans le groupe. Depuis quelques semaines, il ne vient plus, ne donne aucune nouvelle et nous avons beaucoup de difficultés à joindre ses parents. A chaque séance, les autres membres du groupe posent des questions sur le départ de Pierre mais nous ne pouvons y répondre. En effet, nous sommes dans l'incapacité de donner une explication sur les causes de son absence.

De ce fait, le moment d'arrêter la prise en soin en psychomotricité est rarement aussi clair et systématique que le professionnel le désirerait. Le psychomotricien peut alors être pris de court dans l'élaboration de son soin notamment suite à un départ prématuré du patient.

Plusieurs facteurs entrent alors en jeu dans l'interruption du soin psychomoteur que ce soit un déménagement du patient qui le pousse à quitter le soignant ou le financement des séances qui peut s'avérer coûteux voire même un désaccord avec le soignant ou la perte du sens de la prise en soin. **Il est d'évidence difficile de généraliser les modes de fins de prises en soins unilatéraux car il se décline autant de figures que de cas cliniques.**

Ainsi selon **F. JOLY**, « du côté des patients, on connaît tout autant ceux qui s'enfuient très rapidement soit dans des ruptures, des évitements et des impossibles thérapeutiques plus ou moins conflictualisés ; soit qui se sauvent un peu moins mal (encore que!) dans une fuite de la guérison, et dès l'amélioration relative de quelques symptômes un peu bruyants et entravant qui s'empressent de clore ce qui ne faisait que commencer, un éventuel changement d'une transformation plus durable et plus profonde. »³⁰ Le patient a un rôle décisif dans sa prise en soin, il a son mot à dire et son choix à poser voire à imposer. Les arrêts de prises en soin unilatéraux mettent en lumière la notion de décision au sens où nous ne pouvons décider à la place du patient de ce qui est le mieux pour lui. En effet, même si quelque fois nous sommes surpris, interrogés voire sidérés par ces départs non pensés, nous prenons réellement conscience que le soin psychomoteur est adressé au patient et que nous sommes là pour lui. Ainsi, nous nous devons d'accompagner ce choix, de tenter de le comprendre, d'y mettre des mots mais surtout de le respecter car ce départ fait partie de sa demande, de ce qu'il souhaite, de ce qu'il est et de ce qu'il deviendra.

b- L'arrêt de la prise en soin provenant d'un choix du soignant :

L'arrêt de la prise en soin n'est pas seulement un choix du patient ou de son entourage mais de nombreux professionnels de santé sont amenés à mettre un terme aux soins pour diverses raisons. Selon **Glen. O.GABBARD**, « il est parfaitement légal d'interrompre la prise en charge avec un patient à condition que le risque suicidaire ou la dangerosité envers autrui aient été écartés. »³¹ De ce fait, avant d'arrêter une prise en soin, le professionnel de santé doit s'assurer que les conséquences de cet arrêt s'avéreront minimales.

Dans ce cas, l'arrêt de la prise en soin n'est pas mutuellement consenti entre le patient et le professionnel mais nous parlerons plutôt d'un arrêt unilatéral dans lequel le professionnel sent qu'il est temps d'arrêter ou qu'il ne peut faire autrement que de terminer la prise en soin. En effet, de nombreux éléments peuvent interférer dans la prise en soin et mettre à mal le travail du psychomotricien. Ainsi, dans le champ de la psychomotricité ou dans diverses professions de santé, les professionnels peuvent mettre un terme à la prise en soin et y sont parfois contraints.

30 F. JOLY, *Thérapie terminée, thérapie interminable*, dans *Thérapie Psychomotrice et Recherches* n°152 p.5

31 Glen. O. GABBARD, *Psychothérapie, psychodynamique : les concepts fondamentaux*. ELSEVIER, p.175

Dans un premier temps, **le non-respect du cadre thérapeutique** peut remettre en cause le suivi ; c'est l'exemple des patients qui ne viennent plus à leurs rendez-vous ou du moins qui viennent de temps en temps mais aussi ceux qui annulent souvent pour diverses raisons. Ainsi, la régularité des séances est alors perturbée et cela peut engendrer un suivi thérapeutique et une relation patient – praticien compliquée. Le respect des horaires et de la pratique du professionnel étant les conditions nécessaires à l'élaboration d'un suivi adapté, le praticien peut alors décider de mettre un terme à la prise en soin et proposer au patient ou à l'entourage de revenir lorsqu'ils seront disponibles.

Dans un second temps, le psychomotricien peut aussi décider d'arrêter la prise en soin car **il ne se sent pas en capacité d'effectuer l'ensemble du suivi psychomoteur**. En effet, il peut arriver que l'implication émotionnelle du psychomotricien soit si intense qu'elle interfère sur sa capacité de penser le soin. Dans ce genre de situation, ces affects, qu'ils soient positifs ou négatifs, vont intervenir dans la relation patient-psychomotricien. Parfois, le patient et sa problématique viennent toucher au plus près notre vécu et cela peut mettre en difficulté la « posture » du psychomotricien. De temps en temps, les problématiques du patient peuvent sembler trop importantes pour le psychomotricien. En effet, le professionnel peut débiter une prise en soin et très vite se sentir démuni face à celle-ci. La psychomotricité étant un métier faisant écho à notre personnalité, le psychomotricien peut se trouver dans une position d'échec ou d'incompétence face à un patient où la problématique lui semblerait trop impressionnante. Ainsi, même si les psychomotriciens ont suivi la même formation, certaines pathologies viennent toucher le « savoir être » du psychomotricien et non le « savoir-faire ». Dans ces diverses situations, le psychomotricien peut mettre un terme à la prise en soin et orienter le patient vers un autre professionnel ou pas.

Par ailleurs, dans le cadre de notre formation, nous sommes amenés à effectuer différents stages, ainsi, il me semble important de se questionner sur **le départ du stagiaire**. Certes, ce départ ne peut être réduit à un arrêt de la prise en soin car il y a, dans la plupart des cas, un psychomotricien qui poursuit le suivi. Cependant, en tant que stagiaire et d'autant plus en troisième année, nous réalisons diverses prises en soin. De ce fait, après notre départ, celles-ci sont vouées aux changements et notamment un changement du psychomotricien, un changement au niveau de la relation tissée mais aussi un changement dans l'élaboration des séances. Lors de ce cas d'arrêt de la prise en soin patient – stagiaire en psychomotricité, nous imposons notre départ aux patients.

Dans le soin, de nombreux professionnels mettent un terme au suivi pour diverses raisons, nous, en tant que stagiaire, nous y mettons un terme par le fait de notre départ. La durée du stage étant préalablement déterminée, nous pouvons alors informer les patients de celle-ci afin d'anticiper cet arrêt et notamment le préparer. Ainsi, notre présence étant transitoire, l'arrêt du suivi psychomoteur des différents patients que nous sommes amenés à voir doit faire partie intégrante de la façon dont nous avons pensé le cadre de nos rencontres. En effet, tant dans la manière dont nous annonçons ce départ que dans la façon dont il va être vécu par le patient, il est primordial de concevoir cette rupture. En tant que stagiaire, il me semble alors que ce départ appartient à l'élaboration de notre cadre de prise en soin c'est à dire à notre façon de penser l'évolution du suivi psychomoteur, les objectifs et le terme de cette rencontre.

c- L'arrêt de la prise en soin suite à un accord mutuel entre le soignant et le patient :

Finalement, nous pouvons observer des arrêts unilatéraux provenant d'un choix du patient ou du soignant mais « l'idéal » pour les professionnels reste l'arrêt bilatéral de la prise en soin c'est à dire, l'arrêt mutuellement consenti entre les différentes parties. Ce genre d'arrêt de prise en soin satisfaisant se présente parfois en psychomotricité quand le psychomotricien et le patient sont en accord avec la réalisation des objectifs.

Afin que l'arrêt provienne d'un accord mutuel, il n'est pas rare de voir des professionnels de la santé **fixer une date d'arrêt de prise en soin dès le début de celle-ci**. En effet, le patient et le praticien avancent dans le travail vers un point final connu et approuvé dès le début. Dans ce cas, lorsque la prise en soin arrive à son terme, l'arrêt est généralement mutuellement accepté puisqu'il a été pensé, discuté et défini préalablement.

De ce fait, cette date peut être fixée dès le début de la prise en soin mais elle peut aussi être envisagée et décidée au fil du suivi thérapeutique du patient. En effet, la prise en soin peut débuter sans que le patient ou le soignant connaissent avec exactitude la date de l'arrêt. Cependant, cette date peut être planifiée durant le suivi car le soignant et le patient arrivent à la conclusion de ce qu'ils devaient réaliser ensemble A ce moment là, les objectifs établis au début peuvent être remplis ou ils ont été remplis. Dans ce cas, l'arrêt provient d'un accord mutuel ; le soignant pense être arrivé au terme des objectifs qu'il s'était fixé et le patient sent que le soin a été efficace.

Ainsi, l'arrêt de la prise en soin peut provenir d'une décision du patient en lien avec le professionnel de santé puisque leurs ambitions sont communes dans la réalisation des objectifs.

Pour conclure, l'arrêt dans le champ du soin s'effectue de diverses façons avec des motifs d'arrêt tout aussi différents. En psychomotricité, nous pouvons aussi observer des arrêts unilatéraux ainsi que des arrêts bilatéraux, de ce fait, nous pouvons nous questionner sur le choix du moment de l'arrêt afin que ce moment provienne d'un accord mutuel avec le patient.

Toutefois, pour le psychomotricien, il ne suffit pas de penser au moment de cet arrêt mais plus globalement à ce qui entre en jeu dans la relation lors de celui-ci. « S'arrêter » ne signifie pas pour autant abandonner mais c'est bien d'une séparation qu'il s'agit. Le psychomotricien doit exister pour le patient mais aussi être là pour disparaître un jour néanmoins, la séparation n'est jamais facile... Ainsi, je souhaiterai aborder les divers processus de séparation afin de tenter de comprendre ce qu'ils mettent en jeu dans la relation patient-soignant.

B- Les processus de séparation :

« Entre, d'un côté, les patients qui restent hospitalisés beaucoup plus longtemps que nécessaire, ceux qui sont régulièrement ré-hospitalisés, ceux qui oublient le rendez-vous où l'on se dit au revoir, ceux qui cherchent à nous recontacter après leur hospitalisation et, d'un autre côté, nous, les soignants, qui avons parfois du mal à les laisser partir pensant qu'ils ne sont pas prêts, décidément, se séparer est une affaire laborieuse »³² Parmi l'ensemble des questions que l'arrêt de la prise en soin soulève, celle de la séparation est essentielle. En effet, nous pouvons nous interroger sur la façon dont le soignant et notamment le psychomotricien s'engage dans la séparation quand l'arrêt est préalablement déterminé. Néanmoins, il me semble important de ne pas prendre en compte seulement la séparation en terme d'engagement mais de percevoir celle-ci dans ce qu'elle engendre au niveau du vécu et des ressentis autant pour le patient que le soignant. La séparation vient alors toucher au plus près notre pratique psychomotrice et aborde de nombreux enjeux.

32 G. MORIN, M. BOUYCHOU, A. VAN CAEYSEELE : *Les processus de la séparation en institution : de la symbiose au lien*. Revue Cliniques, 2014/2 n.8

1) La séparation :

Le terme de séparation appartient au langage courant et peut être défini comme « *un fait, l'action de séparer ou de se séparer mais aussi le résultat de cette action.* »³³

Ainsi, le terme « séparation » désigne à la fois l'action consistant à quitter, à s'éloigner de quelqu'un ou de quelque chose ainsi que le résultat de cette action. De plus, ce terme « *concerne essentiellement l'écart établi entre un sujet et les personnes qu'il a investies et s'applique autant à certains âges de la vie (les séparations normales de l'enfance ou de l'adolescence par exemple) qu'aux exils, aux ruptures affectives et amoureuses.* »³⁴ La séparation est alors présente tout au long de la vie, jalonne notre existence et peut être vécue de diverses façons.

En effet, selon **B. GOLSE** « *la dynamique de la séparation peut certes être traumatique mais aussi elle peut s'avérer foncièrement nécessaire et structurante, équilibre délicat qui indique que la séparation peut, comme tout le reste (narcissisme, deuil, identifications, séduction, traumatisme, transmission transgénérationnelle...) pencher soit du côté des pulsions de vie, soit du côté des pulsions de mort.* »³⁵ Il met alors en évidence la double signification de la séparation et son ambiguïté tant elle peut être ressentie comme positive ou négative.

a- La séparation du côté d'un vécu traumatique :

Dans un vécu commun, ce terme nous amène à nous représenter facilement du côté de l'angoisse, de la souffrance, de l'abandon, de la perte, de la blessure comme nous pouvons l'entendre dans l'origine étymologique du mot « séparer » : « *separare* » qui renvoie au sevrage. A partir de l'étymologie et de notre conception sociale, nous pouvons dire que la séparation est ce qui divise. Ainsi, afin de comprendre l'aspect traumatique de la séparation, nous pouvons nous interroger sur le développement du jeune enfant et notamment sur la qualité d'attachement avec la figure parentale.

33 <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/séparation>

34 C. BOUCHARD et F. COBLENCÉ : *Séparations*, Revue Française de Psychanalyse, 2001/2 vol.65

35 B. GOLSE : *De la différenciation à la séparation : it's a long way to go.* Revue Française de Psychanalyse, vol.65

Effectivement, au cours du développement, les réactions de l'enfant face à la séparation avec son parent illustrent naturellement la qualité du lien d'attachement. **R. SPITZ**³⁶ va alors se questionner en 1946 sur la problématique de la séparation et de la perte. Ainsi, il va mettre en évidence le syndrome « *d'hospitalisme* » qu'il définit comme étant : « *l'ensemble des troubles physiques dus à une carence affective par privation de la mère survenant chez les jeunes enfants placés en institution dans les dix-huit premiers mois de la vie.* » Au regard de ce syndrome, nous pouvons alors percevoir un enchevêtrement entre le vécu de la séparation et le vécu de l'attachement dont l'enfant aura fait l'objet dans son entourage.

Par la suite, **M. AINSWORTH**³⁷ démontre un lien étroit entre le système d'attachement et le système d'exploration. En effet, la relation et le lien établi avec les figures d'attachement vont amener une sécurité de base à l'enfant et celui-ci va oser explorer l'environnement et se séparer de ses parents dans un souci d'autonomisation. Elle démontre alors divers comportements face à la séparation chez l'enfant de moins de dix-huit mois en fonction de l'attachement qu'il aura vécu.

Ainsi, si le schème d'attachement est **sécure**, l'enfant peut protester face à la séparation de la figure d'attachement (caregiver) mais pourra être rassuré par un étranger. De plus, si le schème d'attachement est **insécure – évitent**, l'enfant aura peu de signes de détresse en cas de séparation et peu de réaction visible lors du retour du caregiver. Par ailleurs, si le schème d'attachement est **insécure – ambivalent**, l'enfant va être stressé par la séparation mais de façon ambivalente. En effet, il peut montrer de la colère ou des difficultés à manifester des signes de sympathie. Pour finir, **M. AINSWORTH** développe la notion de schème d'attachement **désorganisé** mettant en évidence des comportements contradictoires et désorientés de l'enfant.

Ainsi, au regard de l'ensemble de ces travaux nous pouvons percevoir à quel point l'attachement est un préalable primordial aux « bonnes conditions » de la séparation. En effet, cette séparation peut rapidement être vécue comme traumatique ou comme un abandon si cet attachement n'a pas été sécure. Nous pouvons alors percevoir la nécessité pour l'enfant d'être en lien avec son environnement et d'acquiescer un bon objet intérieur, un objet sécure afin de pouvoir s'en séparer.

36 D. ROUSSEAU, L'hospitalisme à domicile, Revue Enfance et Psy, 2011, n.50

37 B. PONTACQ, Support de cours, IFP Bordeaux, 1ere année

Cette idée est alors retrouvée chez **A. KONICHECKIS** quand il dit que : « *L'enjeu essentiel pour le tout jeune enfant est celui de créer, de se créer, un sentiment de continuité d'exister malgré les inévitables expériences de discontinuité qu'amène la vie [...]. Le jeune enfant éprouve le sentiment de continuité à travers l'expérience psychique de l'autre. Les discontinuités d'avec cet autre peuvent être ressenties alors comme des déchirures dans la personne propre.* »³⁸ De ce fait, lorsque l'objet d'attachement porte à l'enfant des réponses ajustées à ses besoins et cela de manière régulière, l'enfant développe un sentiment de continuité d'existence. Ce sentiment est alors primordial dans la séparation car il permet au sujet de vivre celle-ci plus sereinement.

Dans le développement du jeune enfant, **D.W. WINNICOTT** parle de « *préoccupation maternelle primaire* » pour décrire les capacités de la figure maternelle à s'adapter et s'ajuster aux besoins de l'enfant en s'identifiant à lui. Cette préoccupation apporte à l'enfant un sentiment de continuité d'exister notamment dans la disponibilité et la présence de la mère à son égard. La préoccupation maternelle primaire implique alors un engagement et une disponibilité nécessaire auprès de l'enfant qui peut alors être rapproché à la « préoccupation soignante primaire » auprès du patient.

En reprenant les propos de **D.W. WINNICOTT** et de **A. CICCONE**, nous pouvons alors peut être parler d'une « *préoccupation soignante primaire* »³⁹ qui permettrait au patient de pouvoir développer un sentiment de continuité d'existence afin d'aborder la séparation et la discontinuité sur un autre mode que la déchirure.

De ce fait, au regard de l'ensemble de ces éléments, nous pouvons constater que la séparation peut être vécue comme traumatique si l'attachement préalable à cette séparation n'est pas sécuritaire, fiable et cohérent. L'attachement est à la base de ce qui constituera la possibilité d'une autonomie future. Ainsi, « la préoccupation maternelle primaire » pourrait apporter à l'enfant un sentiment de continuité d'existence nécessaire à l'engagement de celui-ci vers la séparation et l'autonomie. Nous pouvons alors faire un parallèle du côté du soin. En effet, la « préoccupation soignante primaire », c'est à dire la disponibilité, l'écoute, la présence et la sensibilité des soignants permet au patient d'élaborer un sentiment d'existence. Ce sentiment est alors la clef de voûte dans l'engagement du soignant vers la séparation.

38 G. MORIN et al : *Les processus de la séparation en institution : de la symbiose au lien*. Revue Cliniques, 2014/2 n.8

39 A. CICCONE, *La psychanalyse à l'épreuve du bébé*, DUNOD, p. 184

Pour être plus précis, afin que le patient ne vive pas une séparation traumatique, l'élaboration du sentiment de continuité d'existence est nécessaire. De ce fait, lorsque le psychomotricien ou tout soignant s'engage dans la séparation avec son patient, l'établissement de ce sentiment est l'une des conditions à la séparation. Ainsi, la disponibilité que le soignant ou le psychomotricien apporte à son patient permet d'élaborer un attachement fiable et sûr qui permettra peu à peu l'émergence du sentiment de continuité d'existence.

Nous pouvons alors faire l'hypothèse que si l'attachement patient - psychomotricien n'est pas établi sur une base cohérente, que la « préoccupation soignante primaire » n'est pas présente alors la séparation pourra être vécue comme traumatique par le patient.

b- la séparation du côté d'un vécu structurant :

Outre la dimension traumatique de la séparation, celle-ci peut aussi s'avérer « foncièrement nécessaire et structurante ». En effet, se séparer c'est aussi grandir, devenir sujet et s'individualiser. Dans le développement, l'homme est soumis à la nécessité de se séparer progressivement de ses parents pour exister. Ainsi, la séparation peut se retrouver au moment de la grossesse mais aussi au moment du sevrage et dans le passage de la dépendance à l'indépendance.

En reprenant les termes de **D.W WINNICOTT**⁴⁰, l'enfant suit une ligne de base dans la séparation et nous pouvons ainsi parler d'un passage de **la dépendance absolue** à **la dépendance relative** pour atteindre **l'indépendance**. Dans le développement, l'enfant va d'abord se trouver en fusion avec le parent notamment dans une relation symbiotique avec celui-ci. Puis, au profit de certaines pertes l'enfant va commencer à prendre conscience de sa dépendance pour évoluer jusqu'à l'indépendance. Ainsi, au fil du temps, l'enfant va se séparer de ses parents au profit de son autonomisation et son individualisation.

Toujours très intriqué avec l'attachement, l'enfant a besoin d'un lien rassurant pour s'éloigner, se séparer et explorer de nouvelles choses. En effet, l'attachement et le détachement vont toujours de pair ainsi, c'est parce que l'enfant s'est détaché de ses parents et a pu vivre cette séparation de manière structurante qu'il deviendra capable par la suite de s'attacher à de nouvelles personnes.

40 P. SCIALOM, F. GIROMINI, J-M. ALBARET, *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, De BOECK, p.288

Au niveau du soin, la dépendance peut exister pour le patient mais également pour le professionnel de santé et dans ce cas il s'agit de nous interroger sur notre propre dépendance. Parfois notre dépendance vis à vis du patient conduit à des soins à « perpétuités » et cela ne permet pas au patient d'atteindre « l'indépendance ». En tant que professionnel, nous devons prendre le risque de ce lien, de la dépendance afin que cela soit un outil qui permettra un travail de séparation et de « dénouage » de cette relation.

M. MALHER introduit le terme de « *processus de séparation / individuation* »⁴¹ qui serait un processus de séparation et d'individuation se situant au moment où l'enfant est prêt, notamment lorsqu'il exploiterait un fonctionnement autonome. Ainsi, pour elle, la séparation renvoie à la prise de distance et le détachement avec la mère puis l'individuation concerne l'évolution des fonctions autonomes. De ce fait, la séparation est un processus qui intervient d'une façon générale dans le développement de l'enfant. Ce processus est en lien avec l'individuation c'est à dire avec l'évolution des capacités de l'enfant pour atteindre l'autonomie.

Nous pouvons alors constater que dans le développement de l'enfant, la séparation est un processus structurant permettant l'autonomie du sujet, son individuation et notamment l'élaboration de son identité. En effet, il ne peut y avoir d'identité et de subjectivité en dehors d'un rapport différencié à l'autre, en dehors d'une séparation et d'un détachement avec l'autre. Se détacher renvoie au fait de se désengager, de modifier la relation et donc à l'individualisation.

Le vécu de la séparation étant étroitement lié et influencé par le lien établi avec l'objet d'attachement mais aussi la façon dont le sujet perçoit la situation, nous ne pouvons dissocier avec exactitude la séparation traumatique de la séparation structurante. En effet, le vécu traumatique d'une séparation peut se révéler par la suite comme structurant et inversement. De ce fait, nous ne pouvons définir des « normes » de séparation dans le sens où le sujet est doté de sa propre sensibilité et de son propre vécu. C'est pourquoi, une même situation de séparation pourra être vécue comme traumatique par un sujet et comme structurante par un autre.

41 M. MALHER, *A study of the separation-individuation process*, The Psychoanalytic Study of the Child, Vol 26 p. 405

Cependant, dans le cadre du soin, il semble primordial d'être à l'écoute des ressentis du sujet afin que celui-ci vive la séparation avec le soignant de la meilleure manière possible. Si le soignant n'est pas disponible et présent aux ressentis du patient, celui-ci pourra vivre la séparation comme un abandon mais aussi comme un échec de sa prise en soin. De ce fait, la séparation demande un engagement réel du soignant et notamment du psychomotricien, une écoute sensible ainsi qu'une disponibilité « qualitativement sans défaillance » afin qu'elle soit vécue comme structurante. Bien qu'elle touche le vécu du patient, la séparation impacte aussi le psychomotricien.

Ainsi, le professionnel doit se préparer au départ du patient, à cette séparation prévue ou imprévue. Pour **D.W. WINNICOTT** « *ce sont les médecins et les personnes soignantes qui refont sans cesse l'expérience du deuil ; un des risques de notre métier est que nous nous endurcissions car la perte répétée des patients nous fait prendre garde à ne pas trop nous attacher aux malades.* »⁴² L'arrêt de la prise en soin engendre une séparation entre le patient et le soignant. Ainsi, la préparation de celle-ci est importante afin d'accompagner les vécus et les ressentis de chacun.

Il me semble essentiel de laisser au patient le temps d'élaboration dont il a besoin voire de co-construire avec lui la séparation à venir, la séparation inéluctable dans un cadre adapté. Nous pouvons donc parler « *d'une coconstruction, un travail du patient, du thérapeute et des deux ensembles qui passe par la construction d'un cocon.* »⁴³ En psychomotricité le patient est acteur de sa prise en soin, ainsi, il semble intéressant qu'il devienne acteur de cette séparation en lui permettant de choisir la façon de se séparer afin que cela puisse être supportable pour lui. En effet, la séparation pourrait être travaillée, construite et pensée durant le suivi afin qu'elle ne soit pas subie par le patient ou le soignant.

Bien que cette séparation soit préparée et anticipée, les émotions qui découlent de celle-ci sont au centre des interactions. En effet, elles agissent sur nos perceptions de la situation et contribuent à donner de la profondeur à nos expériences. Les émotions sont influencées par la situation vécue, ainsi il me semble primordial d'en tenir compte, en psychomotricité, lors de la séparation.

42 D.W. WINNICOTT, *Cure*, Conversations ordinaires, GALLIMARD, 1988, p.171

43 G. MORIN et al: *Les processus de la séparation en institution : de la symbiose au lien*. Revue Cliniques, 2014 n.8

2) Les émotions dans l'arrêt de la prise en soin :

Selon le Larousse, les émotions peuvent être définies comme étant « *une réaction affective transitoire, d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement.* »⁴⁴ Au regard de cette définition, nous pouvons constater que les émotions amènent la construction d'une boucle allant d'un stimulus à des sensations principalement d'ordre affectives et cela engendre une réaction corporelle.

Ainsi, il est possible d'associer « la stimulation venue de l'environnement » à une situation particulière qui peut être la séparation entre deux individus. De ce fait, la séparation entre un patient et un soignant peut amener une « réaction affective » d'ordre positive ou négative. Nous pouvons alors dissocier, sans les séparer, différentes émotions qu'elles soient vécues du côté des patients ou du côté des soignants.

Pour aller plus loin, **D. GOLEMAN** désigne par émotion : « *à la fois un sentiment et les pensées, les états psychologiques et biologiques particuliers, ainsi que la gamme de tendances à l'action qu'elle suscite. Il existe des centaines d'émotions, avec leurs combinaisons, variantes. Leurs nuances sont en fait si nombreuses que nous n'avons pas assez de mots pour les désigner* ». ⁴⁵

Les émotions sont en inter-relations avec l'expérience corporelle, sensible et motrice du sujet. Ainsi, le corps est un réceptacle qui ne peut être conçu comme neutre et passif. Selon **M. MERLEAU- PONTY**, le corps est un espace expressif mais il n'est pas un espace expressif parmi les autres, il est à l'origine de tous les autres. Notre corps est alors ce qui dessine et fait vivre un monde, « *c'est notre moyen général d'avoir un monde.* »⁴⁶ Nous pouvons concevoir le corps comme incarné, habité ainsi, chaque perception est singulière au sujet. En effet, l'individu est pourvu d'une histoire personnelle et d'émotions qu'il sera difficile de définir avec exactitude tant elles prennent appui sur la subjectivité. Les émotions ont pour toile de fond le vécu du sujet et ses ressentis, de ce fait, deux individus pourvus du même système sensoriel ne vont pas percevoir la situation de façon identique. Le fait perceptif est unique, ainsi, le corps sensible devient le signe subjectif dont découle la singularité du sujet.

44 <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/emotion/28829>

45 D. GOLEMAN : *Intelligence émotionnelle*, J'AI LU, 2003, p.25

46 M.BERNARD, *Le corps*, SEUIL, 1995, p.51

Les émotions peuvent alors s'exprimer sous diverses modalités, tout en ayant comme support le tonus. **H.WALLON**⁴⁷ est alors un des premiers à aborder le lien entre le tonus et les émotions dans leur fonction structurante. En effet, il affirme que l'émotion participe à la psychogenèse du sujet et prend son origine dans le tonus. Il développera la notion de dialogue tonique que **J. DE AJURIAGUERRA** approfondira plus tard à travers la conception du dialogue tonico-émotionnel. Ce dialogue serait ainsi le reflet des états émotionnels entre deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre.

De ce fait, les émotions accompagnent le développement de l'individu en prenant comme support le tonus et guident nos échanges à travers le dialogue tonico-émotionnel. Les émotions, colorées d'affects, font partie intégrante de notre façon « d'être sujet » et jouent un rôle primordial dans la relation.

L'arrêt de la prise en soin amène alors deux individus, qui plus est, le patient et le psychomotricien à se séparer. Ainsi, les émotions peuvent venir accompagner cette séparation tant du côté du patient que du psychomotricien. En effet, le psychomotricien développe une communication avec son patient essentiellement en accordant son tonus avec celui-ci. Au moment de la séparation, l'accordage tonico-émotionnel est primordial afin d'élaborer ensemble un dialogue allant vers une fin.

Selon **F. DESOBEAU**, « *l'émotion nous permet une communication directe avec l'autre, une vivance ensemble* »⁴⁸. Ainsi, à partir du moment où nous fixons l'arrêt de la prise en soin, jusqu'au moment où nous « *commettons* » cet arrêt, les émotions, qu'elles soient positives ou négatives, accompagnent le psychomotricien et le patient. Les émotions peuvent alors se partager entre les deux interlocuteurs ainsi, celles-ci « *se nouent dans une communion silencieuse et s'exprime par la voix* ».⁴⁹ Ces émotions communes, partagées, font échos à ce qui se met en jeu de concret avec le thérapeute, c'est à dire, l'élaboration d'une relation allant vers la séparation. Ainsi, les émotions peuvent unir les individus entre eux, dans un but déterminé, en passant notamment par l'accord de leurs réactions. Selon **H.WALLON**, « *par l'émotion dont il a vibré, l'individu se trouve virtuellement à l'unisson de tout autre en qui se produiraient les mêmes réactions.* »⁵⁰

47 F. LEPLAT, *Psychomotricité de groupe : espace de maturation tonico-émotionnel*, Thérapie Psychomotrice et Recherches n.162

48 F. DESOBEAU : *Identité et fonction du psychomotricien*, Thérapie Psychomotrice et Recherches n. 162

49 Ibid

50 F. LEPLAT : *Psychomotricité de groupe, espace de maturation tonico-émotionnel*, Thérapie Psychomotrice et Recherches n. 162

Nous pouvons alors percevoir l'émotion comme un trait d'union, un intermédiaire entre la sensation corporelle que peut engendrer la séparation et la représentation de l'arrêt de la prise en soin en psychomotricité. En effet, l'émotion vient faire le lien entre un mouvement qui lui préexiste c'est à dire le vécu de la relation avec le psychomotricien, le temps de se « faire ensemble » et la conscience qu'elle inaugure, c'est à dire le nouveau départ qu'elle peut amener.

L'émotion est présente tout au long du développement mais aussi tout au long du suivi en psychomotricité. Les psychomotriciens ont développé des manières de se positionner, de porter, de regarder, de toucher afin de favoriser le dialogue tonico-émotionnel et d'être ajustés dans la relation avec le patient. Selon **S. ROBERT-OUVRAY** : « *l'émotion est au cœur de la pratique psychomotrice et dialogue dans l'ajustement des rythmes de chacun.* »⁵¹ De ce fait, c'est en étant attentif à ses propres manifestations émotionnelles que le psychomotricien pourra amener un retour réflexif au patient. Les émotions sont alors essentielles dans l'auto-observation du psychomotricien car « *notre niveau de compréhension est le niveau de notre ressenti émotionnel* »⁵² afin de créer du sens sur un vécu partagé.

Tout au long de la relation entre le patient et le psychomotricien, de même que dans l'arrêt du soin, les émotions demeurent incontournables. Ces changements émotionnels traduisent notre manière d'entrer et d'être en relation mais aussi de quitter cette relation. De ce fait, il est important de prendre en compte ce phénomène. Les émotions restent présentes, accompagnent le patient et le psychomotricien dans leur vécu émotionnel tout autant que relationnel.

L'arrêt de la prise en soin fait alors « scansion » dans la relation thérapeutique qui s'était établie au cours du suivi entre le psychomotricien et son patient. Cette relation thérapeutique est dépendante des phénomènes de transfert et de contre-transfert en lien avec ce que les émotions peuvent produire. En effet, selon S. ROBERT-OUVRAY : « *notre contre transfert tonique et sensoriel est un contre transfert émotionnel.* »⁵³

51 S. ROBERT-OUVRAY, *Le contre transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice*, Thérapie Psychomotrice et Recherches n.132 p. 65

52 Ibid

53 S. ROBERT-OUVRAY, *Le contre transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice*, Thérapie Psychomotrice et Recherches n.132 p. 66

3) L'histoire de Monsieur J: L'élaboration du suivi, entre transfert et contre transfert:

A travers le cas de Monsieur J. je souhaiterai expliciter les notions de transfert et de contre-transfert. En effet, dans son suivi, j'ai pu percevoir un réel intérêt pour lui d'être confronté à des stagiaires car cela semblait réveiller son vécu de père mais aussi son narcissisme de formateur. Ainsi, le transfert paraissait très présent dans le soin de Monsieur J. car il engageait différentes images de sa profession, de son vécu, dans la relation qu'il pouvait entretenir avec les soignants.

De plus, le positionnement des professionnels et leurs adaptations dans le suivi de Monsieur J. met en évidence ce mouvement contre-transférentiel.

- Présentation de Monsieur J :

Monsieur J. est de taille moyenne et selon son indice de masse corporelle nous pouvons dire qu'il est en surpoids. Il est né le 23 février 1947, ainsi, il a 69 ans lorsque je le rencontre. Monsieur J. est divorcé et il a eu deux filles avec son ex-femme. Il est titulaire d'une maîtrise de coiffure/esthétique, ainsi, il a travaillé dans ce domaine pendant de nombreuses années. En effet, il a géré de nombreux salons de coiffure et d'esthétique. Il a aussi été maître de stage et formateur au sein d'un institut de formation. Depuis 5 ans, Monsieur J. est à la retraite et il vit actuellement seul. Au quotidien, il gère seul toutes les tâches ménagères et administratives. En ce qui concerne ses loisirs, il aime jardiner, sortir avec ses amis et peut aller plusieurs fois au cinéma par semaine.

Le 11 décembre 2015, Monsieur J. est hospitalisé à la suite d'un accident vasculaire cérébral ischémique de l'hémisphère droit. Les premiers constats mettaient à jour une hémiparésie gauche (paralysie partielle de l'hémicorps gauche) touchant principalement le bras ainsi que la face. De plus, une paralysie faciale gauche associée à une dysarthrie (trouble de l'articulation) est repérée. Une semaine avant cet accident vasculaire, Monsieur J. dit avoir fait brusquement une hausse de tension. Ainsi, dans ses antécédents nous pouvons constater de l'hypertension artérielle et une surcharge pondérale.

- Présentation de la structure :

Le centre de soins de suite et de réadaptation est à l'intersection de différents domaines :

sanitaire, médical, social et des sphères privées du patient. Ainsi, l'activité d'un centre de SSR a différents objectifs et notamment : « *de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion* »⁵⁴.

De ce fait, nous pouvons concevoir trois missions principales du centre de soin de suite et de réadaptation :

La rééducation (c'est à dire les techniques qui visent à aider l'individu, à réduire les déficiences et les incapacités), **la réadaptation** (c'est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour aider le patient à s'adapter à ses incapacités) et **la réinsertion** (c'est l'ensemble des mesures médico-sociales visant à optimiser le retour dans la société en évitant les processus d'exclusion).⁵⁵

Nous pouvons alors définir le centre de soin de suite et de réadaptation comme **un lieu de passage** dans le parcours de soin du patient car il intervient principalement à la suite de soins médicaux ou chirurgicaux. Le centre accompagne des patients avec des difficultés traumatologiques, orthopédiques ou neurologiques, présentant des facteurs d'incapacités fonctionnelles ou une fragilité médico-psycho-sociale. Ainsi, selon l'état du patient, l'hospitalisation peut se faire sous deux modalités: **hospitalisation complète** (il vit temporairement dans le centre) ou **l'hospitalisation de jour** (le patient rentre chez lui à la fin de la journée). Au terme de l'hospitalisation, un retour à domicile est fréquemment effectué pour la plupart des patients.

Monsieur J. est donc adressé le 15 janvier 2016 en soin de suite et de réadaptation après avoir été hospitalisé au sein d'une autre structure. Le courrier médical du centre de soin de suite et de réadaptation, où il était auparavant, met en évidence des troubles visuo-spatiaux avec une fatigabilité mnésique et une héminégligence (*anomalie due à une lésion d'une partie de l'un des hémisphères cérébraux et qui conduit la personne atteinte à négliger, « oublier » la moitié de l'espace qui l'entoure.*⁵⁶) Ainsi, Monsieur J. désirait quitter cet établissement au vu de la relation qu'il entretenait avec les professionnels de santé et il souhaitait aussi se rapprocher d'une de ses filles. Ainsi, il est admis dans le service de neurologie en hospitalisation complète.

54 <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201123-2.pdf>

55 http://www.cofemer.fr/rubrique.php?id_rubrique=445

56 <http://www.cite-sciences.fr/archives/francais.html>

Lors de l'examen clinique à son entrée dans l'institution, le médecin décrit Monsieur J. comme étant cohérent, calme et orienté dans le temps et dans l'espace. Le discours apparaît fluide avec de discrets signes de paralysie faciale à gauche. Monsieur J. peut se déplacer sans aide technique et aucun signe de déficit moteur au niveau de l'hémicorps gauche est repéré car il a pu récupérer spontanément sa motricité.

- Les différentes prises en charge proposées :

Dans un premier temps une prescription de kinésithérapie et d'ergothérapie va être mise en place. Ainsi, une maladresse gestuelle au niveau du membre supérieur gauche est décelée en kinésithérapie. Par la suite, le bilan de l'ergothérapeute va mettre en évidence une apraxie de l'habillage très importante avec une héminégligence à gauche. Dans un second temps, le médecin se questionne sur des éventuels troubles cognitifs, ainsi, une prescription de bilan neuro-psychologique est effectuée.

A l'entretien de ce bilan neuro-psychologique, Monsieur J. ne présente aucune plainte cognitive spontanée. Il peut dire qu'il ne perçoit aucun changement depuis son accident vasculaire. Lorsque la neuro-psychologue l'interroge sur de possibles omissions dans l'hémispace gauche, il rapporte que cela lui a été dit par les différents professionnels mais qu'il ne s'en rend pas compte. Il exprime cependant son inquiétude concernant la reprise de la conduite automobile car il lui a été indiqué qu'elle pourrait être compromise. Monsieur J. utilise quotidiennement sa voiture ou son scooter pour se déplacer au vu de la distance entre sa maison et les premiers commerces, ainsi, la conduite est nécessaire pour lui. Tout au long de ce bilan Monsieur J. est coopérant avec un échange globalement adapté. Lors des conclusions de celui-ci, la neuro-psychologue met en évidence une atteinte attentionnelle importante avec un défaut de flexibilité mentale et d'inhibition. Elle repère une anosognosie (non conscience des troubles) prépondérante empêchant l'ajustement des activités quotidiennes en fonction des difficultés.

- Le premier projet thérapeutique : entre mise en avant des troubles et non conscience :

Le 10 février, c'est à dire presque un mois après son entrée dans l'institution, un projet thérapeutique va être effectué. Monsieur J. est présent avec l'une de ses filles, son gendre ainsi que les professionnels déjà présents dans le suivi. Ils vont énoncer les différents troubles qu'ils ont pu constater : maladresse, apraxie d'habillage, héminégligence à gauche, difficultés

attentionnelles... Cependant, Monsieur J. ne semble pas percevoir l'utilité de la prise en soin rééducative pour le moment mais il se questionne beaucoup sur la conduite car il souhaiterait la reprendre. L'écrit du projet thérapeutique lui a été remis et quelques heures après Monsieur J. le corrigeait, barrait et reformulait les phrases des soignants car il n'était pas en accord avec leurs discours. Nous pouvons constater une anosognosie majeure mais Monsieur J. reste participatif dans les différents suivis qui lui sont proposés.

L'anosognosie peut être assimilée à un voile que l'on pose sur les troubles, ainsi, le patient n'a pas accès à ses difficultés. Nous pouvons alors percevoir la place déterminante de l'anosognosie dans la prise en soin des patients. En effet, elle peut être un frein pour la mise en place de la rééducation car les patients ne vont pas comprendre le discours des soignants. Ainsi, il est primordial de tracer les contours de l'anosognosie afin de déterminer ce que le patient peut entendre sur sa pathologie. L'anosognosie du patient amène les professionnels à s'adapter dans leurs discours afin de maintenir la relation établie avec lui. Il est alors difficile d'élaborer une alliance thérapeutique quand le patient ne se perçoit pas comme malade. Il n'est pas rare que les patients se mettent en colère ou qu'ils ne soient plus volontaires car ils trouvent le discours médical persécutant. Afin d'éviter la rupture du soin avec Monsieur J. nous devons alors tenter de maintenir sa participation tout en essayant de lever l'anosognosie. Un examen ophtalmologique est programmé afin de déterminer si l'accident vasculaire cérébral a engendré une atteinte visuelle. De plus, cet examen va déterminer si la reprise de la conduite est possible. Par la suite, un bilan psychomoteur va être prescrit afin de comprendre sur quels domaines nous pouvons nous appuyer dans la rééducation de Monsieur J.

- Le bilan psychomoteur et ma place de stagiaire :

Lors du bilan que je réalise, Monsieur J. se montre calme, volontaire et fait part d'une réelle coopération dans le cadre de l'évaluation. Sous le regard de ma maître de stage, j'explique à Monsieur J. que je suis stagiaire et que je vais réaliser ce bilan. Ainsi, Monsieur J. semble à l'aise dans cette rencontre cependant il ne paraît pas connaître la cause de la passation du bilan et cela ne le questionne pas. Il peut dire qu'il n'éprouve aucune douleur et qu'il ne perçoit aucune gêne dans les tâches de la vie quotidienne depuis son accident. Par la suite, Monsieur J. pourra s'exprimer sur ses nombreux oublis et notamment la perte de son téléphone qu'il retrouvera dans sa poche gauche à la fin du bilan. Dans la conversation, Monsieur J. n'adresse pas forcément son échange à l'interlocuteur dans le sens où l'interlocuteur est peu sollicité et le regard n'est pas systématiquement dirigé vers celui-ci.

Durant le bilan et particulièrement lorsque je suis amenée à entrer en contact par le toucher avec Monsieur J. il va s'exprimer sur son expérience professionnelle et notamment sur l'importance de la relation dans l'esthétique. Par ailleurs, Monsieur J. s'exprime sur la relation qu'il a entretenue avec ses stagiaires et sur les cours qu'il a dispensés dans les instituts de formations. J'ai alors l'impression que Monsieur J. projette un vécu, des ressentis dans cette relation qu'il entretient avec moi.

En effet, en ayant posé dès le début, le contexte de mon stage et notamment de ma formation en psychomotricité, j'ai l'impression que Monsieur J. fait le lien entre les stagiaires qu'il a formés et moi-même. Il me semble alors intéressant d'assimiler cette projection au concept de transfert. **J. LAPLANCHE** et **J-B. PONTALIS** vont définir le transfert comme étant « *le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre d'une relation analytique.*»⁵⁷ Ainsi, on peut dire que ce phénomène de transfert est présent dans la relation lorsqu'un travail sur le psychisme est à l'œuvre, il peut alors être étendu à toute relation thérapeutique dès lors qu'un travail de ce type s'effectue.

De ce fait, le transfert touche de près la psychomotricité, le lien psyché-soma et notamment ce qui est mis en jeu dans la relation. Il me semble alors que nous pouvons parler de transfert dans ce qui se joue au niveau de la relation entre Monsieur J. et moi-même. Au travers du transfert, Monsieur J. vit différentes émotions, différents éprouvés toniques, sensoriels, affectifs et cela engendre ainsi des modifications dans l'interaction. En effet, tout au long des différentes propositions il me parlera de la qualité de la relation et de tout ce qui peut se jouer dans le toucher tout en faisant référence à son ancien métier. Monsieur J. semblera gêné quand il s'agit de toucher certaines parties du corps d'autrui mais au cours du bilan il pourra raconter l'importance du toucher dans l'esthétique et la précaution à prendre.

Ainsi, la relation entre les différentes personnes est au cœur de son discours cependant Monsieur J. ne prend pas appui sur cela pour nous adresser son échange et son regard. Lors des différentes propositions, Monsieur J. utilisera préférentiellement sa main droite de ce fait, nous pouvons percevoir une sous utilisation motrice à gauche en l'absence de trouble sensitivo-moteur. Le tonus est adapté dans l'ensemble des propositions et Monsieur J. peut s'ajuster aux différentes demandes. Lors du dessin du bonhomme, Monsieur J. verbalise sur son métier. Il peut dire qu'il dessinait beaucoup avant son accident et qu'il réalisait de

57 J. LAPLANCHE et J-B. PONTALIS, *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, 1998, p. 492

nombreux dessins de coiffure. Néanmoins, nous pouvons constater que son domaine d'expertise est touché car les proportions ne sont pas respectées. Le dessin est effectué sur la totalité de l'espace de la feuille et Monsieur J. sera obligé de dépasser cet espace pour le finir. Il persévère à de nombreux moments et certaines parties du corps ne sont pas présentes.

Le visage et la coiffure sont absents, Monsieur J. ne dessine pas le bras gauche mais il peut dessiner l'avant-bras.

A la fin de son dessin, Monsieur J. peut alors s'exprimer sur celui-ci et dire qu'il le trouve « *filiforme* ». Ainsi, il semble percevoir que son dessin est allongé sur l'espace de la feuille cependant, je peux faire l'hypothèse qu'il ne le perçoit pas dans son ensemble car divers éléments ne retiennent pas son attention. Il ne semble pas avoir conscience totalement de ce qu'il a dessiné ainsi cela nous donne des éléments sur son hémignégligence. En effet, il n'a pas accès à l'observation totale de son dessin, ainsi nous pouvons supposer qu'il ne voit que la partie droite de celui-ci. De plus, je peux envisager l'écart avec ses productions antérieures à l'accident cependant, cela ne semble pas perturber Monsieur J. ainsi, nous pouvons constater l'influence de l'anosognosie à ce niveau.

A travers le comportement et le discours de Monsieur J. je peux percevoir un défaut de repérage dans le temps. En effet, je constate qu'il attend notre rendez-vous très tôt dans la salle d'attente. De plus, la réalisation de certaines actions peuvent durer un moment si l'on n'initie pas la fin. En effet, Monsieur J. passera plusieurs minutes sur son dessin et ne semble pas le constater. De ce fait, il semble être en difficulté quand il s'agit de gérer son temps notamment dans la programmation des actions. Pour conclure, Monsieur J. présente une négligence spatiale à gauche. La somatognosie n'est pas atteinte et la proprioception semble efficiente, cependant Monsieur J. est en difficulté pour ressentir un mouvement au niveau de la partie distale de son membre supérieur gauche. En effet, les mouvements sont possibles dans la globalité mais quand il s'agit d'effectuer des mouvements plus fins, ceux-ci deviennent plus compliqués pour lui.

Par ailleurs, la vision du mouvement dans sa globalité semble être altérée soit par la négligence spatiale, l'hémianopsie ou les deux ainsi, à la suite de son rendez-vous ophtalmologique nous en saurons davantage. De plus, il présente des difficultés pour se repérer dans le temps cependant il n'en a pas conscience. Monsieur J. est anosognosique mais au fil du bilan il a pu comprendre ce que l'on a exprimé et faire des liens avec ce qu'il vivait au quotidien. Cela semble rester de courte durée car lors des séances suivantes Monsieur J.

peut dire qu'il ne ressent aucune gêne dans son quotidien, cela ne prend pas sens pour lui. De ce fait, nous souhaitons le prendre en soin en psychomotricité afin de trouver différents moyens pour qu'il puisse introjecter ce qu'on lui dit et l'accompagner dans la conscience de ses difficultés. Pour cela, nous pouvons prendre appui sur sa représentation corporelle, sa perception du corps orienté dans l'espace et sur sa verbalisation qui semble être un moyen de compensation spontané afin de lui permettre de maintenir son attention.

-Evolution de Monsieur J. au sein de la structure :

Le rendez-vous avec un ophtalmologue a mis en évidence une hémianopsie latérale homonyme à gauche c'est à dire une perte du champ visuel gauche. Monsieur J. attendait beaucoup de cet examen médical afin de déterminer si la reprise de la conduite automobile pouvait être envisagée. Au vu des symptômes, cela ne pourra pas être possible et l'ophtalmologue pense que l'évolution de l'hémianopsie ne sera pas favorable.

Un second projet thérapeutique est effectué le 16 mars afin de chercher avec Monsieur J. et son entourage un compromis dans le suivi thérapeutique, d'élaborer des objectifs qui puissent être acceptables pour lui afin de poursuivre l'hospitalisation. En effet, Monsieur J. fait part de sa volonté de rentrer chez lui, ainsi, c'est cette demande qui a motivé la mise en place d'un second projet. A ce moment là, il s'agit d'évoquer avec l'entourage de Monsieur J. les dangers d'un retour seul à son domicile et d'expliquer les conséquences de l'anosognosie. La mise en place d'un réseau d'aide à domicile est proposée ainsi qu'une mesure de protection juridique. Cependant, aucune date de sortie n'est fixée au regard de la non conscience des difficultés qui demeure prégnante.

Lorsque je rencontre Monsieur J, le lendemain de son projet thérapeutique, il peut me dire qu'il souhaite retourner chez lui car il trouve qu'il y a beaucoup de contraintes dans l'institution. Il dit aussi qu'il ne voit pas la différence entre ce qu'il fait au sein de la structure et ce qu'il pourrait faire chez lui. Monsieur J. a l'impression que le suivi en rééducation n'avance pas, que l'évolution n'est pas assez rapide et il pense que ce n'est pas en restant au sein de l'institution qu'il récupérera ses capacités. Antérieurement, Monsieur J. s'est longuement occupé de sa mère qui a aussi vécu un accident vasculaire cérébral, ainsi, il fait de nombreux liens avec sa situation.

Il souhaiterait se confronter au quotidien car il ne perçoit pas les objectifs de la rééducation. Monsieur J. semble alors fatigué et énervé par sa situation qui l'amène petit à petit vers une rupture des soins.

Nous pouvons observer que c'est dans cette relation entre Monsieur J. et moi-même que le transfert et le contre-transfert s'établissent. En effet, nous pouvons concevoir le contre-transfert comme étant ce que Monsieur J. reflète sur mon vécu et mes ressentis.

Le Dictionnaire de Psychanalyse définit le contre-transfert comme étant l'ensemble des « *manifestations de l'inconscient de l'analyste en relation avec celles du transfert de son patient* ». En effet, à ce moment là, j'éprouve un sentiment d'impuissance et d'inutilité. Ainsi, mon implication émotionnelle dans cette situation va interférer de manière inconsciente sur la relation que je construis avec Monsieur J. Pour **S.FREUD**, le contre-transfert est un obstacle à la cure, de ce fait, il doit être maîtrisé. Néanmoins, **S.FERENCZI** l'envisage comme un outil possible de l'analyste s'il est analysé. La prise en compte du contre-transfert est devenue au fil du temps un élément central de la conduite psychanalytique. De ce fait, en psychomotricité, le contre-transfert peut être associé aux différents ressentis du professionnel vis à vis du patient. Ainsi, le contre-transfert est donc une écoute des sensations et des tensions que le patient provoque en nous dans notre corps tant du côté de l'ambiance émotionnelle que de la tonicité.

Ainsi, nous discutons avec Monsieur J. autour de sa situation et il peut dire qu'il souhaiterait faire des activités qui changent. De ce fait, à la suite du projet thérapeutique, le contenu et la méthode employée lors des prises en soins des différents professionnels vont évoluer afin d'être davantage « supportable » pour Monsieur J. Par exemple, la neuro-psychologue va passer par le jeu et notamment la belote afin de travailler avec lui sur ses difficultés attentionnelles et exécutives. Elle va changer sa « façon de faire » car les exercices de stimulation sont devenus insupportables pour Monsieur J.

De plus, Monsieur J. aime cuisiner ainsi, l'équipe pluridisciplinaire a sollicité la stagiaire neuro-psychologue et moi-même afin d'effectuer un atelier cuisine. Toujours dans le cadre d'une évolution des différentes prises en soin, cet atelier permet d'amener différentes stimulations visant à prévenir ou réduire au minimum inévitable les conséquences de ses incapacités.

C'est donc autour de cette accroche et notamment du plaisir que Monsieur J. semble prendre quand il cuisine que nous essayons de l'amener vers la levée de l'anosognosie.

Parallèlement, cet atelier a aussi pour but de développer des stratégies de contournement des difficultés afin que Monsieur J. ne se retrouve pas dans l'échec face à celles-ci. Notre positionnement en tant que stagiaire semble faire sens pour Monsieur J. Ainsi nous pensons que cela peut être pertinent. Monsieur J. ira préalablement au marché avec l'une des professionnelles intervenant auprès de lui (ergothérapeute, psychomotricienne ou neuropsychologue) afin d'acheter les aliments nécessaires pour effectuer le repas durant l'atelier cuisine.

Dans ce contexte, s'appuyer sur une collaboration entre différentes disciplines permet d'enrichir notre action. En effet, l'équipe fonctionne alors en transdisciplinarité c'est à dire qu'elle interagit au sein d'une démarche qui met en avant les échanges d'informations autour du patient où les pratiques communes dépassent les clivages des disciplines et accèdent à une organisation transcendant la spécificité de chacun. Ce travail d'équipe suppose une collaboration qui s'écarte du champ de compétence de chaque professionnel pour s'accorder autour d'un projet commun et notamment la demande de Monsieur J.

Le transfert intervient dans cette relation avec l'équipe soignante et celle-ci peut être assimilée à une surface de projection. Ainsi, faire partie d'une équipe thérapeutique c'est admettre qu'il puisse se produire des effets d'identification avec le patient. Dans cette relation transférentielle avec Monsieur J, les soignants s'adaptent et modifient leurs représentations de la situation. Le contre-transfert de l'équipe permet ainsi de maintenir la relation avec Monsieur J. car elle amène l'engagement des professionnels et une réaction face aux identifications inconscientes de celui-ci.

Monsieur J. semble alors intéressé par ces changements dans son suivi, d'autant plus que sa demande va dans ce sens. Effectivement, ce projet de soin a pu être réalisé car les professionnels ont identifié une demande ou du moins, une plainte au niveau de son vécu des différents suivis. Le projet thérapeutique est aussi là pour aider les thérapeutes à s'adapter aux attentes du patient et ne pas « vouloir des choses à sa place ». Il n'est pas toujours évident pour le thérapeute de privilégier les attentes du patient par rapport aux siennes. Ainsi, à travers cette demande de rentrer chez lui ou de faire des activités qui changent, nous pouvons percevoir que l'anosognosie n'est pas totale.

Monsieur J. peut nous faire repérer des nuances dans l'expression de son vécu ou de ses perceptions corporelles. En effet, lors d'une séance il pourra me questionner sur les causes de l'accident vasculaire cérébral et il pourra aussi me dire que ce qui est gênant pour lui c'est l'ensemble des conséquences qui en découle car il ressent une évolution est très longue. Ainsi, c'est parce que le patient est en relation et qu'il nous amène à percevoir ce « ça ne va pas comme je le souhaiterai » que la psychomotricité trouve son apport dans le soin transdisciplinaire et là est notre spécificité.

Au regard de sa demande, la cuisine mais aussi l'achat des aliments sur le marché vont lui permettre de « se confronter au quotidien » tant dans l'élaboration d'un repas, la réalisation d'une liste de course, mais aussi dans l'exploration de l'espace en vue de se repérer sur le marché, dans l'adaptation au budget jusqu'à la réalisation d'un repas dans un temps limité. Les sorties au marché ainsi que la réalisation d'un repas sont l'occasion d'appréhender les fonctions cognitives dans une situation complexe, c'est à dire dans un contexte où elles se combinent et se succèdent. Ce sont donc des situations très proches de ce que Monsieur J. pourra rencontrer au quotidien.

Les professionnels constatent alors des améliorations pour Monsieur J. notamment dans la prise en compte de ce qui est difficile et dans la perception de ce qui peut l'entraver. Néanmoins, cela n'entraîne pas forcément le recours à une stratégie d'adaptation pour « faire autrement » ni même une anticipation de sa part. Afin de compenser ses difficultés, il peut prendre appui sur la demande d'un tiers cependant, Monsieur J. vit seul et au regard de la complexité des différentes tâches de la vie quotidienne cela ne semble pas être suffisant.

De plus, lors de l'atelier cuisine, nous constatons certains progrès. Effectivement, il peut programmer l'ordre de ses actions et utilise davantage sa main gauche durant celles-ci. Par moment, quand il ne trouve pas ce qu'il cherche, il peut nous dire qu'il doit regarder à gauche mais cela n'est pas encore systématique. La préparation du repas peut s'avérer très longue car Monsieur J. peut arrêter l'action en cours pour en commencer une nouvelle. Il reste en difficulté dans la gestion du temps qui passe et il ne semble pas percevoir la durée réelle de ses actions. Au cours de cet atelier, en présence de la stagiaire neuro-psychologue et moi-même, Monsieur J. nous dira plusieurs fois qu'il va nous apprendre à cuisiner. Cette posture semble alors acceptable pour lui d'autant plus que notre place de stagiaire fait sens dans cette dimension d'apprentissage.

Par ailleurs, il nous parlera aussi de ses filles et des moments qu'il passait avec elles, à cuisiner mais aussi les moments où ils partageaient un repas.

Il me semble alors que le transfert est particulièrement présent dans la relation entre Monsieur J. la stagiaire neuro-psychologue et moi-même. En effet, ce moment convivial amène Monsieur J. à faire des liens avec ce qu'il vivait en présence de ses deux filles. **S. FREUD**⁵⁸ définit la situation de transfert, dans la cure comme la réédition de tendances ou de fantasmes, éveillés et rendus conscients par l'analyse, et qui remplacent une personne antérieure par la personne de l'analyste.

Le transfert en psychomotricité amène l'élaboration d'une alliance thérapeutique avec le patient et peut être aussi perçu comme un cadre par la dimension contenante qu'il suscite. La psychomotricité, dans sa dimension d'un soin en relation, prend en compte le sujet notamment dans l'agir, dans le sentir jusqu'à la représentation de cela. Ainsi, **J-P. ALLAIS**, amène la notion de « *transfert lié au faire* » et selon lui, « *on peut dire que la question du transfert traverse tout le corps social dès qu'on commence à écouter un sujet* ». ⁵⁹

De ce fait, le transfert et le contre-transfert sont présents tout au long du suivi en psychomotricité. En effet, c'est dans la relation thérapeutique que s'instaure le transfert du patient et le contre transfert du psychomotricien. Ainsi, tant d'un côté que de l'autre, l'interaction va être modifiée notamment par les différents éprouvés toniques, sensoriels et affectifs et les diverses émotions qui entrent en jeu. Le psychomotricien doit alors être conscient de ces mouvements afin de comprendre la situation, les comportements du patient, mais également, ses propres émotions et son comportement.

- La date de sortie: entre objectif et obligation :

La mise en évidence des troubles est difficile à vivre pour Monsieur J. et cela génère souvent de l'agacement et de la rationalisation. L'hospitalisation complète devient de plus en plus compliquée pour lui car il ne supporte plus les « contraintes de l'institution ». De ce fait, il demande qu'une date prévisionnelle de sortie soit posée afin de réaliser le suivi en rééducation plus sereinement, en ayant un objectif.

58 A.CICCONE, *L'observation clinique*, DUNOD, 1998, p.80

59 J-P. ALLAIS, *Thérapie psychomotrice et transfert*, *Thérapie Psychomotrice et Recherches* n.123 p. 30

Certains patients peuvent avoir besoin que nous leur définissions une date d'arrêt des soins arbitraire comme stimulation ou plutôt comme un objectif à atteindre. En effet, parfois, l'annonce de l'arrêt permet de concentrer la pensée du patient sur ce qui doit être réalisé avant la fin et sur ce que sont les obstacles à travailler pour collaborer vers la fin. Il est important pour Monsieur J. que les professionnels fixent une date d'arrêt des soins car il ne perçoit pas les objectifs du suivi. Au regard de la non conscience des troubles, Monsieur J. peut ressentir son suivi comme étant un soin à perpétuité.

Monsieur J. discute alors avec l'assistante sociale et exprime son désir de quitter l'institution d'ici deux à trois semaines. L'hospitalisation et la vie en collectivité lui pèsent, de plus, il dit avoir beaucoup de choses à faire chez lui.

Le lendemain Monsieur J. évoque la même chose auprès de l'ergothérapeute. Il dit aussi qu'il quittera l'institution contre avis médical si cela est nécessaire. L'alliance thérapeutique devient de plus en plus fragile et compliquée. Cette alliance est alors primordiale afin de co-construire avec Monsieur J. son projet de sortie. En effet, il est essentiel d'anticiper la sortie de Monsieur J. afin qu'il ne se mette pas dans une situation dangereuse autant pour lui que pour les autres et qu'il puisse bénéficier d'aides afin de faciliter son autonomie

Monsieur J. accepte l'intervention d'une auxiliaire de vie cependant il reste opposé à une mesure de sauvegarde de justice. Il souhaite reprendre la gestion financière et administrative de ses biens ainsi, nous constatons qu'il n'a encore qu'une conscience partielle des répercussions de ses troubles d'appréhension visuelle sur ce type d'action malgré les mises en situations effectuées en présence de l'ergothérapeute (lecture de compte, calcul, résolution de problèmes...)

Parallèlement, les relations entre Monsieur J. et sa fille se dégradent car elle se sent en difficulté pour gérer cette situation. De plus, sa fille aborde régulièrement avec lui la question de son déménagement. Elle argumente auprès de lui l'éloignement de tout commerce et témoigne que la conduite est contre indiquée pour le moment. Cependant Monsieur J. s'y oppose et pense qu'il pourra de nouveau conduire. Au vu de la situation, la fille de Monsieur J. ne souhaite pas assumer la responsabilité de la sortie de son père. Ainsi, au moment de la sortie de Monsieur J. (qui n'est pas encore posée), elle souhaiterait demander la signature du médecin afin de la décharger de toute responsabilité.

La situation de Monsieur J. devient plus compliquée car il souhaite sortir rapidement de l'institution cependant le retour à domicile est problématique pour les professionnels de la santé. Le médecin exprime alors ses craintes notamment par rapport à la non conscience des troubles et l'héminégligence qui est toujours présente mais surtout à leurs conséquences. Ainsi, aucune date de sortie ne peut être posée pour l'instant mais une organisation s'effectue afin de mettre en place un passage infirmier une fois par jour au domicile de Monsieur J. et une auxiliaire de vie. Au fil des semaines, les mises en situations s'intensifient et au vu de la demande de Monsieur J. toujours présente, une date de sortie va être fixée au 9 mai. Le choix d'une date de fin évite de prendre l'occasion d'une circonstance extérieure pour choisir cette date et notamment du départ de Monsieur J. contre avis médical. Le choix de la date incite d'autant plus à rechercher et à approfondir le sens de ce dernier rendez-vous en tant que tel.

Une fois celle-ci posée, Monsieur J. pourra me dire qu'il « voit le bout du tunnel » et qu'il attend cette date avec impatience. Lors de l'arrêt de la prise en soin, le transfert du patient et le contre-transfert des professionnels de santé peuvent s'avérer être plus importants. En effet, la situation particulière engendre de nombreux éprouvés toniques, affectifs et émotionnels tant du côté des professionnels, de l'entourage que du patient. L'implication corporelle et émotionnelle des deux parties dans la relation qui s'est instaurée peut mettre en jeu un transfert et un contre-transfert plus important lors du dé-nouage de cette relation. De ce fait, c'est dans cette séparation compliquée et à venir que le transfert et le contre transfert se décuplent. Dans ce sens, nous pouvons percevoir un ajustement dans la relation et dans le suivi de Monsieur J. à la suite de cette demande qui vient précipiter l'élaboration de l'arrêt des soins.

*« L'arrêt de la prise en soin est toujours très difficile à réaliser si il est décidé uniquement par le thérapeute, car la seule personne qui puisse se mettre à la place du patient c'est le patient lui-même. »*⁶⁰ Cette citation met en évidence la complexité de l'arrêt du soin et notamment du choix du moment de cet arrêt. Ainsi, dans le cas de Monsieur J. la décision de l'arrêt s'effectue presque contre avis médical donc c'est une décision principalement pour ne pas dire uniquement désirée par le patient. La question de l'arrêt n'est pas forcément la question du patient, c'est aussi une question qui appartient au service, à l'équipe au regard d'une situation et d'un positionnement éthique.

60 S. de LAURISTON et B. MATTA, *Réflexion autour de la problématique de « l'arrêt » de la prise en charge à la consultation de la douleur chronique rebelle par la psychomotricienne*, *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, n.152 p.48

Toujours dans cette question du transfert et du contre transfert il semble nécessaire que l'arrêt ne soit pas décidé seulement par Monsieur J. mais plutôt élaboré avec les professionnels même si, pour eux, ce n'est pas le « bon » moment. La relation avec le patient voire l'ensemble des prises en soin peut se retrouver perturbés dans la mesure où l'intensité des ressentis peut prendre le pas sur l'objectivité professionnelle et thérapeutique de la relation. Le travail en équipe et la prise de recul vis à vis de la situation semble alors nécessaire afin de ménager l'alliance thérapeutique entre Monsieur J. et les thérapeutes intervenants à ses côtés.

Cette décision est alors délicate car l'enjeu pour l'équipe pluridisciplinaire est de border, préparer, anticiper cette sortie prématurée dans le but d'éviter la rupture des soins qui peut rendre impossible le retour du patient. Penser l'arrêt d'un accompagnement sous-tend une réflexion d'équipe et surtout en cas de rupture, c'est aussi penser le relais, faire le lien avec les différents partenaires.

Le maintien du lien thérapeutique peut permettre d'éviter le point de « non retour » si tant est qu'une demande puisse émerger. En effet, la non conscience des troubles étant toujours présente pour le moment, nous pouvons supposer que celle-ci évolue et laisse place à une possible demande de nouvelles prises en soin. Monsieur J. a fait de nombreux progrès au sein de l'institution néanmoins des stratégies de contournement, d'adaptation vis à vis de ses difficultés restent à mettre en place.

Comment le psychomotricien articule sa pratique autour de l'arrêt du soin ? Cette problématique guide mon cheminement au sein de ce mémoire, ainsi, nous pouvons nous questionner sur l'indication en psychomotricité et les actes du psychomotricien afin d'appréhender l'arrêt de l'accompagnement psychomoteur.

II. LE CHAMP DE LA PSYCHOMOTRICITÉ

A- Les indications en psychomotricité :

L'indication en psychomotricité est importante dans l'élaboration de ma réflexion car nous ne pouvons parler de la fin de la prise en soin sans en comprendre le début. En effet, la psychomotricité s'intègre dans une temporalité ainsi, il est essentiel de comprendre le point de départ du travail du professionnel.

1) L'analyse de la demande et la lecture du symptôme:

La prise en soin, dans la pratique psychomotrice, fait toujours l'objet d'une demande de soin. Elle est le résultat d'une inquiétude ou d'une prise en considération d'un symptôme qui empêche l'individu de vivre comme il le souhaite. Ainsi, cette demande vise « l'invalidation » impliquée par le symptôme. De ce fait, le point de départ d'un suivi en psychomotricité est alors la prise en compte de la demande du patient, de l'entourage ou de différents professionnels.

Nous pouvons définir la demande comme « *une action de faire savoir que l'on désire obtenir quelque chose.* »⁶¹ La demande permet alors de faire connaître à quelqu'un ce que l'on souhaite, nos besoins et surtout ce que l'on désire obtenir de lui. La demande existe dans le cadre d'une rencontre, d'une relation car elle est formulée et s'adresse toujours à quelqu'un. Afin de prendre en compte cette demande de façon la plus ajustée possible, nous devons toujours nous interroger de l'origine de celle-ci. En effet, le psychomotricien doit d'abord identifier d'où provient la demande de la prise en soin afin de pouvoir la comprendre. Ainsi, le patient, les parents de celui-ci, les responsables du patient, l'enseignant, le médecin ou bien d'autres personnes peuvent faire une demande de soin en psychomotricité. Celle-ci doit passer par un médecin qui pose l'indication et qui en fait la prescription. Néanmoins, elle prend une dimension différente selon la personne qui en fait la démarche.

La demande n'émane pas toujours du patient, de ce fait, le psychomotricien doit questionner celle-ci, voire tenter de la faire émerger afin de l'approfondir, y donner du sens mais aussi de la placer au rang de fondement de la prise en soin.

61 <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/demande/23191>

En effet, la demande provenant du patient donne l'impulsion de la prise en soin car elle permet à celui-ci de s'impliquer dans un accord commun qui peut être source d'émergence de l'alliance thérapeutique. De ce fait, la demande est au centre du soin psychomoteur et peut se retrouver à différents niveaux. En effet, cela peut être une demande de bilan psychomoteur, de prise en soin pour supprimer voire réduire le symptôme ou une demande d'arrêt de prise en soin. La formulation de celle-ci peut alors être verbale donc explicite et passe alors par l'anamnèse du patient, la dynamique familiale mais aussi les ressentis du symptôme et les répercussions de celui-ci.

Aujourd'hui, madame M. nous exprime sa demande de prise en soin en psychomotricité pour son fils de 7 ans. Depuis un mois, elle perçoit des changements de comportement chez son fils. En effet, elle rapporte que Cédric exprime sa volonté de mourir, il ne trouve plus aucun plaisir dans les activités et son humeur est dépressive. A ses cotés, Cédric a le regard au sol, son visage est figé, inexpressif, les bras sont croisés et il semble enfermé sur lui même.

De plus, la demande provenant du patient est parfois non verbale c'est à dire implicite. Elle s'exprime alors par les gestes, les attitudes de chacun mais surtout au travers du langage corporel c'est à dire la façon d'être, de soutenir le regard, la place du patient et les manifestations corporelles. Le symptôme a alors une valeur de communication dans la demande d'une prise en soin et la réduction de celui-ci voire la disparition a aussi une valeur de communication dans la demande d'arrêt de prise en soin.

Margot est une jeune fille de 14 ans, depuis quelques mois elle s'évanouit régulièrement. Ces crises peuvent être très gênantes pour elle, tant dans le milieu scolaire, social que familial. De ce fait, elle a passé de nombreux examens pour en connaître la cause mais ceux-ci ne trouvent aucun élément organique qui pourrait engendrer ces évanouissements. Durant la séance nous effectuons de la relaxation, néanmoins, au moment du départ, sur le pas de la porte Margot tombe au sol. Elle ne répond plus, la respiration devient très saccadée alternant entre arrêt momentané et reprise rapide. Durant cette crise, nous percevons de nombreux tremblements de la mâchoire. Cela s'avère très impressionnant et lorsque cette crise se termine, Margot peut alors dire : « Pourquoi je ne peux pas être comme les autres filles de mon âge ? ».

La lecture du symptôme est décisive dans le soin car elle est non seulement primordiale dans l'élaboration des objectifs du psychomotricien mais aussi dans la façon de penser le moment de l'arrêt. Le symptôme n'a pas la même place ni la même signification selon l'histoire du sujet et la structuration de sa personnalité. Selon **J. DE AJURIAGUERRA**, « *la lecture du symptôme va permettre à celui-ci de prendre la valeur de signe. Le symptôme psychomoteur est la traduction somatique, la révélation corporelle d'un trouble plus profond concernant le vécu et l'histoire du sujet* ». De ce fait, le symptôme représente l'ensemble des signes que le patient nous donne à voir ou à entendre.

Ainsi, l'arrêt de la prise en soin en terme de conclusion d'un travail doit tenir compte de la demande effectuée au préalable et de ce que nous donne à voir le/les symptômes à l'instant présent. En effet, le symptôme peut entraver la fonction globale mais il peut aussi être localisé sur une fonction du corps. Dans les deux cas, le symptôme touche le vécu du sujet, ses ressentis, ainsi, l'arrêt est généralement pensé quand le patient semble mieux vivre dans son corps. En effet, afin de penser l'arrêt de manière la plus ajustée et adaptée possible, la demande du patient tout autant que l'évolution du symptôme sont importants. La demande et le symptôme sont étroitement liés car l'un enrichit l'autre, l'un fait échos à l'autre d'autant plus que le contenu de la demande provient des ressentis du symptôme. Ainsi, le contenu de la demande en terme d'arrêt de la prise en soin provient de la façon dont le sujet se ressent et vit son corps.

Le bilan psychomoteur fait suite à la demande du patient, de l'entourage ou des professionnels dans le sens où il fixe une ligne de base, une ligne conductrice au psychomotricien. Ce bilan prend tout son sens dans l'arrêt en psychomotricité s'il tient compte de l'histoire du sujet et des motifs de la demande.

2) Le bilan psychomoteur :

Le bilan psychomoteur est un élément essentiel du travail du psychomotricien. En effet, la Fédération Française des Psychomotriciens, le définit comme « *un acte de participation au diagnostic médical* » afin de « *dresser le bilan des acquisitions, des retards ou des manques et dédramatiser un problème qui peut n'être que passager.* » Ainsi, le bilan fait suite à une prescription médicale et demeure essentiel dans l'élaboration d'un projet de soin adapté.

En fonction du psychomotricien, du patient et du lieu d'exercice, les modalités du bilan varient. En effet, le psychomotricien va devoir s'adapter à la situation, au contexte pour être au plus près des compétences du patient. Le bilan peut être pensé comme une méthode d'observation au moyen de consignes, de situations, de tests qui permettent aussi d'évaluer les difficultés du patient et de donner des repères à un travail ultérieur. Cependant, l'observation clinique étant essentielle, le bilan psychomoteur est bien plus qu'un ensemble de tests ou d'épreuves standardisées. Il tend à comprendre la façon dont le patient entre en relation, se ressent et cela de la manière la plus globale possible c'est à dire dans son histoire personnelle, familiale et sociale.

Aujourd'hui je devais faire passer un bilan à Madame A. qui a eu un accident vasculaire cérébral. Ainsi, lors de notre première rencontre je lui explique les modalités du bilan, les différentes épreuves que nous effectuerons ensemble et je la questionne sur ses ressentis. Je lui demande si elle a des douleurs, des gênes dans la vie quotidienne et au sein de la structure du centre de soin de suite et de réadaptation. Madame A. peut alors s'exprimer sur son vécu, sur le décès de sa fille, ses difficultés dans son implication aux différentes rééducations proposées et sa « fatigue permanente » qu'elle peut nommer comme un « handicap ». A ce moment là, je n'effectuerai pas les épreuves du bilan que j'avais prévues mais l'écoute sensible me semble primordiale. En effet, le bilan me permettra d'établir une relation mais surtout de prendre en compte la demande de Madame A. et ses ressentis sur la prise en soin effectuée.

Le bilan psychomoteur prend en compte l'interaction entre le patient et le psychomotricien, les échanges émotionnels, toniques et affectifs à un moment donné dans une situation définie. Pour C. POTEL⁶², nous pouvons envisager le bilan psychomoteur comme l'évaluation de la balance entre le normal et le pathologique dans le domaine de la psychomotricité, pour un patient donné à un moment donné. Ainsi, lors du bilan, nous devons tenir compte du potentiel psychomoteur du patient afin de pouvoir s'ajuster au plus près à sa demande mais aussi à ses capacités. En effet, lors du bilan, il est important d'observer le développement du patient, ses difficultés mais surtout ses capacités afin de pouvoir y prendre appui.

62 C. POTEL, *Être psychomotricien, Un métier du présent, un métier d'avenir*, ERES, 2010

Le bilan c'est à dire les épreuves standardisées et l'observation clinique sont sources d'informations pour le psychomotricien mais aussi pour le patient car il est important d'en faire un retour. Selon **F. PITTERI**, le bilan est une « *observation et une compréhension du sujet sans cliver l'évaluation des éléments fonctionnels et relationnels* »⁶³ Ainsi, pour que l'examen psychomoteur soit signifiant, il est indispensable que le sujet comprenne ce qui lui est demandé.

Je rencontre Monsieur J. pour effectuer la passation d'un bilan psychomoteur à la suite d'un accident vasculaire cérébral. Je constate alors qu'il présente une négligence spatiale à gauche et une anosognosie prépondérante (non conscience des troubles). Ainsi, tout au long du bilan je lui expliquerai l'objectif des différentes propositions mais aussi ce que celles-ci me permettent d'observer. En effet, dans cette circonstance, il est primordial d'effectuer un retour sur nos observations afin d'établir une prise en soin adaptée mais surtout de maintenir le lien avec ce patient.

Selon **P. MAZET et D. HOUZEL**, « *c'est plus la compréhension du sens du résultat que le résultat lui-même qui importe.* » De ce fait, le bilan nous permet de justifier ou non la prise en soin en psychomotricité mais surtout de recueillir les éléments nécessaires à la compréhension du problème et aux besoins du patient. A la suite de ce bilan, le psychomotricien peut proposer ou non un suivi et parfois diriger le patient vers un autre professionnel.

Dans la plupart des cas, le bilan s'effectue dans le premier temps du suivi psychomoteur. Néanmoins, il n'est pas rare de réaliser un bilan au cour du suivi afin d'affiner le projet thérapeutique. De plus, la passation du bilan peut aussi viser la perception du changement. Dans ce cas, ceci représente un bilan d'évolution. Quand il s'agit de penser l'arrêt du soin psychomoteur, le bilan d'évolution peut être utile voire demandé par le patient.

Pierre est suivi en psychomotricité depuis plusieurs mois pour un trouble graphique. Néanmoins, suite à une décision mutuellement consentie la date de l'arrêt est posée. Lors de notre dernière séance, nous demandons à Pierre s'il souhaite effectuer pour finir, le suivi en psychomotricité. Celui-ci nous répond alors : « j'aimerais refaire le test de l'écriture pour voir si je vais plus vite ».

63 F. PITTERI, *Le bilan psychomoteur*, Évolutions psychomotrices, n.62, 2003

Le bilan me semble être un support, une ligne conductrice de ce que l'on effectue en prise en soin tant pour le patient que pour le psychomotricien. En effet, parfois il peut faire office de « bilan de fin », « bilan de progression », « bilan des compétences » pour le patient. Néanmoins, ce bilan permet aussi au psychomotricien de replacer ses objectifs au cours du suivi car celui-ci peut parfois durer dans le temps. Ainsi, lorsque ce professionnel sent qu'il est « temps d'arrêter » au regard de l'évolution du patient, le bilan peut faire office de socle, d'appui et de fondement à cette pensée. Le bilan est alors le pilier central de l'élaboration d'une prise en soin en psychomotricité tout autant que son arrêt. Bien plus qu'une simple évaluation objective, il est une rencontre avec le patient, sa façon d'être, sa façon de faire et reste une observation à un moment donné.

A la suite du bilan, le psychomotricien va réaliser différents actes et ceux-ci vont être effectués en collaboration avec le patient mais aussi les personnes associées à son soin. Le suivi en psychomotricité peut s'avérer parfois très long, ainsi, l'acceptation, par le patient, de cette temporalité et des actes réalisés nécessite certaines conditions : la prise de conscience des progrès n'est parfois pas suffisante, il importe de s'accorder sur les buts, les résultats attendus et les méthodes utilisées.

B- Les actes du psychomotricien

La psychomotricité est une profession paramédicale, ainsi les psychomotriciens sont habilités à accomplir, sur prescription médicale, de nombreux actes professionnels. Dans cette profession, les indications de prises en soin ont été définies par le décret d'acte du 6 mai 1988. Aujourd'hui, nous pouvons constater une psychomotricité plurielle dans son approche ; les psychomotriciens ayant diversifiés leurs champs de compétences. En effet, le développement des Instituts de Formation en Psychomotricité et les différents lieux d'exercices mettent en évidence la très grande variété de la psychomotricité et la richesse du travail des psychomotriciens. Ainsi, la psychomotricité tend à se développer, se diversifier tout autant que s'enrichir, néanmoins, la toile de fond de l'ensemble des actes du psychomotricien demeure le décret de 1988.

En 1985, un décret vient modifier le terme « psychorééducateur » par psychomotricien et trois ans plus tard, un nouveau décret fixe la liste des actes professionnels que les psychomotriciens sont habilités à accomplir.

Ce décret permet d'élaborer un champ de compétence et d'encadrer l'exercice de la profession.

De ce fait, le décret du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice met en évidence l'ensemble des compétences du psychomotricien. Celui-ci est habilité à effectuer les actes professionnels suivants : «1. Bilan psychomoteur ; 2. Éducation précoce et stimulations psychomotrices ; 3. Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivant au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination : - les retards du développement psychomoteur, les troubles de la maturation et de la régulation tonique, les troubles du schéma corporel, les troubles de la latéralité, les troubles de l'organisation spatio-temporelle, les dysharmonies psychomotrices, les troubles tonico-émotionnels, les maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies, les déficiences motrices, inhibition psychomotrice, instabilité psychomotrice et les troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit. 4. Contribution par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique. »⁶⁴

Dans ce décret d'acte, nous pouvons percevoir trois principaux champs d'actions : l'éducation, la rééducation et la thérapie psychomotrice. Trop souvent clivés, ces champs ont de nombreux points communs et notamment les axes fondamentaux de la psychomotricité avec parmi eux, l'arrêt du suivi psychomoteur.

1) L'éducation psychomotrice :

Avant de définir l'éducation psychomotrice, il est essentiel de préciser le sens que l'on donne à l'acte d'éduquer. Ainsi, selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, éduquer c'est : « Donner à quelqu'un, spécialement à un enfant ou à un adolescent, tous les soins nécessaires à la formation et à l'épanouissement de sa personnalité ». ⁶⁵ Ainsi, l'éducation psychomotrice a pour but principal le développement global de l'enfant à travers l'activité corporelle.

64 <https://www.legifrance.gouv.fr>

65 <http://www.cnrtl.fr/definition/éduquer>

C'est pourquoi, elle est une partie importante dans l'exercice de notre profession car elle vise à étayer et accompagner le développement psychomoteur dans le cadre d'une évolution harmonieuse. L'éducation psychomotrice fait partie intégrante de l'enrichissement de l'enfant et elle a comme finalité le développement de l'autonomie. Elle permet à l'enfant l'exploration, la découverte, l'expérience, l'enrichissement, l'éveil à travers des activités sensorielles et motrices. Ainsi, le psychomotricien ne peut mettre de côté cet aspect spécifique de la psychomotricité.

2) La rééducation psychomotrice :

La rééducation psychomotrice fait partie intégrante de notre profession. En effet, dès 1974, un nouveau diplôme est créé: le diplôme d'état de psycho-rééducateur. Ainsi la psychomotricité est généralement affiliée à une pratique rééducative. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la rééducation psychomotrice est: « *une méthode thérapeutique proposant une nouvelle éducation visant à la récupération ou l'amélioration d'une fonction psychomotrice* ». De ce fait, le terme : rééducation amène l'idée de la restitution intégrale de l'organe lésé ou le retour optimal à sa fonction. Ainsi, le psychomotricien, dans le champ de la rééducation, objective un trouble spécifique et nous pouvons alors parler de déficience et de lésion. Selon C. POTEI: « *Le projet rééducatif est essentiellement déterminé par les résultats du bilan, un bilan qui évalue les difficultés du patient en termes de troubles, de retard et de manque à l'acquisition* ». ⁶⁶ La rééducation est donc plutôt centrée sur la sémiologie.

3) La thérapie psychomotrice :

La psychomotricité est souvent définie comme étant une thérapie psycho-corporelle. Néanmoins, nous ne pouvons pas faire l'économie de définir ce qu'est la thérapie dans notre profession. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, la thérapie est « *une méthode de traitement de certains troubles psychiques ou psychosomatiques par l'analyse et l'expression corporelle* ». ⁶⁷ En effet, dans la thérapie, le symptôme est abordé sous un autre angle de vue et notamment autour de la description de la causalité et des significations de celui-ci.

66 C. POTEI, *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*, Eres, 2010

67 <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/thérapie>

Ainsi, **D. GRABOT** dit que « *ce métier est avant tout une philosophie, une interaction totale avec le sujet, ses affects, sa personnalité, ses sensations et sa motricité, ce qui permet d'engager des psychothérapies à médiation corporelle avec une grande variété de pathologies qui s'effacent devant l'unicité du sujet.* »⁶⁸ De ce fait, la visée globale de la thérapie psychomotrice permet à la personne de s'exprimer autrement que par ses déficiences en mettant en œuvre le maximum de son potentiel. La thérapie vise à harmoniser les fonctions motrices et psychologiques prenant en compte les dimensions corporelles, cognitives, affectives et identitaires.

L'indication en psychomotricité prend pour point de départ les différents actes que le professionnel est habilité à proposer dans les divers champs d'actions possibles. Ces champs ne peuvent être complètement clivés dans la pratique psychomotrice. Selon **SAMI-ALI**, le psychomotricien travaille dans un espace qui a « *pour limite inférieure la projection sensorielle et pour limite supérieure la projection fantasmatique* »⁶⁹. Ainsi, les actes du psychomotricien oscillent entre ces deux extrémités permettant un mouvement perpétuel du soin.

« *Toute la finesse de l'art du thérapeute, une fois établi un diagnostic exact, consiste à œuvrer sur cette frontière où se joue le destin de l'être humain.* »⁷⁰ Le psychomotricien se déplace sur cette frontière mettant en lien l'agir et le représenter. De ce fait, les actes qu'il propose suivent une direction naturelle depuis la sensation jusqu'à la représentation néanmoins le sens de cette boucle n'est pas obligatoire. Dans sa pratique, le psychomotricien doit pouvoir « jongler » d'un niveau à l'autre mais aussi d'un sens à l'autre. C'est donc sur cette boucle entre sensation, perception et représentation que se situe les actes du professionnel et son champ d'action.

68 C. POTEL, *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*, Eres;2010

69 A. GATECEL, *Psychosomatique relationnelle et psychomotricité*, HDF, p.15

70 Ibid

III. ENVISAGER L'ARRÊT EN PSYCHOMOTRICITÉ

A- La relation patient/ psychomotricien :

« La thérapie psychomotrice nous fait saisir à quel point la relation est importante. C'est à partir d'elle que tout s'organise, pour peu que le psychomotricien s'y laisse impliquer suffisamment [...] il n'en exerce pas moins sa propre capacité à penser et à être affecté dans sa subjectivité propre ».⁷¹ Ainsi, la relation entre le patient et le psychomotricien est primordiale car c'est « à partir d'elle que tout s'organise ». C'est à partir de cette relation que la prise en soin peut se mettre en place de façon ajustée mais c'est aussi à partir d'elle que l'arrêt du soin psychomoteur s'élabore. De la qualité de cette relations dépend le devenir de l'intervention psychomotrice, sa condition est alors nécessaire mais non suffisante. Dans le langage courant, la relation met en avant les différents liens qu'une personne entretient avec autrui, mais malgré tout, la relation ne peut être réduite à cela car c'est « un ensemble de processus à travers lesquels la vie sociale et individuelle s'exprime ».⁷²

1) L'histoire de Monsieur P: Nouage de la relation thérapeutique et questionnement sur l'arrêt

A travers l'histoire de Monsieur P. je souhaiterai expliciter une notion très importante en psychomotricité : la relation thérapeutique. Il me semble que ce cas illustre l'approche relationnelle en psychomotricité. En effet, à travers l'histoire et la prise en soin de Monsieur P. j'ai pu percevoir que la relation thérapeutique ne pouvait être défini comme étant une « neutralité bienveillante » mais plutôt comme une relation où le psychomotricien devient un véritable organisateur pour le sujet. Le suivi de Monsieur P. a amené mon questionnement sur l'élaboration du moment de l'arrêt et sur l'évolution de nos objectifs.

- Présentation de Monsieur P.

Monsieur P. né le 18 janvier 1964 est un homme très grand, mince et musclé. Lorsque je le rencontre, il est âgé de 52 ans. Cet homme, célibataire, sans enfant, est titulaire d'un CAP monteur/câbleur. Par la suite, il a intégré l'entreprise Bouygues comme jeune bâtisseur et a appris son métier de maçon coffreur par l'expérience.

71 A. GATECEL, *Psychosomatique relationnelle et psychomotricité*, HDF, p.73

72 <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/56/4.pdf>.

Au quotidien, Monsieur P. vit seul et gère toutes les tâches administratives et ménagères. En ce qui concerne ses loisirs, Monsieur P. pratique de la musculation plusieurs fois par semaine dans une salle de sport. Le week-end Monsieur P. aime faire des randonnées à vélo et apprécie nager. Monsieur P. est pris en soin en hospitalisation de jour dans un centre de soin de suite et de réadaptation depuis novembre 2015 mais il était antérieurement en hospitalisation complète.

- Éléments biographique et anamnèse :

Le 3 juillet 2015, Monsieur P. est admis aux urgences hospitalières à la suite d'un accident sur son lieu de travail. Ce jour là, il a été victime d'un choc sur la tête par une barre métallique de 70 kgs. Monsieur P. était casqué, néanmoins, la poutre percuta l'os frontal et engendra une chute. De ce fait, l'accident, qui aurait pu engendrer sa mort, eut pour conséquence un traumatisme crânien avec une perte de connaissance initiale d'au moins dix minutes.

Un examen neurologique est effectué à l'arrivée du S.M.U.R mettant en évidence des pupilles réactives avec une anisocorie (différence de taille entre les deux pupilles) supérieure à droite. Les médecins constatent aussi un déficit sensitivo-moteur du bras gauche et du membre inférieur gauche. Par ailleurs, les réflexes cutanés plantaires sont vifs avec une trépidation épileptoïde qui peut faire penser à un syndrome pyramidal (atteinte de la partie centrale de la voie pyramidale). Selon le bilan médical, Monsieur P. peut répondre verbalement aux différentes questions posées, il est cohérent et peut effectuer plusieurs mouvements des membres sur demande. Les résultats des urgences mettent en évidence une fracture bi-isthmique de C2 qui s'avère instable néanmoins, les disques inter-vertébraux ne sont pas atteints. Les médecins constatent un traumatisme au niveau de la moelle épinière qui peut engendrer des troubles moteurs, sensitifs et neuro-végétatifs. De plus, l'artère vertébrale a été sectionnée durant l'accident.

Par la suite, Monsieur P. est amené en soins intensifs de chirurgie orthopédique avec comme traitement la mise en place un corset occipito-fronto-mentonnier. C'est donc un corset qui contient globalement le buste de Monsieur P en lien avec son cou tout en ayant un appui derrière la tête et un bandeau au niveau du front. Ainsi toute mobilisation du cou et de la chaîne scapulaire est impossible.

L'évolution orthopédique est observée comme lente mais favorable par le médecin. Cliniquement, il est noté une récupération satisfaisante des troubles moteurs tant proximaux que distaux au niveau du membre supérieur gauche. A la suite des différents examens médicaux, un sevrage du corset occipito-mentonnier est proposé en septembre 2015 afin de passer à une simple minerve. Ainsi, l'absence de consolidation osseuse a nécessité le port du corset pendant environ deux mois empêchant toute mobilité des cervicales et réduisant les mouvements de la ceinture scapulaire.

Les objectifs du suivi de Monsieur P. au centre de soin de suite et de réadaptation sont alors du renforcement musculaire au niveau des cervicales et des membres car le corset a pu entraîner une amyotrophie mais également une récupération des mobilités et des amplitudes articulaires.

- Antécédents :

Monsieur P. a déjà été victime d'un accident du travail en 2005 ayant engendré une fracture du tibia gauche. Actuellement, nous pouvons percevoir de grandes cicatrices sur sa jambe gauche. En 2004 et 2009, Monsieur P. a vécu des épisodes dépressifs, pour lesquels nous avons peu d'éléments. Par ailleurs, peu de temps avant son accident, c'est à dire en février 2015, un carcinome basocellulaire a été découvert (c'est la forme la moins dangereuse des cancers de la peau).

- Notre première rencontre :

- L'indication en psychomotricité et la demande :

Depuis le début du mois de novembre, Monsieur P. effectue de la kinésithérapie trois fois par semaine afin de retrouver une mobilité des cervicales ainsi qu'une dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne. Cependant, la kinésithérapeute qui l'accompagne se questionne sur la faible évolution de Monsieur P. et notamment sur ses difficultés de relâchement musculaire. Ce questionnement est d'autant plus présent que Monsieur P. est très volontaire et investi dans sa rééducation. Ainsi, en janvier 2016, Monsieur P. est adressé en psychomotricité à la demande de la kinésithérapeute dans un objectif de détente. En présence de la psychomotricienne, je rencontre Monsieur P. pour la première fois afin d'effectuer un bilan mais surtout de comprendre sa demande personnelle.

- Mes premières impressions :

A son arrivé dans la salle de psychomotricité, je suis surprise par ce monsieur très grand, mince dont la démarche peut être assimilable à celle d'un robot. Effectivement, Monsieur P. semble marcher d'un seul bloc entraînant un mouvement de l'ensemble du corps sur chaque pas qu'il effectue. Je peux également observer une claudication. En effet, Monsieur P. se balance de droite à gauche laissant apparaître une faible déviation de l'axe. C'est un homme musclé dont le cou semble disparaître derrière une musculature très impressionnante.

- Les ressentis de Monsieur P. sur ce qui lui pose problème :

Lors de ce premier entretien, Monsieur P. peut s'exprimer sur de nombreuses gênes. Il peut dire qu'il est en difficulté pour dissocier le mouvement de la tête avec le reste du corps et que cela semble être en lien avec un tonus élevé au niveau de la musculature du cou. Monsieur P. peut aussi nous dire que le relâchement et la mobilité de la tête sont possibles après plusieurs exercices avec la kinésithérapeute cependant cela reste de courte durée. Il exprime aussi un blocage au niveau du membre inférieur gauche. D'après lui, la jambe peut « ne plus vouloir avancer » dans le mouvement de la marche et il constate que cela s'effectue généralement après une période d'immobilité. Dans le discours de Monsieur P. je perçois certains manques du mot avec une logorrhée se caractérisant par un flux de parole continu et peu compréhensible. Nous sommes alors à l'écoute de ce qu'il ressent et des mots qu'il utilise pour caractériser cela.

Quand il s'agit de nous expliquer ce qu'il ressent, Monsieur P. implique régulièrement sa kinésithérapeute dans le but d'appuyer son discours. En effet, il peut alors dire : « vous demandez à Virginie », « Virginie dit que (...) », « Virginie a vu que (...) ». Il peut ainsi paraître en collage des mots de Virginie. Nous pouvons constater que Monsieur P. construit son discours en passant par ce que peuvent dire les professionnels, ainsi, il donne rarement l'information directement mais re-constitue plutôt l'échange. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'il utilise les mots de ses thérapeutes car les siens lui manquent.

-Observations psychomotrices :

Ainsi, lors de cette première rencontre, on peut percevoir une rigidité de l'ensemble du corps dans la marche. Les ceintures scapulaires et pelviennes ne sont pas dissociées, par ailleurs, le côté gauche du corps semble plus difficilement mobilisable.

Au regard de cette tonicité, la psychomotricienne évalue le ballant et l'extensibilité des membres, ainsi on perçoit un tonus très important au niveau du membre supérieur gauche. Le poignet semble pouvoir se relâcher cependant la mobilisation du coude met en évidence une résistance qui disparaît et réapparaît par à-coups successifs au cours du mouvement. Ce phénomène peut alors nous faire penser à un mouvement de « roue dentée ». Par la suite, on peut aussi percevoir une rigidité au niveau de l'épaule gauche et ainsi constater une hypertonie de l'axe prépondérante. D'une façon générale, Monsieur P. semble plutôt dans une hypertonie importante de l'ensemble du corps. Cette hypertonie pourrait être assimilée à une cuirasse musculaire.

Dans ce cas, nous pouvons faire l'hypothèse que la cuirasse a pour toile de fond le développement de Monsieur P. Ainsi, **W. REICH**, met en évidence le concept de cuirasse à partir du caractère d'une personne qui s'élabore au cours de la première enfance. Pour lui, la cuirasse caractérielle est un mécanisme de protection narcissique, un ensemble de traits défensifs destinés à lier une certaine quantité d'angoisse. Il observe alors que la cuirasse caractérielle se double d'un ensemble d'attitudes musculaires permanentes tout autant structurées qu'il appelle la cuirasse musculaire. Ainsi, « *toute rigidité musculaire contient l'histoire et la signification de son origine.* »⁷³ De ce fait, nous pouvons penser que l'hypertonie qui touche l'ensemble du corps de Monsieur P. a une fonction et une signification précise: celle de pare-excitation. Je peux ainsi supposer que la rigidité musculaire de Monsieur P. pourrait être une solution plus ou moins efficace contre l'apparition d'angoisses que celles-ci soient des angoisses de perte, d'intrusion du corps ou de morcellement. L'hypertonie permanente procure un sentiment de solidité et de résistance face aux excitations endogènes ou exogènes.

De plus, le discours de Monsieur P. est parfois difficile à comprendre notamment en lien avec ses nombreux manques de mots qui peuvent apparaître. En effet, pour nommer son épaule ou son cou, Monsieur P. utilise principalement les gestes. Paradoxalement, il est logorrhéique et s'exprime généralement en utilisant des termes musculaires. Cette logorrhée peut être mise en lien avec l'incapacité à différer ce qu'il pense et Monsieur P. peut alors régulièrement parler en même temps que nous. Par ailleurs, Monsieur P. ne prend pas appui sur son ressenti mais plutôt sur le raisonnement des « professionnels ».

73 A. DELOURME et E. MARC, *Pratiquer la psychothérapie*, DUNOD, p. 141

Nous pouvons aussi imaginer que le discours du soignant n'a pas pu être assimilé, de ce fait, il le ré-utilise tel qu'il a été employé. Pour **J. PIAGET**, la connaissance est un processus adaptatif qui prend la forme d'une constante interaction entre le sujet et l'objet se manifestant par l'alternance des processus d'assimilation et d'accommodation. La connaissance n'est pas une copie de la réalité mais c'est une reconstruction active de celle-ci par nos propres actions. Ainsi, nous pouvons faire l'hypothèse que les troubles cognitifs de Monsieur P. ou l'impact psychologique chez un monsieur très anxieux interfèrent dans ce processus adaptatif et engendrent notamment un déséquilibre entre l'assimilation et l'accommodation. Les divers troubles cognitifs de Monsieur P. et son apparence physique engendrent certaines difficultés relationnelles. En effet, le discours est parfois peu construit et la posture corporelle peu adaptée.

Monsieur P. nous demande régulièrement ce que l'on pense de sa situation, nous pouvons supposer qu'il est très inquiet mais aussi qu'il cherche à maîtriser sa situation et son vécu. Cela questionne alors sur le rôle et l'importance du discours des soignants pour Monsieur P. En effet, les soignants mettent des mots sur ce que le patient ressent à partir de ce qu'ils peuvent constater car Monsieur P. est en difficulté pour faire des liens lui-même.

- La conclusion du bilan psychomoteur :

La psychomotricienne décide de le rencontrer deux fois par semaine dont une fois dans la piscine de l'institution et une autre fois dans la salle de psychomotricité. L'objectif de ce suivi est notamment d'effectuer un travail corporel global favorisant la modulation tonique en passant par le médiateur « eau » dans la piscine et un travail de conscience corporelle dans la salle de psychomotricité. Le but va être alors de chercher ensemble, de co-élaborer ce suivi avec Monsieur P. afin de se décaler de l'investissement tonique très important chez lui.

Il me semble intéressant de rencontrer Monsieur P. en séance de psychomotricité dans deux lieux différents et de deux manières différentes. En effet, proposer deux espaces à Monsieur P. c'est dans un premier temps lui permettre de les investir différemment tout en ayant des invariants au sein d'un processus de changement (les objectifs du soin psychomoteur restent similaires et la figure soignante demeure toujours présente). Ainsi, la psychomotricienne est garante d'une permanence dans le cadre thérapeutique notamment dans sa façon de rencontrer Monsieur P. et dans sa façon de penser le soin.

De plus, réaliser des séances une fois dans l'eau et une fois hors de l'eau c'est aussi se donner les moyens d'avoir une autre lecture de la problématique du patient et de pouvoir élargir notre champ de pensée et d'action.

- Le choix du médiateur :

Le médiateur « eau » nous semble intéressant pour Monsieur P. car il a diverses propriétés. En effet, l'eau s'adapte et s'ajuste à la personne pour créer une enveloppe autour du corps immergé. L'eau peut permettre à Monsieur P. de prendre conscience de l'unité corporelle et offrir différentes sensations. L'eau « *porte et enveloppe celui qui veut bien s'abandonner. Elle touche et caresse, dessine les limites du corps dans un contact sensoriel où la peau a la première place.* »⁷⁴ Ainsi, l'eau peut faire comprendre à Monsieur P. que son corps est impénétrable telle une frontière (comme l'est actuellement l'hypertonie corporelle et comme a pu l'être le corset) entre le dedans et le dehors.

De plus, par sa qualité de surface, elle pourrait offrir un retour sur les mouvements, les tensions mais aussi sur le possible relâchement du patient. Pour **C. POTEL**, l'eau « *en tant que surface, elle est un vrai miroir réfléchissant de la construction de notre identité corporelle. Dans sa profondeur, elle nous plonge dans une rencontre avec nous-mêmes.* »⁷⁵ « *elle se fait écho du mouvement et cet écho de l'eau témoigne de la présence du corps, de soi, de l'autre* ». Par ailleurs, « *choisir l'eau comme élément de base, c'est mettre l'accent sur les signes du corps, et donc s'engager dans les voies de la communication non verbale.* » Ainsi, la communication non verbale est primordiale dans l'eau et cela pourra permettre à Monsieur P. de se dégager progressivement du discours verbal dans lequel il semble rationaliser ses sensations afin d'arriver vers un ressenti personnel.

- Une relation qui se tisse :

L'émergence de la relation, le nouage de celle-ci entre Monsieur P, la psychomotricienne et moi-même prend pour point de départ un désir qui s'établit tant du côté du professionnel que du patient. En effet, « *pour qu'il y ait relation, il faut toujours qu'il y ait interaction de deux subjectivités. On pourrait dire qu'il y ait une rencontre de deux désirs : celui de soigner et celui de guérir.* »⁷⁶

74 C. POTEL: *Le corps et l'eau*, ERES, préface

75 Ibid

76 D. LIOTARD, sous la direction de C. POTEL *Psychomotricité : entre théorie et pratique* , IN PRESS, p.52

Ainsi, la relation s'établit à partir d'une volonté de Monsieur P: celle d'être « moins crispé » selon ses mots et d'un souhait de la psychomotricienne et moi-même: celui de lui l'accompagner vers une meilleure adaptation tonique. La relation est un véritable enjeu dans l'approche psychomotrice voire même la spécificité de celle-ci notamment au travers de l'implication du psychomotricien. **J. DE AJURRIAGUERRA** appréhende la psychomotricité comme « *le corps en relation* » et **B. JOLIVET** définit cette profession comme « *une motricité en relation* ». La relation est un élément fondamental de la profession car elle est le socle, le point d'appui, à l'émergence d'une évolution.

- La première séance en piscine :

Au début de la séance, Monsieur P. peut dire qu'il vient régulièrement en piscine et nous montre ce qu'il y fait. Ainsi, nous constatons que les exercices effectués visent principalement la musculation des bras et des jambes. Par ailleurs, Monsieur P. essaie de se déplacer dans la piscine en effectuant un mouvement de dissociation des ceintures pelviennes et scapulaires. Monsieur P. verbalise beaucoup de manière spontanée mais semble aussi tenir compte du discours du soignant. Afin de s'éloigner de la représentation sportive et musculaire de l'activité, nous lui proposons un travail de flottaison. Ainsi, pour commencer, nous disposons des mousses flottantes au niveau de ses épaules, de son bassin, des genoux et des chevilles.

- Nos observations psychomotrices dans l'eau :

Au fur et à mesure de la flottaison, nous enlevons certains supports et nous pouvons constater les jambes amènent l'ensemble du corps dans un mouvement de redressement. Néanmoins, quand nous apportons un appui de l'ordre du soutien au niveau du sacrum, il semblerait que la flottaison des membres inférieurs soit possible. Par ailleurs, quand nous enlevons progressivement l'appui au niveau des épaules, Monsieur P. ne semble pas pouvoir se réajuster. Effectivement, il peut être amené à avoir la tête dans l'eau si un solide appui au niveau du bassin et de la tête n'est pas présent. Nous constatons alors que la flottaison du membre supérieur droit semble être possible cependant le membre supérieur gauche reste très tonique. Monsieur P. peut alors fermer les yeux et se relâcher progressivement allant jusqu'à mettre les oreilles dans l'eau. On peut alors constater un tremblement important des paupières que l'on retrouvera lors des différentes séances. Monsieur P. nous questionnera sur ce qu'il ressent et notamment sur la cause de ce qu'il peut constater.

A la fin de la séance, Monsieur P. voudra essayer de flotter sans soutien de notre part cependant cela semble très compliqué. En effet, à ce moment là, on peut constater que l'ensemble du corps entre dans une hypertonie importante allant jusqu'aux extrémités de celui-ci. Nous pouvons alors constater que le mouvement de redressement prend pour point de départ la musculature antérieure. En effet, Monsieur P. semble sur-investir la musculature du cou au profit d'un sous investissement de la mobilité du bassin.

- Les enjeux de la relation :

Ce travail peut paraître très régressif car la flottaison fait partie des premiers temps de la vie du bébé dans le ventre de sa mère. Néanmoins, nous expliquons à Monsieur P. l'objectif de celui-ci, ainsi la verbalisation est essentielle afin que l'accompagnement ne soit pas infantilisant. Le nouage de la relation doit prendre pour appui : la confiance entre le patient et le psychomotricien. Cette relation de confiance va être déterminante dans la façon dont le patient et le psychomotricien s'engagent dans le soin. Il est donc important de s'adapter au patient, d'explicitier les objectifs de nos propositions à Monsieur P. afin que celui-ci ne se sente pas infantilisé mais plutôt entendu et compris dans sa demande. **C. ROGERS** met en avant le rôle essentiel de la relation dans l'efficacité thérapeutique. En effet, il définit l'engagement comme étant un élément essentiel de la thérapie tout en y englobant la confiance réciproque, l'acceptation, la confidentialité et l'abondance d'objectifs communs.

- Le portage dans l'élaboration d'une relation ; une relation au service du portage :

Au moment de la flottaison, le portage semble essentiel et Monsieur P. peut être accessible au relâchement dans ce cas. Selon **B. BASUYAU-ROUQUETTE**, « *le portage soutient l'activité des éprouvés du bébé, dans l'appui du psychisme maternel. Les premiers éprouvés de l'enfant s'activent au travers de la voix, du regard, des mots, du toucher maternel* »⁷⁷. Ainsi en reprenant ses termes nous pouvons alors dire que le portage soutient l'activité des éprouvés de Monsieur P. dans l'appui de la psychomotricienne. Les premiers éprouvés de relâchement vont alors s'activer à travers la voix, le regard, les mots mais surtout à travers notre toucher.

Le soignant peut être dans une position très maternante dans ce moment là et adopter la fonction de « *holding* » dont parle **D.W. WINNICOTT**. En effet, dans ce portage nous tenons physiquement Monsieur P. pour lui apporter les soins nécessaires.

⁷⁷ B. BASUYAU-ROUQUETTE, *Le portage thérapeutique de la dyade mère bébé en psychomotricité*, Revue Spirale, n.46 p.75

C'est donc dans ce moment qu'il peut se sentir tenu et contenu ainsi, cela pourra être la base de la création d'un sentiment de « continuité d'être ». Par ailleurs, nous adaptons notre portage en fonction de ce que nous ressentons à travers le dialogue tonico-émotionnel. **J. De AJURIAGUERRA** développe ce concept en s'appuyant sur l'interaction entre la mère et son enfant à l'origine d'une adaptation corporelle. Ainsi, nous pouvons constater dans cette interaction psychomotricienne/Monsieur P. des similarités entre le portage et le dialogue tonico-émotionnel mère/bébé. En effet, en soutenant la tête et le bassin de Monsieur P, en l'enveloppant par la voix, le regard, le toucher, nous lui offrons une position de sécurité de base qui amène le relâchement et la détente.

C'est à partir de cet espace-temps relationnel entre Monsieur P., la psychomotricienne et moi-même qu'une réelle alliance thérapeutique pourra être établie. « *Dans ce cadre, définir la relation revient aussi à la définir comme une relation d'implication.* »⁷⁸ Ainsi, notre manière d'être en relation avec le patient sera déterminante dans l'efficacité des propositions que nous pourrons lui faire. La qualité de la relation influence alors l'évolution du patient et son développement. Ainsi, que ce soit dans la thérapie ou la rééducation psychomotrice, la relation est le support de la revalorisation au service d'un changement, c'est « *l'un des moteurs sans lesquels la meilleure des techniques serait peu opérante.* »⁷⁹

- Une relation qui se noue :

-Evolution du suivi en psychomotricité et de nos rencontres :

Quand nous arrivons dans la piscine, nous retrouvons généralement Monsieur P. calme, serein dans une position de flottaison à l'aide de flotteur qu'il dispose sous ses chevilles et sous ses épaules. Ainsi, nous avons effectué plusieurs séances autour de la flottaison et de son ressenti tout en verbalisant sur celui-ci. Monsieur P. peut alors se relâcher au fil des séances et nous pouvons constater une hypertonie moins importante.

Il semble parfois être en collage de nos mots. Il peut dire: « j'ai senti ce qu'il se passait ici » tout en désignant la partie du corps ou « je ressens bien le truc là ». Nous pouvons alors faire l'hypothèse que Monsieur P. ré-emploie nos mots car il serait en manque de ceux-ci.

78 M. CONTANT, A. CALZA, *Psychomotricité*, MASSON, p.23

79 P. SCIALOM, F. GIROMINI, J-M ALBARET, *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, SOLAL, p.295

En effet, cela pourrait être mis en lien avec l'atteinte cérébrale consécutive à son accident du travail qui peut avoir entraîné des fragilités cognitives. Cependant, je me questionne aussi sur la compréhension de notre discours et sur son désir de répondre « juste » à nos attentes. Effectivement, Monsieur P. semble être désireux de bien faire et peut nous questionner régulièrement sur cela.

Au fil des diverses séances, Monsieur P. peut se saisir des différentes propositions. En effet, il semble assimiler et investir petit à petit le discours du soignant tout en l'accommodant. De lui même, il inventera des mouvements que nous n'avons pas effectué avec lui et nous pourrons alors partir de ses propositions afin de réaliser la séance. Il est important de s'appuyer sur les propositions du patients et les étayer en fonction de nos objectifs.

Dans le soin psychomoteur, l'élaboration de la relation est soumise à plusieurs conditions. Afin de permettre l'émergence de celle-ci, le psychomotricien doit être présent et disponible pour le patient. « *La spécificité de la relation thérapeutique en psychomotricité est que le psychomotricien s'implique dans son langage corporel pour rencontrer [le patient] là où il est, comme il est.* »⁸⁰ De ce fait, par notre écoute corporelle et verbale de Monsieur P, nous allons élaborer, co-construire avec le patient une relation qui s'appuie sur un élément essentiel : la confiance. Je constate alors que nous nous décalons petit à petit de la vision de « l'expert » que Monsieur P. pouvait avoir sur les professionnels de rééducation. De plus, ses propositions mettent en évidence une appropriation du discours des soignants mais surtout de ce qu'il a effectué avec nous tout en prenant appui sur ce qu'il peut ressentir. Monsieur P. se décale de l'aspect musculaire du corps afin d'être davantage dans un vécu du corps qui prend appui sur ses sensations.

En psychomotricité, et notamment au cours du suivi de Monsieur P. nous nous appuyons sur les signes cliniques et les différents liens entre eux. L'implication psychocorporelle du psychomotricien est alors essentielle afin de renvoyer une posture sur laquelle Monsieur P. peut s'appuyer. Dans ce sens, il pourra se sentir accompagné, soutenu et contenu ce qui facilitera la mise en mouvement, l'investissement d'une manière plus générale et ce qui permettra une ouverture sur ses sensations et sur l'écoute de ses ressentis.

80 F. DESOBEAU, *Identité et fonction du psychomotricien*, Thérapie psychomotrice et recherches, n.162, 2010, p.60

C'est dans cette « préoccupation soignante primaire »⁸¹, c'est à dire dans notre écoute, notre disponibilité, notre posture de psychomotricienne que nous amenons Monsieur P. à expérimenter la détente et la modulation tonique tout en l'accompagnant pour y mettre des mots dessus. Monsieur P. est très investi dans la prise en soin en psychomotricité ainsi, nous devons étayer cette motivation et l'aider à mettre du sens sur ce qui est fait. Au début du suivi, il était porté par nos propres intérêts, par nos attentes et pouvait nous solliciter afin d'obtenir une demande de notre part: « Est ce que c'est ça qu'il faut faire ? » « J'ai une bonne position là ? » Néanmoins, au fil des séances Monsieur P. s'autorise davantage à expérimenter ce qu'il souhaite. Dans l'évolution de Monsieur P. je constate que c'est au travers de notre implication dans le dialogue tonico-émotionnel qu'il peut s'apaiser, réguler sa tonicité et se laisser aller.

- Nos interrogations sur nos différentes observations

Un jour, au cours de la flottaison, nous avons pu percevoir l'apparition de tremblement au niveau des membres inférieurs touchant les quadriceps et les mollets. Nous constatons ce tremblement des deux cotés du corps chez Monsieur P. néanmoins, lorsqu'il sort de la piscine, ce tremblement peut toucher seulement la jambe gauche et être très important. Monsieur P. peut alors nous dire que sa jambe « ne veut plus avancer » et qu'il ressent « un blocage » dans la marche. Il peut être en difficulté dans la locomotion et lorsque nous le questionnons, il attribue ce tremblement à la sensation de froid. En effet, il peut dire qu'il ressent le froid, tout en désignant le chemin de sa sensation du cou jusqu'à la jambe qui tremble. Le bilan neuropsychologique met en évidence une rationalisation des difficultés par des attributions externes ainsi, nous pouvons le constater dans le cas présent. Les troubles cognitifs de Monsieur P. prennent une place importante dans la rééducation tant ils ont un impact sur sa personnalité, sa façon de percevoir son environnement, d'être en relation mais aussi de ressentir et mettre des mots sur ses sensations.

L'ensemble des signes cliniques que nous avons observés au cours du suivi (tremblements, difficulté d'adaptation tonique, difficulté à verbaliser des ressentis, troubles cognitifs...) nous ont questionnés. De ce fait, nous avons évoqué ces questionnements à l'occasion d'un rendez-vous de consultation entre le médecin et le patient hospitalisé de jour. En présence de la kinésithérapeute, de la psychomotricienne, Monsieur P. et moi-même, le médecin effectuera un examen clinique.

81 A. CICCONE, *La psychanalyse à l'épreuve du bébé*, DUNOD p. 184

Monsieur P. engage son corps dans diverses activités qui ont notamment l'objectif de le muscler. Il semble alors user de son corps dans les moments où il pourrait justement se reposer et nous découvrons ce surinvestissement au fil de nos séances. Ainsi, il est conseillé à Monsieur P. de diminuer le sport à visé de musculation et plutôt favoriser la détente du corps car une évolution de ce côté a été constatée. Le médecin souhaite aussi avoir l'avis d'un neurologue sur les signes cliniques de Monsieur P. en lien avec la demande de la psychomotricienne et de la kinésithérapeute.

- L'examen neurologique :

Lors de l'examen neurologique, la psychomotricienne et moi-même étions présentes aux côtés de Monsieur P. Il nous semblait important de faire part de nos interrogations aux neurologues mais aussi d'être là, présentes et disponibles pour Monsieur P. afin de répondre à ses questionnements, l'aider à faire des liens d'autant plus qu'il peut oublier ce qui a été dit. Le neurologue a décelé une atteinte de la voie pyramidale suite à une compression médullaire. Cette atteinte pyramidale est une conséquence de l'accident et engendre les tremblements ainsi qu'une spasticité des membres.

Monsieur P. était adressé en psychomotricité pour de la relaxation, néanmoins, il est primordial de toujours écarter l'atteinte organique. En effet, dans le cas de Monsieur P. il est important de connaître les conséquences de l'accident et le niveau de l'atteinte car nous ne pouvons lui demander l'impossible. La fonction tonique étant grandement perturbée par l'atteinte pyramidale, demander à Monsieur P. de relâcher l'ensemble de ses membres serait le confronter à l'impossible et à une absence de changement alors que ceci est essentiel pour lui. Le neurologue prescrit un médicament qui va avoir un effet direct sur la tonicité de Monsieur P. sur sa spasticité, ses tremblements et donc sur sa « façon d'être ». Le traitement est donc une solution qui peut engendrer un mieux-être psychocorporel.

Par ailleurs, dès notre première rencontre Monsieur P. nous parlait de sa volonté de reprendre le travail prochainement. Cependant, le neurologue a affirmé que cela n'était plus envisageable au vu des séquelles.

- Doit-on envisager l'arrêt de la prise en soin en psychomotricité ?

Devions-nous arrêter la prise en soin en psychomotricité au vu de l'atteinte organique ? Sachant que la psychomotricité était indiquée pour accompagner le relâchement musculaire, favoriser la détente de Monsieur P. et l'adaptation tonique, devions-nous rester dans son parcours de soin ? L'atteinte pyramidale vient toucher au plus près nos objectifs psychomoteurs et nous place dans l'impossibilité de les mener à terme.

De ce fait, si nous considérons nos objectifs préalablement déterminés comme étant la finalité de notre travail psychomoteur alors l'arrêt de la prise en soin peut être pertinent. L'arrêt du suivi psychomoteur de Monsieur P. peut être pensé et programmé si nous pensons du côté du trouble et donc à l'atteinte organique. Cependant, en psychomotricité, nous ne considérons pas seulement le trouble mais plutôt l'individu dans sa globalité. Ainsi, dans le cas de Monsieur P. nous décidons de ne pas arrêter la prise en soin au vu du sens que la psychomotricité prend pour lui. En effet, la relation établie avec lui vient guider notre choix car dans un premier temps, Monsieur P. décrit un meilleur confort de la sphère cervicale et dans un second temps, il nous semble important de l'accompagner dans la réappropriation du corps et de son être tout entier face aux séquelles. Au regard de l'annonce du neurologue, notre positionnement de psychomotricien va se trouver davantage du côté du soutien, de la prise de conscience des possibilités dans l'abord de son avenir mais aussi de l'accompagner dans les changements que va amener le traitement prescrit par le neurologue.

Lors de la séance en piscine qui a suivi le rendez-vous avec le neurologue, Monsieur P. a pu nous faire part de ses questionnements et de ses ressentis. Il nous a ensuite demandé ce que l'on allait faire durant la séance et la psychomotricienne lui a répondu : « je ne sais pas, qu'est ce que vous voulez faire ? » Monsieur P. s'est alors retrouvé « scié » face à cette réponse mais il était fier de nous faire une proposition. A ce moment là, on constate une alliance de travail entre le patient et le soignant allant jusqu'à la collaboration dans le soin. « *Dans cette relation, le thérapeute en psychomotricité sera situé plutôt du côté du moi auxiliaire que du sur-moi. La relation avec le patient devient horizontale et non plus verticale.* »⁸² Ainsi, c'est parce que nous avons pris le temps de rencontrer Monsieur P. « là où il est, comme il est » et notamment dans cette relation soignant-soigné que nous avons pu, au fur et à mesure, nous en décaler afin de l'accompagner dans la prise en compte de ses ressentis personnels.

82 M. CONTANT, A. CALZA, *Psychomotricité*, MASSON, p.23

De ce fait, il est primordial de nouer une relation thérapeutique particulière avec le patient car elle sera le point d'appui du suivi psychomoteur et elle nous a permis de co-construire avec Monsieur P. sa prise en soin.

En ce qui concerne l'arrêt de la prise en soin, nous ne pouvons parler de dénouement de la relation, c'est à dire de la manière dont elle se conclue, sans en comprendre la manière dont elle se met en place. On pourrait presque dire, dans un néologisme : dé-nouage car la relation se présente comme un nouage, un entrelacement particulier entre le patient et le psychomotricien. **D. LIOTARD** pense que « *pour qu'il y ait relation, il faut toujours qu'il y ait interaction de deux subjectivités. On pourrait dire qu'il y ait une rencontre de deux désirs : celui de soigner et celui de guérir.* »⁸³

En partant de ce principe, peut-on parler de dé-nouage de la relation quand la volonté des deux parties est accomplie ? Est il possible de reprendre les termes de **D. LIOTARD** afin de parler du dé-nouage ? « Pour qu'il y ait dé-nouage de la relation, il faut toujours qu'il y ait interaction de deux subjectivités. On pourrait dire qu'il y ait une rencontre entre l'assouvissement de deux désirs: celui d'avoir soigné et celui d'être guérit. »

J'expliciterai la notion de guérison dans la partie concernant « l'inachèvement fondamental » néanmoins en ce qui concerne Monsieur P, les séquelles de l'accident resteront présentes. Il vit des modifications toniques et des bouleversements liés au traitement prescrit par le neurologue toutefois il fait de nombreux progrès et commence à intégrer ce qui lui arrive. Nous devons alors l'accompagner vers l'élaboration de cette fin notamment au regard de l'évolution des objectifs. Le médecin a indiqué la psychomotricité pour Monsieur P. pour réaliser un travail au niveau du tonus afin d'atteindre une modulation tonique qui permet un ajustement face aux différentes situations. Le projet thérapeutique établi avec Monsieur P. n'a pas cessé de s'en décaler pour mettre à jour sa problématique neurologique. Ainsi, l'arrêt de la prise en soin semble pouvoir être envisagé dans quelques mois.

Monsieur P. évolue dans l'acceptation de son corps marqué par l'accident, l'acceptation des séquelles mais aussi dans le décalage qu'il a pu entreprendre au niveau du vécu de son « corps musculaire ». En effet, Monsieur P. semble trouver de nouveaux appuis en dehors de cette hyper-sollicitation du corps.

83 D. LIOTARD, sous la direction de C. POTEL, *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, IN PRESS, p.52

Il a d'ailleurs pu dire qu'il pensait arrêter les suivis en septembre ainsi nous pouvons observer qu'il y a quelque chose qui se passe corporellement, une évolution et cela l'amène à se projeter et penser le soin jusqu'en septembre.

Ainsi, il me semble que lorsque nous arrêtons une prise en soin en psychomotricité parce que nous pensons avoir conclu un travail, l'assouvissement de certains désirs est toujours présent. Le dé-nouage de la relation exige un acte qui fasse coupure et c'est cette coupure que la dernière rencontre avec le patient va venir opérer.

Le dé-nouage de la relation peut s'élaborer au moment où l'on « commet » l'arrêt du suivi. Cependant il me semble important de prendre en compte le dé-nouage non pas comme une façon de défaire la relation thérapeutique mais plutôt comme un moment où elle est suspendue afin de permettre au patient de revenir vers le psychomotricien s'il en ressent le besoin. C'est dans cette expérience partagée que le soin psychomoteur peut faire « trace » tant du côté du patient que du soignant. En effet, c'est cette expérience, cette relation qui rend le suivi indélébile et qui va être constitutif de l'histoire de Monsieur P. Ainsi, bien qu'il y ait une coupure au moment de l'arrêt, l'expérience du suivi en psychomotricité se prolonge dans le vécu du sujet.

Tout nouage et dé-nouage de la relation doit s'établir dans un cadre favorable et sécurisant. Effectivement, la qualité de la relation et de la séparation dépend du cadre dans laquelle celle-ci s'est établie. Ainsi, la relation thérapeutique est indissociable du cadre thérapeutique en psychomotricité.

2) Le cadre thérapeutique:

Le cadre thérapeutique peut être défini comme étant « *ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, un temps, une pensée* »⁸⁴. Ainsi, il désigne l'ensemble des conditions pratiques et psychologiques qui ajustées aux possibilités du patient permettent un processus soignant. De ce fait, comment le cadre contient l'action de la séparation entre le psychomotricien et le patient ? En prenant appui sur la réflexion de **C. POTEL**, nous pouvons concevoir le cadre thérapeutique selon deux niveaux : il y a d'une part le cadre physique et d'autre part le cadre psychique.

84 C. POTEL, *Etre psychomotricien*, ERES, 2010

Ainsi, le cadre physique peut être pensé comme le lieu du suivi psychomoteur, la fréquence, la durée, l'organisation... Tout ces éléments vont servir de support dans le réel au cadre psychique. En effet, la matérialité du cadre ne peut être dissociée de la disponibilité psycho-corporelle du psychomotricien.

Nous pouvons alors nous questionner sur la façon dont le cadre thérapeutique s'ajuste à la problématique de l'arrêt en psychomotricité ? En effet, le cadre thérapeutique va être constitué d'éléments fixes qui pourront être retrouvés dans la façon dont le psychomotricien pense l'arrêt. Parmi ces éléments nous pouvons prendre en compte les repères temporeux comme la date de l'arrêt, les rituels mais aussi des personnes dont le patient et le psychomotricien et surtout une conception, celle du soin. L'ensemble de ces éléments ne sont pas rigidifiés et peuvent être amenés à évoluer. Ainsi, nous constatons que le cadre thérapeutique influence le contenu de la prise en soin tout autant que le contenu influence notre façon de penser le cadre.

Le cadre thérapeutique ne peut être réduit aux éléments physiques car c'est dans la façon dont le psychomotricien va penser son cadre que les variations de celui-ci vont pouvoir être intégrées. En effet, le psychomotricien élabore son cadre en fonction des objectifs institutionnels, contractuels (espace, temps de la prise en soin...) et notamment en fonction de ce que l'on peut appeler son cadre « *portatif* »⁸⁵ c'est à dire son statut, son éthique, sa personnalité. Ce cadre portatif va rencontrer celui du patient afin de co-construire un cadre de rencontre, souple, contenant, vivant et évolutif. Nous pouvons ainsi parler du cadre thérapeutique en terme d'élasticité dans la façon dont il peut intégrer des variations, des changements sur un fond sécure et permanent. C'est donc au regard des différentes qualités du cadre que celui-ci peut autoriser et permettre la mise en œuvre de l'arrêt de la prise en soin. En effet, c'est dans la façon dont le cadre va être pensé par le psychomotricien et co-construit avec le patient qu'il pourra s'adapter au moment de l'arrêt de la prise en soin.

« Aujourd'hui je sais que c'est la dernière séance » dit Louis. Il semblait sûr que le moment de se quitter était arrivé et tout aussi prêt pour cela. Je me prépare à expliquer qu'il nous reste une séance avant de se dire au revoir cependant le psychomotricien s'exprima spontanément dans le sens de Louis.

85 C.BALLOUARD, *Le travail du psychomotricien*, DUNOD, p.132

Ainsi, lors de la dernière séance, le cadre thérapeutique n'est pas ce qui doit changer mais plutôt ce qui doit s'ajuster à la problématique de l'arrêt. C'est donc dans ses variations du cadre, dans ces imprévus que le psychomotricien se trouve confronter aux limites de celui-ci. En effet, la façon dont le psychomotricien pense le cadre est dépendant de sa personnalité, de sa disponibilité et plus généralement de son « savoir être ». De ce fait, lorsque le psychomotricien se trouve face aux limites du cadre, c'est les siennes qu'il rencontre.

*Lors de cette dernière séance avec Louis, j'ai été surprise par cet imprévu, par cet événement non-pensé qui m'amène à questionner les limites du cadre, **mes** limites dans la façon de penser ce cadre.*

En reprenant notre problématique principale, nous pouvons dire que le psychomotricien peut articuler sa pratique autour de l'arrêt du soin en ayant comme point d'appui la relation qu'il tisse avec le patient et la façon dont il pense le cadre thérapeutique de celle-ci. En partant de ce principe, nous pouvons alors nous questionner sur les différences, entre les psychomotriciens, dans le choix du moment de cet arrêt.

B- Choisir le moment de l'arrêt en psychomotricité:

Que ce soit seul ou accompagné d'une équipe, le psychomotricien a plusieurs décisions à prendre dans le suivi d'un patient. Ces différentes décisions se portent notamment sur l'indication ou non du suivi en psychomotricité, sur les modalités de la prise en soin, les objectifs de celle-ci et notamment sur le moment de l'arrêt. Ces décisions vont s'étayer sur ses compétences professionnelles et particulière éventuellement en lien avec différents thérapeutes. Elles vont s'ajuster aux patients, aux lieux de consultations mais aussi à la « façon d'être » du psychomotricien.

1) Individualité du psychomotricien : les limites dans l'arrêt du soin

Tout au long de la prise en soin, le psychomotricien s'appuie sur ce qu'il sait, sur ce qu'il est mais aussi sur ce qu'il ressent. Pour cela, il passe par une formation professionnalisante dans laquelle il va se construire une identité, c'est à dire le caractère de ce qui est identique aux autres étudiants mais aussi de ce qui est unique. Le cursus en psychomotricité permet alors de se connaître, de développer un savoir être et un savoir faire.

Ainsi, le psychomotricien « *se doit de posséder des connaissances et un savoir faire mais cela ne va pas suffire, il doit posséder un savoir être et qui plus est, un savoir exister dans son corps* »⁸⁶. De ce fait, chaque étudiant va s'approprier la formation en psychomotricité notamment en fonction de son vécu, de son histoire personnelle mais surtout des expériences qui feront de lui un sujet unique. L'individualité du psychomotricien fait la richesse de cette profession et reflète la très grande variété de la psychomotricité.

Le psychomotricien, dans sa pratique, engage ses propres perceptions dans une vision de la réalité qui lui est personnelle. Il met alors son corps en jeu dans un « faire avec » le patient qui peut être le support de diverses identifications. Cette implication dans la lecture de la problématique et l'ajustement face au patient met en jeu notre posture sur le plan relationnel. Ainsi, le corps du psychomotricien est sensible et devient le signe subjectif en lien avec l'identité et la singularité de celui-ci. C'est donc cette singularité, cette subjectivité du corps en relation qui amène le psychomotricien à l'individualité. Nous pouvons alors nous questionner sur les limites de cette individualité dans la façon de penser l'arrêt du soin en psychomotricité.

La psychomotricité est alors diversifiée par la multitude des praticiens et des différentes sensibilités qui en découlent. La psychomotricité ne peut être conçue comme étant une pratique formatée, dont les actes sont dictés. En effet, le psychomotricien ne fait pas de la psychomotricité, il est psychomotricien, son bagage personnel, culturel, sensible rencontre le bagage du patient et c'est à partir de là que le soin psychomoteur peut advenir. Ainsi, c'est dans cette individualité du psychomotricien tout autant que dans sa rencontre avec l'unicité du patient que l'on se confronte à la limite de l'arrêt du soin.

L'identité du psychomotricien dans sa rencontre avec l'identité du patient se noue une relation unique, un soin particulier, que l'on ne peut classer ou définir. La manière de penser la conclusion de l'accompagnement du patient, poser le moment de l'arrêt en terme plus général, penser l'arrêt du soin dans sa globalité, est étroitement dépendant de chaque professionnel et de ce qu'il a tissé dans sa relation avec le patient. La psychomotricité est plurielle tant dans son approche que dans la façon d'en concevoir les professionnels. C'est donc dans cette vision de la psychomotricité, qui oscille entre complexité et spécificité que nous pouvons constater l'impossibilité de poser un moment d'arrêt commun à chaque prise en soin.

86 F. DESOBEAU, *Identité et fonction du psychomotricien*, Thérapie Psychomotrice et Recherches n.162

En effet, nous ne pouvons déterminer un temps, une période théoriquement réfléchie dans laquelle le soin psychomoteur trouverait son terme. Le psychomotricien implique sa sensibilité dans la prise en soin, son vécu, son histoire personnelle mais aussi sa propre perception de la problématique du patient et de son évolution.

C'est dans cette conception unique du soin psychomoteur que nous devons concevoir l'unicité de l'arrêt de celui-ci. Dans ce cas, la façon dont le psychomotricien déterminera l'arrêt du soin mettra en jeu l'ensemble de ses éléments. Ainsi, « *il est d'évidence difficile de généraliser sur une telle problématique -les fins des traitements- qui décline autant de figures que de cas cliniques, et de figures toujours singulières.* »⁸⁷ Il y a alors autant de forme d'arrêt que de patients voire même que de relation entre le patient et le psychomotricien.

La manière dont le psychomotricien conçoit l'arrêt des soins trouve sa limite mais aussi son étendu dans sa « façon d'être ». Ainsi, nous pouvons nous questionner sur l'élaboration de la temporalité du soin psychomoteur dans cette diversité psychomotrice.

2) La temporalité du soin psychomoteur :

« L'arrêt des soins » est un concept qui interroge, qui fait débat au cœur de la prise en soin en fin de vie. Dans ce contexte, la temporalité du soin est au centre de toutes les questions car derrière celle-ci se pose l'enjeu vital : la mort. Qu'en est-il de la temporalité du soin psychomoteur et de la problématique de l'arrêt dans ce cadre ? Dans la pluralité de la prise en soin psychomotrice, nous pouvons constater des suivis psychomoteurs divers et variables au niveau de la temporalité. Nous pouvons définir la temporalité comme étant « *le caractère de ce qui existe dans le temps* »⁸⁸ ainsi, il est possible de trouver autant de durée de prise en soin psychomotrice que le temps puisse permettre mais aussi, autant de variabilité temporelle du soin que de psychomotricien.

La durée de la prise en soin en psychomotricité est étroitement dépendante de la personnalité du psychomotricien et de son éthique professionnelle. En effet, pour un même patient, il ne serait pas rare de voir deux psychomotriciens effectuer une prise en soin sur des durées totalement différentes.

87 F. JOLY : *Thérapie terminée, thérapie interminable*, Thérapie Psychomotrice et Recherches, n. 152

88 <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/temporalité>

Lors de mes stages dans deux cabinets libéraux différents, j'ai pu constater une grande diversité dans la temporalité du soin psychomoteur. Pour l'un des psychomotriciens, le suivi pouvait généralement durer plusieurs mois voire des années, pour l'autre, la majorité des suivis durent quelques semaines à quelques mois.

Par ailleurs, le psychomotricien adapte la durée du soin en fonction du patient, de sa demande, de son évolution mais aussi du lieu dans lequel il exerce. En effet, il y a un ajustement constant de la durée du soin en fonction du psychomotricien, du patient et de l'institution. Selon les lieux d'exercices, les pathologies sont différentes et l'unité de mesure du temps thérapeutique va s'élaborer en fonction de cela.

Au centre de soin de suite et de réadaptation dans le service neurologie, la durée du soin est généralement programmée à quelques mois (environ 4/5 mois). Cette durée peut être adaptée en fonction des patients néanmoins, il est rare que le patient soit en hospitalisation complète pendant plusieurs années. Dans différentes institutions comme des foyers d'accueil médicalisés, des hôpitaux de jour pédo-psychiatriques... le soin dure généralement plusieurs années au regard des objectifs institutionnels.

En psychomotricité, nous allons être confrontés à différents types de temporalité, que ce soit celle du patient (temporalité personnelle), celle du cadre de travail en psychomotricité, celle de l'institution (qui reflète la temporalité sociale actuelle) et notre propre temporalité (nos besoins en terme d'organisation, de fonctionnement en tant que psychomotricien mais aussi en tant que personne). Nous devons garder en tête la singularité du patient, de son évolution pour pouvoir accompagner l'arrêt du soin mais également la singularité des services qui peuvent influencer sur la nature de la mise en place de l'accompagnement vers un arrêt.

En règle générale, le soin psychomoteur n'est pas un soin qui s'élabore dans l'urgence. En effet, le psychomotricien est dans une écoute ajustée au temps du patient et cette attention particulière accordée au tempo de l'autre est fondamentale en psychomotricité. « *La séparation s'articule avec la question de la temporalité psychique propre au patient mais aussi avec le temps réel de son histoire événementielle* »⁸⁹ Le temps du patient, le temps personnel, psychique, peut être très long, c'est un temps que nous ne pouvons pas contrôler et c'est généralement ce que nous touchons en psychomotricité.

89 F. FEDER, *Dernière séance : Entre détachement et séparation*, Revue Française de Psychanalyse, n.72, 2008

De plus, l'élaboration d'une relation est le point d'appui à tout travail en psychomotricité, cependant, ce lien de confiance, cette relation se construit dans le temps : celui de la rencontre et de l'expérience.

Ainsi, en permettant à la personne de se détacher d'un rythme imposé, elle pourra retrouver son propre rythme, celui qui est nécessaire dans le soin. Cependant, nous nous trouvons dans un paradoxe : celui de prédire un axe de développement thérapeutique dans un temps donné, en fonction du temps institutionnel et social dont nous disposons tout en laissant le temps au patient et en respectant son rythme propre.

Par ailleurs, les professionnels doivent parfois faire face à des demandes d'efficacité et de rendement inhérent à ce temps de l'urgence. L'arrêt du soin en psychomotricité vient alors questionner ce temps unique pour chaque professionnel, chaque patient, chaque institution. Il n'est pas rare que le médecin, le cadre de l'équipe ou la famille s'interrogent sur le moment de l'arrêt de la prise en soin. En effet, la logique économique nous pousse à penser que l'efficacité est liée avec la rapidité. Ainsi, nous pouvons faire régulièrement l'expérience de cette demande de résultat sur une courte durée. De ce fait, « *est ce que cette urgence devient l'unité de mesure du temps thérapeutique ?* »⁹⁰

Au bout de la quatrième séance avec Jeanne, un membre de sa famille nous questionne sur son évolution mais aussi sur le moment de l'arrêt. En effet, il peut nous demander à quel moment pense-t-on avoir fini notre travail avec Jeanne ? Et combien de séances reste-t-il à effectuer ? Il peut alors nous dire qu'il pensait que cela allait être plus rapide.

J. BOUTINET qualifie notre époque d'instantanéité, de simultanéité et d'immédiateté. Ainsi, dans la société actuelle nous souhaitons généralement s'engager dans un soin avec des résultats visibles à court terme. En effet, « *celui qui se donne le temps ou qui attend se place en situation d'échec potentiel comme si attendre voulait dire perdre* »⁹¹. Cette façon de penser met en évidence les limites de l'attente, de la façon dont on prend le temps en psychomotricité et dont on se donne du temps alors que c'est pourtant si important dans le soin psychomoteur.

90 A.COURTIN, *La temporalité de l'urgence : regard sur la temporalité dans le monde du travail chez le psychomotricien*. Thérapie Psychomotrice et Recherches, n.171

91 Z. LAIDI, *La temporalité de l'urgence : regard sur la temporalité dans le monde du travail chez le psychomotricien*. Thérapie Psychomotrice et Recherches, n.171

Comment le psychomotricien pense l'évolution du suivi psychomoteur afin d'appréhender l'arrêt ? En partant de ce questionnement, il me semble important d'entrevoir certaines notions et notamment « les objectifs » du soin tout en questionnant « la guérison » du patient.

C- La conclusion du soin psychomoteur :

Lorsque nous arrêtons le soin en psychomotricité, nous pouvons ressentir l'aboutissement « idéal » d'un processus arrivé à son terme d'autant plus si cette fin est mutuellement consentie entre le patient et le psychomotricien. Néanmoins, peut on définir notre travail avec le patient comme étant « terminé » ? C'est donc dans cette perspective que je me questionne sur la notion de « conclusion » en psychomotricité. Devons-nous parler de conclusion de notre travail avec le patient ou plutôt de conclusion de nos objectifs de soin ?

Afin d'explicitier mes propos sur l'arrêt de la prise en soin en psychomotricité, j'aborderai dans un premier temps l'atteinte des objectifs du soin et dans un second temps je parlerai « d'inachèvement fondamental » en reprenant les mots de **F. JOLY**.

1) Objectifs atteints :

En psychomotricité, lorsque le patient nous rencontre, il arrive avec son histoire, sa souffrance et notamment une demande. Ainsi, c'est à partir de la prise en considération de cette demande que vont se dessiner les objectifs du soin psychomoteur. En effet, dès le premier temps du suivi, dès l'indication, le psychomotricien se questionne sur les objectifs. Lors de la première rencontre le psychomotricien s'interroge sur les modalités de prise en soin ou de non prise en soin en psychomotricité. Au regard de ce positionnement, il réfléchit à l'utilité de son domaine de compétence pour la situation du patient, aux différents moyens qu'il possède et à l'organisation. C'est donc à partir de cette réflexion que les objectifs du soin psychomoteur vont pouvoir advenir.

Selon **F. JOLY**, « aucune entreprise soignante ne peut faire l'économie de penser son terme... et ce dès le début de l'entreprise thérapeutique ; et peut-être dans le même mouvement, de penser son efficacité, ses indications, ses pertinences et ses limites. »⁹² Ainsi, les objectifs élaborés dès le départ de la prise en soin vont être essentiels dans l'élaboration de la conclusion du soin.

92 F. JOLY, *Thérapie terminée, thérapie interminable*, Thérapie psychomotrice et Recherches N.152

Il ne faut néanmoins pas perdre de vue que selon les lieux d'exercices, l'observation du professionnel et principalement la demande du patient ; les objectifs vont être différents pour chaque situation.

Nous pouvons définir le terme « d'objectif » comme étant « *une ligne qui tend vers un point déterminé, qui constitue le but d'une opération.* »⁹³ Ainsi, les objectifs établis vont être la ligne conductrice du soin, le but à atteindre.

C'est donc sur cette route de l'accompagnement psychomoteur que les objectifs vont devoir être ajustés aux attentes du patient, à ses possibilités tout en étant en lien avec les attentes du psychomotricien et à ses moyens. En effet, si les objectifs sont « le but d'une opération », il est primordial qu'ils soient adaptés afin de pouvoir être atteints dans « l'idéal ». Dans certains cas, nous pouvons percevoir une ambivalence entre les objectifs du patient et ceux du psychomotricien. Afin d'atteindre un arrêt mutuellement consenti, un arrêt qui permette au patient de se sentir mieux quand il nous quitte, nous devons co-construire les objectifs du suivi psychomoteur avec lui. Que le patient soit un enfant ou un adulte, que les pathologies soient diverses et variées, il est important de fixer des objectifs adaptables et adaptés au patient et à sa situation. En effet, les objectifs vont être différents en fonction de ce que le patient est en train de traverser dans son parcours de soin.

Monsieur A. s'est fait opérer de quatre méningiomes, il en ressort vivant néanmoins il a des troubles cognitifs et une répercussion au niveau de sa motricité. Il était indiqué en psychomotricité afin que nous l'accompagnions vers l'adaptation à ses difficultés. Monsieur A. avait développé une forme d'hostilité envers les soignants qui l'accompagnaient, ainsi, c'est dans ce contexte que nous intervenions. Au cours du suivi, nous nous retrouvons avec un patient qui vit une dégradation soudaine et brutale dont le pronostic vital était impossible à prédire mais qui se précisait au fur et à mesure de sa dégradation. La demande et les objectifs de Monsieur A. étaient dirigés vers le retour à l'état antérieur, c'est à dire marcher car pour lui, « être debout c'est rester vivant ». Cependant, au fil du temps nous allons modifier nos objectifs car sa demande ne pourra pas être atteinte au regard de ses possibilités. Notre approche en psychomotricité s'est donc situé du côté de « rester debout », du côté de la dignité face à l'irreprésentable du pronostic vital. Néanmoins Monsieur A nous parlait régulièrement de sa volonté d'avoir des cannes afin de pouvoir marcher. Les objectifs de Monsieur A. semblaient être différents des nôtres.

93 <http://www.cnrtl.fr/definition/objectif>

Les objectifs vont être déterminants dans l'évolution du soin tout autant que dans la relation avec le patient.

En effet, dans le soin psychomoteur, il est important qu'une relation de qualité s'établisse entre le patient et le psychomotricien, c'est à dire que le patient accorde sa confiance au psychomotricien. Pour cela, les attentes du patient doivent être en cohésion avec le psychomotricien afin que celui-ci puisse y répondre correctement. « *Selon l'état du patient, notre cadre interne se fait pare excitant, régulateur et contenant. Comme objet de tendresse, je m'accorde, m'adapte aux rythme du patient, j'ajuste le cadre* »⁹⁴ Le psychomotricien s'adapte ainsi à sa demande, ses attentes et son rythme dans le soin.

Sachant que les objectifs sont la ligne conductrice du soin, ce sont eux qui guident le contenu des séances, nous pouvons ainsi penser à arrêter le soin dès que les objectifs sont atteints. En fonction des institutions, du temps que nous disposons avec le patient, nous allons adapter les objectifs selon l'axe prioritaire qui apparaît. A partir de ce moment là, le contenu des séances va se tisser autour des objectifs déterminés jusqu'à atteindre l'accomplissement de ceux-ci.

Ainsi, l'atteinte des objectifs vient inscrire l'achèvement du soin psychomoteur. « *Dans sa pratique, le psychomotricien a deux repères : arriver à mettre au travail cette question de l'arrêt et ensuite penser que l'arrêt ne veut pas dire que la porte est définitivement fermée. En effet, dire à la personne qu'elle peut reprendre rendez-vous peut tenir les gens pendant plusieurs années.* »⁹⁵ En règle générale, l'arrêt du soin en terme de conclusion d'un travail va être déterminé à partir du moment où le psychomotricien pense avoir accompli les objectifs qui ont été fixés. Cependant, nous pouvons aussi voir, dans certains cas, des patients qui ne sont pas prêts à arrêter la prise en soin psychomotrice. Selon **J-B. PONTALIS**, « *l'analyse avec fin c'est pour certain la fin de tout* »⁹⁶.

Pauline vient une fois toute les deux semaines en séance de psychomotricité pour effectuer de la relaxation en réponse à son angoisse dans les épreuves scolaires. Depuis quelques séances, elle nous dit qu'elle n'est plus angoissée quand elle se retrouve devant un contrôle et elle ne souhaite plus faire de la relaxation.

94 A. COURTIN, *La temporalité de l'urgence*, Thérapie Psychomotrice et Recherches, n.171

95 J-M. BERNARD, *Prise de notes de cours*, 3ème année, IFP Bordeaux.

96 F. FEDER, *Dernière séance : Entre détachement et séparation*, *Revue Française de Psychanalyse*, n.72, 2008

Au fil du suivi, la psychomotricienne lui propose d'arrêter la psychomotricité car les objectifs ont été atteints mais Pauline ne veut pas. Ainsi, à la fin des diverses séances, nous proposons à Pauline d'espacer les séances si elle le souhaite néanmoins elle préfère maintenir le suivi individuel, une fois toute les semaines. Puis un jour, nous proposons à Pauline de nous rappeler pour prendre rendez-vous quand elle en ressentira le besoin et elle accepte cela. Depuis, Pauline n'est toujours pas revenue en séance de psychomotricité.

De ce fait, travailler avec l'idée que l'on se donne des limites dans le temps permet au psychomotricien de ne pas s'installer dans une routine qui deviendrait mortifère pour le soin. Ainsi, quelle qu'en soit la durée du travail et la disponibilité du thérapeute, le traitement aura un terme. Toutefois, peut-on percevoir l'arrêt du soin psychomoteur comme étant la guérison du patient ? En reprenant les termes de **F. JOLY**, nous parlerons « d'inachèvement fondamental » dans cette partie.

2) Inachèvement fondamental :

Dans le soin médical ou paramédical et notamment en psychomotricité, aucune « entreprise soignante » ne peut traiter absolument le patient, faire le tour de sa guérison et régler l'ensemble des problématiques dans sa conclusion. En effet, « *il y a toujours un reste au projet de soin, il existe un inachèvement fondamental à l'entreprise de clôture de tout processus thérapeutique.* »⁹⁷ En partant de ce principe, peut-on concevoir une conclusion au travail psychomoteur ? En effet, est-il possible de parler de guérison d'un patient après avoir atteint l'ensemble de nos objectifs ?

Les définitions de la guérison sont toujours délicates et complexes tant elles font échos aux champs à partir desquels nous les posons. Selon le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales, la guérison peut se définir comme étant l'action de guérir le malade. Ainsi, c'est « débarrasser la personne d'une maladie physique ou mentale en ramenant à la santé ». Au regard de cette définition, nous pouvons constater la complexité de celle-ci en psychomotricité. En effet, si la maladie est « *l'impossibilité de travailler, de tenir debout, continuer, symboliser, supporter, mettre en mots, elle est également expression adressée, comme tout acte, elle a une ou des significations* »⁹⁸ vers quelle santé tend la guérison ?

97 F. JOLY, *Thérapie terminée, thérapie interminable*, Thérapie Psychomotrice et Recherches n. 152

98 C. BALLOUARD ? *Le travail du psychomotricien*, DUNOD, p.97

La guérison peut être objectivable sur le plan somatique et subjectivable sur le plan psychique néanmoins, en psychomotricité nous pouvons dire qu'elle est une idée personnelle à chacun et un état propre à tous. En effet, il n'est pas rare de constater que la guérison sur le plan médical n'est pas la guérison attendue par le patient.

Je rencontre Monsieur D. lors du groupe « communication » qui est réalisé auprès de patients atteints d'une aphasie. Ainsi, Monsieur D. a une cinquantaine d'année, il est hémiparétique et se déplace en fauteuil roulant. Très souriant et volontaire, Monsieur D. ne peut pas parler mais il a développé une communication non verbale très fine, ainsi il est très expressif dans la communication. Par la suite, la psychomotricienne m'explique son histoire et notamment qu'une partie de son cerveau a dû être retirée. Je me suis alors surprise à penser : « Au vu de son état, il va nettement mieux maintenant » en oubliant l'espace d'un instant que ma vision de son évolution et de sa « guérison » ne devait pas être vécue comme telle par Monsieur D. La perte de l'expression orale liée à son aphasie est une perte considérable qui empêche l'échange de ses pensées avec ses proches.

Si la maladie peut être considérée par le patient comme une régression, une contrainte, un écart par rapport à une norme qui est la santé ; la guérison est souvent considérée comme une tentative de re(de)venir comme précédemment, comme un mouvement vers l'avant. Néanmoins, selon les patients, les pathologies et les institutions, la guérison en psychomotricité n'est pas le fait de re(de)venir comme avant mais plutôt d'arriver en tant que soignant à amener les patients vers un mieux-être, à se retrouver lui-même comme il est maintenant. Ainsi, la guérison en psychomotricité peut être « étendue au sens large allant de la réparation à la recherche du bonheur en passant par le travail d'un malaise existentiel. »⁹⁹ La guérison doit alors être vue sous l'angle du patient dans le sens où nous ne donnons pas la guérison au patient mais c'est lui qui la prend, qu'il se sente ou non guéri. La guérison est alors une demande de la part du patient et une réponse de la part du soignant ainsi, elle appartient aux deux et fait partie d'un processus commun, d'un chemin qui se construit ensemble.

Ainsi, la guérison est pensée dans le soin parce qu'elle suppose un terme, un délai aux objectifs qui ont été fixés. Le changement dont découle la guérison ne peut être que personnel et c'est à partir de cela que nous pouvons dire que la guérison est jugée par le patient même si c'est l'histoire d'une interaction.

99 C. BALLOUARD, *Le travail du psychomotricien*, DUNOD, p.98

De ce fait, en psychomotricité nous pouvons parler de guérison si c'est le patient qui la ressent. *« Il faut que le sujet s'approprie les signes d'un mieux être, d'un soulagement, au prix soit d'un long travail de deuil, soit d'un court instant vécu comme contenant, comme magique pour illustrer deux possibilités extrêmes »*.¹⁰⁰

Toutefois, une limite au phénomène de guérison réside dans la répétition des prises en soins en psychomotricité. En effet, la guérison est également énoncée par le patient quand il sent que *« le symptôme quitte son ancrage corporel pour un substitut pas forcément mieux gérable et qui rappelle à quel point un symptôme a sa raison d'être. »* Il n'est pas rare de revoir des patients, après un arrêt du soin, pour une problématique similaire et parfois différente. Dans ce cas, nous pouvons parler d'inachèvement fondamental dans le sens où il y aura toujours des symptômes, des restes, des éléments qui font que la prise en soin recommence. *« Il y a toujours un reste au projet de soin, et il existe un inachèvement fondamental à l'entreprise de clôture de tout processus thérapeutique »*¹⁰¹.

Depuis plusieurs mois, la psychomotricienne rencontre Paul pour des troubles graphiques. Une fois les objectifs atteints et au vu des dires de la maîtresse et de sa mère, l'arrêt de la prise en soin est décidé. Au bout de quelques semaines, la mère de Paul nous rappellera car elle trouve que l'écriture de son fils devient plus irrégulière, plus grosse et que Paul peut en être très ralenti.

*« L'actuel de la rencontre psychomotrice est souvent grosse de remaniements, d'apaisements, de transformations d'importance chez les patients reçus dans ce type de dispositifs, mais l'arrêt du traitement et la séparation d'avec le thérapeute ne laissent pas toujours les acquis escomptés »*¹⁰². Ainsi, c'est dans cette répétition du soin après un arrêt, dans cet inachèvement que l'on peut se questionner sur l'absence du soin.

Pour **F. JOLY**, la psychomotricité est une thérapie en présence en effet, *« la praxis psychomotrice est toujours une thérapie de l'acte et de l'actuel, une thérapie de l'expérience, du faire et du jouer « avec » en présence et en partage avec. »*¹⁰³

100 C. BALLOUARD, *Le travail du psychomotricien*, DUNOD, P. 99

101 F.JOLY, *Thérapie terminée, thérapie interminable*, Thérapie psychomotrice et Recherches N.152

102 Ibid

103 Ibid

Elle est définie par **B. JOLIVET** comme étant « *une motricité en relation* », c'est donc sur cette relation, cette qualité de présence que vont s'étayer, pour le patient, la possibilité d'être présent, de faire des expériences corporelles et interactives. En effet, c'est dans la rencontre, dans le vivre en présence que l'on accompagne le patient. Parfois, nous pouvons constater des difficultés de séparation car quand le patient appréhende la fin, celle-ci signifie pour lui « *au fond qu'est ce que j'emporte avec moi et comment je vais faire seul en « absence » hors de la relation d'étayage ?* »¹⁰⁴

Néanmoins, nous pouvons percevoir les limites de cette présence lors de l'arrêt du soin. Dans certaines pathologies, le psychomotricien peut avoir la sensation d'être une « béquille » pour le patient, un « tuteur » qui le tient et le soutient. Ainsi, il est parfois difficile de se sortir de cette idée. Les prises en soins peuvent alors durer indéfiniment et parfois entrer dans une routine mortifère autant pour le patient que pour le soignant. En effet, on peut penser que « cette béquille » a besoin d'être tout le temps présente auprès du patient, dans un étayage permanent. Dans ce sens, nous pouvons parler d'inachèvement du suivi en psychomotricité, d'un soin qui ne se termine jamais.

C'est donc dans cette présence, dans cet « ici et maintenant » que les psychomotriciens vont devoir travailler la question de la séparation, de l'arrêt. « *En psychomotricité, une thérapie de la présence plus que de l'absence, et tellement dans la présence et dans le corps à corps, que la question de quitter ce lien là va devoir se travailler longuement pour s'intérioriser et s'exporter alors subjectivement sur un passage possible vers l'extérieur et après se continuer, se clore et se transformer vers les moments de fin de traitement anticipés.* »¹⁰⁵ Ainsi, c'est dans sa rencontre avec le patient que le psychomotricien peut avoir une pensée d'emblée présente : celle d'exister pour lui mais également être là pour disparaître un jour et notamment le jour de l'arrêt de la prise en soin.

La fin du suivi, l'absence du psychomotricien peut alors être accompagnée dans cette présence avec lui. Un lien peut alors être fait au niveau de la relation parent-enfant. Effectivement, le développement de la capacité d'être seul chez l'enfant demande une certaine flexibilité des parents, la capacité à tolérer les vas-et-vient de l'enfant.

104 F.JOLY, *Thérapie terminée, thérapie interminable*, Thérapie psychomotrice et Recherches N.152

105 Ibid

Ainsi, cela peut être aussi le cas pour le psychomotricien, c'est dans ce jeu de présence-absence et dans cet ajustement que le patient va pouvoir expérimenter l'absence du professionnel.

F. JOLY considère la psychomotricité comme un travail qui se situe du côté de la présence et de l'étayage. Néanmoins, nous ne pouvons réduire ce travail à un accompagnement de l'acte et de l'actuel car c'est dans les moments d'absences, de ruptures et notamment d'inter-séance que ce travail peut prendre tout son sens tant pour le patient que pour le psychomotricien. En effet, le patient peut développer et enrichir sa capacité de penser en l'absence du psychomotricien. C'est dans ce moment de « l'entre deux séances » que le patient peut traduire une sensation en une signification qu'il pourra s'approprier et intégrer ce qui a été ressenti ou fait précédemment. En effectuant un parallèle avec l'évolution de l'enfant, on peut constater que le bébé développe la capacité de rêverie pendant les moments d'absences du parent. C'est donc dans ce lien entre la relation parent-enfant et psychomotricien-patient que nous pouvons dire que « *cette capacité à lui-même créer quelque chose d'un petit répertoire psychique va venir dans les creux interactifs mais une fois que l'enfant (le patient) aura déjà suffisamment d'interactions en présence.* »¹⁰⁶

Par ailleurs, pour le psychomotricien, l'inter-séance peut être ce moment où nous mettons en mots, où nous mettons du sens sur ce qui a été vécu et où nous élaborons bien souvent du non-verbal. Le psychomotricien est alors garant de cette symbolisation, de la mise en place de signification afin de ne pas condamner un patient à la répétition, à un inachèvement de la prise en soin.

En partant de ce principe, nous pouvons alors dire que le psychomotricien réalise son travail en présence mais celui-ci s'effectue aussi dans l'absence. Ainsi, l'absence ne peut être abordée tant qu'il n'y a pas eu suffisamment de temps de présence mais c'est aussi dans cette absence que le travail en présence du psychomotricien prend son sens. Pour **I. PASCAL-CORDIER**, « *l'histoire de la fin en psychomotricité est du côté du présent et du « coup » : il faut que cela se termine pour que cela ait existé. Pour qu'il y ait quelque chose d'intériorisé, il faut d'abord qu'il y ait eu un moment présent.* »¹⁰⁷ La psychomotricité ne doit pas être réduite à cet inachèvement fondamental, à cette idée que le travail n'est jamais terminé.

106 A-M LATOUR, Prises de notes de cours, IFP Bordeaux 3ème année,

107 F. JOLY, *Thérapie terminée, thérapie interminable*, Thérapie psychomotrice et Recherches N.152 p.9

Certes, c'est du côté de la présence, du « faire avec » que le psychomotricien et le patient « tricotent » ensemble une histoire, celle d'une relation entre deux personnes au vu d'un changement. Néanmoins, c'est aussi dans cette non-présence que le soin psychomoteur peut être élaboré et pensé. L'arrêt de la prise en soin peut alors être réfléchi comme un travail au long cours qui se poursuit dans notre absence. « *Et dans le meilleur des cas, nous espérons que le patient (jeune ou moins jeune c'est selon) puisse faire sans nous et mieux qu'avant de nous rencontrer, mais il continuera, c'est sur, sa route du travail terminé* ». ¹⁰⁸

108 F.JOLY, *Thérapie terminée, thérapie interminable*, Thérapie psychomotrice et Recherches N.152

L'ARRET D'UN ECRIT, LE COMMENCEMENT D'UNE REFLEXION :

Bien qu'arrivée au terme de cet écrit, il m'est impossible d'énoncer celui-ci comme étant « LA CONCLUSION » de ce travail. En effet, je ne le conçois pas comme étant la FIN c'est à dire la limite terminale de ma réflexion mais plutôt comme un DEBUT de celle-ci. Ainsi, on peut alors dire que je pose l'ARRET de cette production écrite car j'ai l'intime conviction que ma réflexion personnelle ne fait que commencer. De ce fait, ce n'est que la fin d'un COMMENCEMENT, je conclus ce travail de mémoire mais mon questionnement se poursuivra bien au delà de mon cursus de formation en psychomotricité. N'est-ce pas cela que l'on nomme « PSYCHOMOTRICITÉ » ? Une réflexion, un travail qui oscille entre des objectifs atteints et un inachèvement fondamental car c'est bien la psychomotricité qui est le cœur de ce mémoire. Ainsi, nous, étudiants en psychomotricité, nous atteignons nos objectifs de formation cependant l'inachèvement est d'autant plus grand que nous ne cesserons jamais de nous interroger sur notre pratique.

Tout de même, je vais essayer de « mettre un point parce que c'est la fin de ce mémoire ».

Comment le psychomotricien pense l'évolution du suivi psychomoteur et en appréhende l'arrêt ? Cette question est le fil conducteur de mon écrit et la toile de fond de ma réflexion. Elle m'a alors guidée tout au long de cette rédaction mais aussi dans mon cheminement professionnel. En effet, cette interrogation touche de près l'exercice des différents maîtres de stage que j'ai pu observer tout au long de mon cursus. Tout autant que l'observation des professionnels, ce questionnement touche aussi ma pratique personnelle notamment dans ma façon de penser l'arrêt de la psychomotricité pour un patient mais aussi la façon dont je vais préparer mon départ. Certes, mon départ des différents lieux de stage n'impose pas un arrêt de la prise en soin psychomotrice, cependant il me semble nécessaire de penser au dé-nouage de la relation préalablement établie.

Au travers ce mémoire, il s'agissait pour nous de comprendre la place de l'arrêt dans le soin psychomoteur mais aussi la pertinence du choix de ce moment. Pour cela, nous avons dû nous interroger sur notre façon de penser et de définir le soin afin de réfléchir sur le sens que pouvait prendre l'arrêt mais aussi la fin de ce soin. Ainsi, nous avons cherché à comprendre ces notions et leurs liens avec le champ de la psychomotricité.

Nous avons mis en évidence l'importance de considérer le soin comme un éternel mouvement dans lequel le patient évolue, change, vit. Ainsi, l'arrêt vient instaurer une rupture dans cette continuité et laisse la possibilité au patient de revenir voir le thérapeute. Au regard du mouvement que suppose le soin, nous avons pu percevoir la nuance entre l'arrêt du soin qui autorise un retour possible du patient et la fin du soin qui inscrit le suivi comme étant terminé. Nous avons dû nous pencher sur les processus de séparation dans cette relation patient-soignant et les vécus de cette séparation. Elle nous amène à interroger la place des émotions en psychomotricité mais aussi tout ce qui se joue de l'ordre du transfert et du contre-transfert dans cette relation.

Cela nous a permis de comprendre l'importance de pouvoir penser l'arrêt du soin pour que celui-ci soit vécu de manière structurante par le patient. Afin de comprendre comment le psychomotricien articule sa pratique autour de l'arrêt de la prise en soin psychomotrice, nous avons dû nous questionner sur le point de départ du suivi psychomoteur. Tout ceci nous a finalement permis de mettre en avant la place de la demande et du bilan psychomoteur dans l'évolution du soin. En effet, nous avons pu percevoir que l'arrêt de la prise en soin psychomotrice était étroitement dépendant de la demande du patient, de nos observations mais aussi du champ d'exercice de la profession.

Mais cela ne suffisait pas à répondre à notre problématique, encore fallait-il comprendre les enjeux de cette clinique psychomotrice. C'est donc dans cette double intention : celle du patient et celle du soignant que se développe notre façon de penser l'arrêt en psychomotricité. Ainsi, nous avons pu percevoir l'importance du « nouage » de la relation thérapeutique qui prend pour appui la confiance qui s'instaure entre le patient et le psychomotricien. C'est donc au travers de ce nouage que l'on a pu interroger l'arrêt du soin afin de penser au « dé-nouage » de la relation. Nous avons alors constaté que ce « dé-nouage » venait marquer des variations dans le cadre thérapeutique et obligeait le psychomotricien à s'ajuster à cette problématique. Ainsi, nous avons pu entrevoir que les limites de cette variation du cadre sont étroitement intriquées avec les limites du psychomotricien, dans sa façon d'être et de penser ce cadre.

Cela nous a donc amené à nous intéresser à ce « savoir être » psychomotricien qui trouve ses limites mais aussi son étendue dans l'arrêt de la prise en soin. En effet, nous avons pu constater qu'il y avait autant de forme d'arrêt de soin psychomoteur que de psychomotricien. Ainsi, l'arrêt en psychomotricité touche de près l'individualité du psychomotricien.

En partant de ce principe, nous avons pu percevoir que la durée du soin psychomoteur était tout aussi dépendante de cette individualité du psychomotricien. En effet, la temporalité de l'accompagnement psychomoteur va dépendre de la personnalité du psychomotricien, de son éthique professionnelle mais aussi du patient et de son lieu d'exercice.

De là, nous avons pu développer la notion de « conclusion » dans le soin psychomoteur. Nous avons ainsi remarqué que nous pouvions parler de conclusion quand nous avons atteint des objectifs préalablement fixés avec le patient. Nous avons aussi perçu l'importance de se fixer des limites et d'interrompre voire d'arrêter le soin psychomoteur afin que celui-ci reste étayant pour le patient. En règle générale, nous avons pu voir que l'arrêt du soin psychomoteur était appréhendé quand les objectifs étaient atteints.

Ainsi, nous avons pu nous questionner sur l'inachèvement de ces objectifs. Au regard de cet inachèvement fondamental en psychomotricité, nous nous sommes interrogés sur la notion de guérison. Nous avons pu percevoir toute la complexité de cette définition tant elle est à la fois objective mais aussi très subjective. De cette notion, nous avons mis en évidence la difficulté de penser l'arrêt du soin au regard des différents patients mais aussi des différentes pathologies et de l'apport que peut leur procurer la psychomotricité. Nous avons pu voir que la psychomotricité était une « thérapie en présence » et que c'était dans cette présence avec le patient, dans cette écoute et dans cette relation qu'un changement pouvait s'élaborer. Cependant, en partant de ce principe nous avons pu constater l'importance de l'absence tant pour le patient que pour le psychomotricien. Ainsi, l'arrêt de la prise en soin en psychomotricité permet que l'évolution continue en dehors de notre présence. L'arrêt de la prise en soin peut alors être réfléchi comme un travail au long cours qui s'élabore en présence et qui se poursuit dans l'absence.

Pour conclure, nous pouvons constater que notre façon de concevoir l'ARRET du soin psychomoteur est tout aussi importante que la façon dont on en pense le point de DEPART. La pratique psychomotrice s'articule autour de différents moments et c'est donc son unité qui permet la mise en place d'un arrêt du soin. L'exercice du psychomotricien, en vue de ce dernier moment dans le suivi du patient, demande différents éléments fondamentaux comme une posture engagée et impliquée dans le soin et une philosophie qui repose sur la prise en compte de la complexité et de l'unicité du sujet. Toujours est-il que cette réflexion sur l'arrêt du soin ne peut être élaborée seulement à partir du point de vue des professionnels.

En effet, c'est un moment qui se partage et c'est à partir de cette relation que l'arrêt peut être co-construit avec le patient. Tout au long de cette rédaction et des recherches que j'ai pu entreprendre, une question reste en suspend :

- Que se passe-t-il après l'arrêt du soin ?

Bien plus que le devenir du patient, c'est aussi l'ensemble *des traces* que nous laissons qui m'interrogent. Effectivement, que ce soit les traces laissées par l'expérience partagée ou les traces écrites que l'on transmet au patient, à l'entourage et aux professionnels qui prennent le relais; le soin se poursuit aussi dans cet après et c'est cela qui me questionne.

« Je mets un point parce que c'est la fin. »

BIBLIOGRAPHIE :

- ALLAIS J-P, *Thérapie psychomotrice et transfert*, Thérapie Psychomotrice et Recherches n.123
- ANDRIEU B., *Du corps à l'être*, Thérapie psychomotrice et recherches, n.118, 1999
- BALLOUARD C., *L'Aide mémoire de Psychomotricité*, DUNOD, 2011
- BALLOUARD C., *Le travail du psychomotricien*, DUNOD, 2003
- BASUYAU-ROUQUETTE B., *Le portage thérapeutique de la dyade mère bébé en psychomotricité*, Revue Spirale, n.46 p.75
- BERNARD M., *Le corps*, Seuil, 1995, p.51
- BOLGERT C., *La fin de la thérapie : s'engager dans la séparation*, Gestalt, vol.38, 2010
- BOUCHARD C et COBLENCÉ F., *Séparations*, Revue Française de Psychanalyse, 2001/2 vol.65
- BOUTINAUD J., *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*, IN PRESS p.163
- CICCONE A., *La psychanalyse à l'épreuve du bébé*, DUNOD, p. 184
- CLUZEAU P., *Sur les chemins de la relation patient-psychomotricien : éléments de réflexion sur la genèse et les fondements de la relation thérapeutique*. Mémoire de Psychomotricité JUIN 2014
- CONTANT M., CALZA A., *Psychomotricité*, MASSON, p.23
- COURTIN A., *La temporalité de l'urgence*, Thérapie Psychomotrice et Recherches, n.171
- DEITTE J, *la fin du traitement psychothérapeutique au CMPP*, dans Thérapie Psychomotrice et Recherches n°152 - 2007, p.21
- DESOBEAU F., *Identité et fonction du psychomotricien*, Thérapie psychomotrice et recherches, n.162, 2010, p.60
- DOLTO F., *Dialogues Québécois*, Seuil, 1987

- FEDER F., *Dernière séance, entre détachement et séparation*, Revue Française de Psychanalyse, Vol.72, 2008
- FIAT E., *La négligence est-elle une violence ?*, Revue d'éthique et de théologie morale 2004/2, n°229
- GABBARD G. O., *Psychothérapie psychodynamique*, ELSEVIER, 2010, p.157-176
- GATECEL A., *Psychosomatique relationnelle et psychomotricité*, HDF, p.15
- GELABERT C., *Achever/Inachever*, Cahier de Gestalt-Thérapie, n.11, 2002
- GIROMINI F, ALBARET J-M, SCIALOM P., *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Clinique et thérapeutiques*, DE BOECK, 2015
- GOLSE B., *De la différenciation à la séparation : It's a long way to go*, Revue Française de Psychanalyse, vol.65, 2001
- HENZEZEL M. (De), *La mort intime*, POCKET, 1995, p. 171
- JOLY F. *Thérapie terminée, thérapie interminable*, Thérapie Psychomotrice et Recherches n. 152
- LAIDI Z., *La temporalité de l'urgence : regard sur la temporalité dans le monde du travail chez le psychomotricien*. Thérapie Psychomotrice et Recherches, n.171
- LAPLANCHE J et PONTALIS J-B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, 1998, p. 492
- LEPLAT F., *Psychomotricité de groupe : espace de maturation tonico-émotionnel*, Thérapie Psychomotrice et Recherches n.162
- LIOTARD D., sous la direction de C. POTEL *Psychomotricité : entre théorie et pratique* , IN PRESS, p.52
- NIVESSE M. *Le soin d'une relation, le sens d'un soin : réflexion sur une pratique psychomotricienne/ infirmière en Equipe Mobile de Soins Palliatifs*. Mémoire de Psychomotricité JUIN 2014
- PITTERI F., *Le bilan psychomoteur*, Évolutions psychomotrices, n.62, 2003

- POTEL C., *Etre psychomotricien, Un métier du présent, un métier d'avenir*, ERES, 2010
- POTEL C., *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, IN PRESS, 2010
- POTEL C., *Le corps et l'eau*, ERES, p.47
- ROBERT-OUVRAY S., *Le contre transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice*,
Thérapie Psychomotrice et Recherches n.132 p. 66
- SELZ A., *C'est quand le début, quand la fin ?*, Cahier de Gestalt-Thérapie, n.11, 2002
- SEULIN C., *Figures de transfert en fin de cure*, Revue Française de Psychanalyse, vol.72
- SVANDRA P., *Un regard sur le soin, revue de recherche en soins infirmiers* 2008/4 , n°95,
p. 6-13
- WORMS F. : *Le moment du soin. A quoi tenons-nous ?*, PUF, p.5

- SOURCES INTERNET :
- Législation : <https://www.legifrance.gouv.fr>
- Organisation Mondiale de la Santé: <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>
- Banque de Données en Santé Publique: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/56/4.pdf>.
- Dossiers Solidarité et Santé: <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201123-2.pdf>
- Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation:
http://www.cofemer.fr/rubrique.php?id_rubrique=445
- Centre Européen d'Études et de Recherches en Droit de la Famille et des Personnes :
<http://www.cerfap.u-bordeaux4.fr/l-arrêt-des-soins,242.html>