

Une place à part ? Positionnement du psychomotricien dans une équipe pluridisciplinaire au sein d'un service de rhumatologie

Joëlle Dubois

► **To cite this version:**

Joëlle Dubois. Une place à part ? Positionnement du psychomotricien dans une équipe pluridisciplinaire au sein d'un service de rhumatologie. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02075392

HAL Id: dumas-02075392

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02075392>

Submitted on 3 Apr 2019

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.

Institut de Formation en Psychomotricité
de la Pitié Salpêtrière
Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
91, Boulevard de l'Hôpital
75 364 Paris Cedex 14



Une place à part ?

Positionnement du psychomotricien dans une équipe
pluridisciplinaire au sein d'un service de rhumatologie

Mémoire présenté par Joëlle DUBOIS

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricité

Référent de mémoire :
Christophe AROULANDA

Session de juin 2018

“Whenever you think or you believe or you know, you're a lot of other people:

But the moment you feel, you're nobody-but-yourself.”

« A chaque fois que vous pensez, que vous croyez ou que vous savez,
Vous êtes beaucoup d'autres personnes : mais dès l'instant où vous ressentez,
Vous n'êtes personne-d'autre-que-vous-même. »

E. E. Cummings, *A Poet's Advice to Students*

Remerciements

Ce mémoire représente l'aboutissement de trois années riches d'enseignements et d'expériences. Il est issu de toutes les rencontres que j'ai eu la chance de faire et de tous les échanges qui ont ouvert mes horizons. Dans cette aventure, nombreux sont ceux qui ont cheminé à mes côtés.

Je voudrais bien sûr remercier en premier lieu les équipes de l'hôpital qui nous ont accueillies : à vous Marie-Thérèse, Janine-Sophie, Agnès, Annie, Colette, Bélinda, à tout le personnel du service, aux bénévoles et aux intervenants de l'éducation thérapeutique, je vous souhaite de continuer longtemps à prendre soin avec générosité des personnes qui vous sont confiées.

Merci à toi Caroline pour ton infatigable présence. On forme un binôme de choc !

Un immense merci à M. Aroulanda d'avoir supervisé ce mémoire et de m'avoir guidée pas après pas avec patience. Nos discussions m'ont énormément apporté.

Mille mercis à mes maîtres de stage, qui m'ont fait l'honneur de croire en moi et de me faire partager leur expérience, leur pratique, leur quotidien de psychomotriciennes (extra)ordinaires :
Merci à toi Marie de m'avoir fait découvrir ce monde le temps d'une journée...

A toi Vanessa pour ta douceur et ta persévérance,

A toi Cyrielle pour ton professionnalisme et ta sensibilité,

A toi Laura pour ta confiance et ton humanité,

A toi Virginie pour ton écoute et ta bienveillance,

A toi Véronique pour ton énergie et ton authenticité.

Je remercie nos professeurs pour ce qu'ils nous font vivre à travers l'intensité de leur engagement. Une pensée particulière pour M. Grim, Mme Ouchacoff et Mme Sirmai, sans qui ce mémoire n'aurait pas été ce qu'il est.

A mon arrivée à Paris, quelle surprise et quel honneur de rencontrer des personnes exceptionnelles, avec lesquelles allaient se créer de belles amitiés... Merci à tout le groupe 3 pour ces TD inoubliables, ces séances de travail, ces moments conviviaux ! Et à notre petit cercle Lartiso en particulier. Merci à vous toutes de ce que vous êtes et de ce que vous faites rayonner autour de vous. La psychomotricité a de belles années devant elle, c'est certain.

Un très grand merci à tous ceux qui se sont gentiment prêté au jeu de la relecture et qui m'ont soutenue dans la course des dernières semaines. Marie-France, Mélanie, François, Angie, Pauline, Hélène, Lorraine, je vous dois beaucoup !

Merci à toi Jean-Philippe pour ton regard sur l'humain, qui a laissé sa trace au fil de ces pages.

Comment terminer sans évoquer ceux qui donnent sa raison d'être à notre métier ?

J'aimerais remercier mes principaux maîtres à penser : toutes ces personnes qui ont croisé ma route un temps et m'ont chacune un peu transformée. Chaque rencontre est une expérience à nulle autre pareille.

Sommaire

Introduction	6
---------------------	----------

1. La psychomotricité vue de l'extérieur : Regards croisés de l'institution, de soignants et de patients	9
---	----------

1.1. L'hôpital et le service	9
-------------------------------------	----------

1.2. Le projet de stage	10
--------------------------------	-----------

1.2.1. Objectifs initiaux	10
---------------------------	----

1.2.2. Présentation aux équipes	11
---------------------------------	----

1.3. Trouver sa place de stagiaire en stage expérimental	13
---	-----------

1.3.1. Notre positionnement en pratique :	
---	--

« Stagiaires psychomotriciennes » ou professionnelles en devenir ?	13
--	----

1.3.2. La relation avec les patients	15
--------------------------------------	----

1.3.3. La relation avec les équipes	17
-------------------------------------	----

1.3.4. Une présence à réinventer ?	17
------------------------------------	----

1.4. Une inscription dans un monde en mutation	20
---	-----------

1.4.1. Le contexte actuel de l'hôpital : une institution sous pression	20
--	----

1.4.2. Transformations sociales et pratiques innovantes :	
---	--

Replacer l'humain au cœur du soin	22
-----------------------------------	----

1.5. Perceptions de la psychomotricité par les soignants	25
---	-----------

1.5.1. Points de vue originels	25
--------------------------------	----

1.5.2. Points de vue actuels	26
------------------------------	----

1.6. Perspectives des patients sur la profession	29
---	-----------

1.6.1. Patients accompagnés pour des gestes invasifs	29
--	----

1.6.2. Patients rencontrés en éducation thérapeutique	31
---	----

1.7. Intérêt et place de la psychomotricité à l'hôpital : la vision des soignants	32
--	-----------

1.7.1. En salle d'intervention, pour des gestes invasifs	32
--	----

1.7.2. En éducation thérapeutique, pour des ateliers de découverte	33
--	----

1.7.3. Place de la psychomotricité par rapport aux autres professions médicales et paramédicales	34
---	----

1.7.4. Spécificité de la psychomotricité par rapport à d'autres pratiques de soin	37
--	----

1.7.5. La nécessité d'évaluer : pourquoi et comment ?	41
---	----

2. La psychomotricité vue de l'intérieur : Réflexion autour de deux histoires cliniques	44
2.1. Le cadre de nos interventions	44
2.2. Notre action en pratique	47
2.2.1. Histoire de M. K.	47
2.2.2. Histoire de Mme Z.	56
2.3. Analyse comparée des vignettes	71
2.4. Et quand cela ne fonctionne pas ?	73
3. Discussion	76
3.1. L'apprentissage de la posture du psychomotricien	76
3.1.1. Un être plus qu'un faire	76
3.1.2. Confiance et empathie comme clefs de la relation	78
3.1.3. Questionnements, intuition et réflexion clinique	80
3.1.4. Trouver sa propre identité professionnelle	83
3.1.5. Conclusion sur notre spécificité	86
3.2. Vers une meilleure reconnaissance de la profession	88
3.2.1. Le travail en équipe : savoir communiquer	88
3.2.2. Penser la recherche pour objectiver sans déshumaniser	90
3.2.3. Quel avenir pour notre stage expérimental ?	92
Conclusion	94
Bibliographie	95
Sitographie	98
Annexes	101

Introduction

Dans le cadre de ma dernière année de formation en psychomotricité, j'ai choisi d'effectuer un stage expérimental au sein d'un service de rhumatologie à l'hôpital. En compagnie d'une seconde étudiante en psychomotricité, Caroline, j'ai commencé à travailler aux côtés des équipes soignantes selon deux axes principaux. D'une part, nous participons à des journées d'éducation thérapeutique en proposant des ateliers de découverte de la psychomotricité, à l'attention de patients souffrant de pathologies chroniques et de leurs aidants ; d'autre part, nous accompagnons des patients hospitalisés pour des gestes invasifs, tels que des lavages articulaires ou des biopsies. Ces deux actions s'effectuent en étroite collaboration avec deux équipes distinctes, composées de médecins rhumatologues, d'infirmières, ainsi que d'autres soignants avec lesquels nous avons moins de contacts.

Bien que notre stage soit expérimental, c'est-à-dire sans maître de stage psychomotricien, la présence de stagiaires psychomotriciennes dans le service n'est pas nouvelle : à travers nous, c'est la cinquième année que se réaffirme un partenariat entre l'hôpital et l'Institut de Formation en Psychomotricité. J'ai pu constater dès mon arrivée que nous étions très attendues par les équipes. Cependant, j'ai relevé au fil des premières semaines plusieurs observations qui m'ont poussée à m'interroger sur l'idée que se faisaient les soignants de notre présence, de notre action, et plus généralement de la psychomotricité en tant que profession.

A titre d'exemple, on nous a demandé plusieurs fois si nous avions reçu une formation en hypnose. L'hôpital où nous intervenons développe actuellement l'utilisation de cette technique, notamment par des infirmiers. Quand nous avons expliqué que cela ne faisait pas partie de notre cursus mais que nous étions formées à d'autres pratiques, nous avons rencontré une certaine incompréhension.

Lorsque notre référente nous a présentées au Pr R., chef de service, ses premiers mots ont été pour demander des évaluations, des études qui puissent montrer notre efficacité. La mention des mémoires déjà effectués par deux étudiantes n'a pas semblé le convaincre.

En éducation thérapeutique, on nous introduit au côté de pratiques de loisir comme le tai-chi-chuan, la sophrologie ou l'écriture. Notre atelier de psychomotricité prend place à la suite de présentations sur le bien-être qui regroupent plusieurs autres pratiques. Lorsque les patients nous posent des questions sur notre profession, en fin d'intervention, ils sont étonnés d'apprendre que la psychomotricité s'exerce sur prescription médicale. On nous a aussi suggéré de mettre en place des séances de relaxation plus tard dans l'année, au même titre que les activités de « loisirs

thérapeutiques » déjà proposées.

Ces diverses constatations m'ont amenée à me questionner à plusieurs égards. Après cinq ans, qu'avaient retenu les soignants de la présence de psychomotriciens ? Certaines représentations semblaient correspondre à ma vision de la profession, tandis que d'autres me paraissaient erronées ou incomplètes. Il m'a semblé nécessaire de mener mon enquête pour mieux cerner ces perceptions. Par ailleurs, comment montrer l'efficacité de mon action et présenter mon métier à mes co-thérapeutes en des termes clairs ?

Du côté des patients, la question gardait toute son importance : comment leur faire ressentir la pertinence de la psychomotricité et de ses objectifs holistiques, dans un service traditionnellement orienté vers les soins somatiques ? Comment clarifier notre positionnement au côté d'autres pratiques de soins en plein essor à l'hôpital ? Pouvais-je mettre en valeur des spécificités qui m'aideraient à affirmer notre identité particulière ?

Pour résumer, ma question était donc la suivante : comment me forger une place spécifique en tant que psychomotricienne par mes actions et mon discours, en m'appuyant sur les représentations croisées des soignants et des patients ?

Le fil de ma réflexion s'est organisé autour de quelques hypothèses de réponse.

La psychomotricité et les soins « complémentaires » ont à leur racine de nombreux principes communs, tels qu'une vision holistique de l'humain. Cela contribue probablement à les rendre sinon équivalents, du moins comparables aux yeux du grand public. Notre métier est aujourd'hui reconnu, mais il reste complexe et multiforme. Il peine peut-être à s'imposer face à des disciplines plus précisément définies, plus visibles, plus populaires. La diversité des médiations utilisables dans nos séances favorise aussi la confusion entre notre profession et les diverses pratiques dont sont issues ces médiations.

Par ailleurs, la crédibilité de la psychomotricité auprès des médecins et décideurs souffre peut-être d'un certain manque de rigueur de la part des psychomotriciens : communiquer avec les équipes, proposer des bilans étalonnés et évaluer l'efficacité des prises en charge semblent être des conditions nécessaires pour une meilleure reconnaissance de notre profession. Reste à trouver comment concilier un travail de qualité avec des exigences toujours plus pressantes de résultats et de performance.

Dans le souci de m'appuyer sur une recherche de terrain, j'ai effectué des entretiens semi-dirigés avec les soignants auprès desquels nous intervenons dans le service afin de mieux

comprendre leur vision de la psychomotricité. En ce qui concerne les patients, je me suis efforcée de saisir les retours qu'ils pouvaient nous donner, sur le vif, entre deux ateliers ou à l'issue d'un accompagnement. Je présenterai ces représentations tout au long de ma première partie¹.

J'ai également travaillé à partir de ma pratique quotidienne pour réfléchir à mon propre positionnement et à sa spécificité. Ma deuxième partie détaillera en exemple deux histoires cliniques, celles de M. K. et de Mme Z.

Les perspectives externe et interne sur la psychomotricité trouveront un point de rencontre au sein de ma dernière partie, où j'exposerai le cheminement auquel m'a amenée ma réflexion et où j'apporterai quelques réponses sur l'idée que je me fais, à l'issue de cet écrit, sur ma place de psychomotricienne en devenir.

¹ Afin de préserver l'intimité des personnes, tous les noms et prénoms cités dans ce mémoire ont été changés.

1. La psychomotricité vue de l'extérieur :

Regards croisés de l'institution, de soignants et de patients

Avant de me pencher sur mes propres conceptions, j'ai souhaité aller à la rencontre de ceux que nous côtoyons chaque semaine pour m'imprégner de leurs points de vue sur notre profession.

Je commencerai donc par présenter le contexte du stage et le cadre institutionnel au sein duquel nous intervenons. Je détaillerai ensuite les perspectives des soignants et des patients avant de discuter de notre place par rapport à d'autres métiers et pratiques.

1.1. L'hôpital et le service

Notre stage expérimental se déroule au sein du service de rhumatologie d'un hôpital. Notre présence se répartit entre deux activités principales.

Les mercredis matins, nous accompagnons les patients hospitalisés en ambulatoire (sur une journée) pour des gestes invasifs, tels que des « biopsies diagnostiques² et lavages articulaires³ sous anesthésie locale »⁴. Nous intervenons aux côtés d'une rhumatologue et d'une infirmière, généralement épaulées par une aide-soignante.

Certains vendredis, nous participons à des journées d'éducation thérapeutique proposées à des patients souffrant de maladies chroniques, et à des aidants de patients. Ces journées sont organisées par une autre rhumatologue et deux infirmières. Divers intervenants y sont aussi présents, tels qu'une diététicienne, une pharmacienne, une socio-esthéticienne ou des patients experts.

Le service de rhumatologie compte sept étages et est divisé en deux structures : A et B, dirigées par deux professeurs différents. La rééducation, située au sous-sol, est dirigée par un troisième. Nous intervenons les mercredis matins en secteur B, au deuxième étage, sous la responsabilité du Pr D. Cet étage comporte un côté dédié à l'hospitalisation complète (treize lits), et un autre pour l'hôpital de jour (six chambres). Il comprend aussi une salle d'échographie.

Il accueille une salle de rhumatologie interventionnelle, où se déroulent les gestes auxquels nous assistons : La salle d'interventions est au quatrième étage, à côté des bureaux du Pr D.

² « Prélèvement d'un fragment de tissu ou d'organe à des fins d'examen microscopique. » Encyclopédie Larousse en ligne. 2018.

³ « Lavage d'une articulation après arthrocentèse (ponction de l'articulation). Le lavage articulaire est réalisé pour éliminer des cristaux ou des corps étrangers présents dans l'articulation, ou pour la nettoyer [...]. » Encyclopédie Larousse en ligne. 2018.

⁴ *Livret d'accueil des stagiaires*. 2013, p. 24.

Au rez-de-chaussée se trouve un amphithéâtre, appelé « centre d'éducation CERC pour les rhumatismes chroniques ». C'est là que se déroulent les journées d'éducation thérapeutique (ou ETP). Comme indiqué dans le livret des stagiaires, « plusieurs programmes d'ETP » sont en cours, pour la « polyarthrite, spondyloarthrite, sclérodémie systémique, aidants »⁵.

La moyenne d'âge des patients du service est de 55 ans⁶. Ils sont adressés à l'hôpital par des circuits variés : « consultation, SAU⁷, réanimation, orthopédie, médecine interne, médecins de ville »⁸. Les services de rhumatologie et de rééducation cumulent environ 19 500 consultations à l'année⁹. On peut noter que le service de rhumatologie est très renommé pour la qualité de ses soins. Cette réputation est souvent relevée par les patients, notamment lorsqu'ils sont satisfaits de leur prise en charge et cherchent des raisons à l'attention particulière qui leur est portée.

Un troisième axe de notre stage, plus ponctuel, consiste à organiser des séances mensuelles de relaxation pour les soignants, co-dirigées avec notre tutrice interne. Ces séances ont habituellement lieu dans l'amphithéâtre du rez-de-chaussée, certains vendredis après-midis.

1.2. Le projet de stage

1.2.1. Objectifs initiaux

Le projet de stage est né de la volonté d'une des cadres de santé du service. Notre tutrice interne, Mme B., est psychomotricienne et infirmière, cadre de santé du secteur rhumatologie B. Elle est aussi référente douleur et référente éducation thérapeutique, ce qui signifie qu'elle a suivi des formations afin d'être une personne ressource sur ces sujets.

Ses formations et sa sensibilité l'ont amenée à se pencher sur la douleur et l'anxiété des patients hospitalisés. Elle s'est efforcée de réduire ces expériences désagréables et a construit un projet de stage expérimental en psychomotricité afin de permettre un accompagnement aux patients qui en ont besoin. Son objectif était, à terme, de montrer l'efficacité de la psychomotricité et de permettre la création d'un poste dans le service : elle est actuellement la seule psychomotricienne de l'hôpital.

En raison du stress croissant auquel sont soumises les équipes, elle nous a aussi proposé de mettre en place avec elle des séances de relaxation spécifiquement destinées aux soignants.

⁵ Livret d'accueil des stagiaires. 2013, p. 24.

⁶ Ibid., p. 22.

⁷ Service d'Accueil des Urgences.

⁸ Livret d'accueil des stagiaires. 2013, p. 22.

⁹ Ibid., p. 23.

Le stage s'inscrit dans le projet de soins du pôle ostéo-articulaire, dont dépend la rhumatologie. Dans ce projet figurent notamment l'« éducation thérapeutique » et la « douleur aiguë et chronique ». Un autre objectif est par ailleurs d'« accueillir et encadrer les étudiants »¹⁰.

L'axe « qualité et gestion des risques » précise que le fait de « prendre en charge la douleur aiguë et chronique » implique entre autres de « mesurer, identifier et tracer la douleur exprimée par le patient », ainsi que de prescrire et d'administrer des antalgiques en fonction des besoins¹¹. Conformément aux obligations légales¹², l'hôpital s'intéresse donc à la douleur des personnes accueillies. Notre présence pousse cette démarche plus loin : d'une part, nous mettons en œuvre une prise en charge non médicamenteuse de la douleur ; d'autre part, nous menons une action de prévention lorsque nous cherchons à apaiser l'anxiété des patients. L'objectif est à la fois d'éviter des traumatismes susceptibles de rendre difficiles de futures hospitalisations, et de diminuer la douleur ressentie pendant les gestes.

En ce qui concerne l'éducation thérapeutique, le but est de proposer une prise en soin plus globale aux patients atteints de maladies chroniques : comme l'explique le Dr G. dans son entretien avec ma binôme et moi-même, « la prise en charge globale d'une maladie chronique, ce n'est pas : 'je traite le physique, je te donne des médicaments' ; c'est : 'je traite la personne' », d'où l'importance de ce qu'elle nomme les « compétences douces », véritables « soins à apporter en plus de la prise en charge [...] classique et technique, que l'hôpital peut offrir »¹³.

Ce projet a donc émergé d'une volonté de compléter les soins standards à l'hôpital, considérés insuffisants. On peut relever la nécessité, selon le Dr G., de replacer le patient au cœur des soins pour un accompagnement plus humain.

1.2.2. Présentation aux équipes

Dans mes entretiens avec les soignants, je me suis intéressée à la manière dont leur avait été présenté le stage et aux conditions d'arrivée des premiers étudiants en psychomotricité.

Agathe, le médecin rhumatologue auprès duquel nous intervenons lors de gestes invasifs, nous a expliqué avoir été avertie du projet par Alice, l'infirmière avec laquelle elle travaille en binôme : « Quand je suis arrivée, elles étaient là un mercredi matin. Mme B., je ne sais pas si je l'ai vue à ce moment-là... C'est Alice qui a dû m'expliquer le principe, la nouvelle organisation, et

¹⁰ Livret d'accueil des stagiaires. 2013, p. 11.

¹¹ *Ibid.*, p. 12.

¹² « Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée. » Légifrance. 2016, Code de la santé publique, article L1110-5-3 (en ligne).

¹³ Communication personnelle, 2 février 2018.

voilà. Mais bon, moi, ça ne posait pas de problème, au contraire... Même si au départ je ne connaissais pas exactement quels étaient leurs champs d'action et leurs attentes, à partir du moment où ça n'entravait pas mon travail – voire, c'était censé l'améliorer – il n'y avait aucun problème. »¹⁴

Ces paroles amènent à supposer un certain manque de communication autour de la venue des stagiaires, ce qui aurait pu entraîner des réactions de rejet du projet¹⁵. Cependant, Agathe ajoute que cette aide était bienvenue. Cette organisation lui a permis une découverte de la psychomotricité en situation, sans *a priori* et sans attentes, ce qui peut être vu comme positif. En revanche, sa vision de toute une profession allait dépendre du comportement des stagiaires, et ce, dans une situation très particulière : celle de la prise en charge de la douleur et de l'anxiété, dans un contexte où le patient doit rester immobile et avec la relaxation comme médiation principale.

En ce qui concerne les lavages, c'est en fait Alice, l'infirmière, qui a été prévenue avant le médecin et qui a été chargée de lui expliquer la nouvelle organisation, peut-être par manque de temps. Alice est en effet plus souvent présente qu'Agathe au deuxième étage – où se trouve le bureau de Mme B. – et a donc l'occasion de croiser notre tutrice régulièrement.

Alice indique dans son entretien qu'elle a soutenu le projet en raison de l'aide que notre présence apporterait aux patients, car elle-même n'a pas toujours le temps nécessaire pour les accompagner pleinement¹⁶. Elle précise également que c'est Mme B. qui a géré le cadre du stage avec les étudiants. Agathe et Alice n'ont donc pas eu à se préoccuper de l'organisation pratique.

Pour l'éducation thérapeutique, le stage a été proposé par Mme B. au Dr G., la rhumatologue chargée de l'organisation de ces journées. La psychomotricité lui a été présentée par Mme B., elle-même psychomotricienne, comme une profession susceptible de permettre un accompagnement plus complet des patients. Le Dr G. cite notamment une intervention difficile où elle avait sollicité Mme B., qui avait utilisé la médiation de l'hypnose avec succès : « Un jour, il y en a un [patient] qui ne voulait pas avoir une biopsie médullaire ; elle m'a fait une séance d'hypnose au patient et il a accepté la biopsie. Donc j'ai confiance dans cette prise en charge qui n'est pas encore reconnue à l'hôpital, qui n'entre pas suffisamment à l'hôpital, qui doit entrer à l'hôpital avec des gens sérieux. C'est pour ça que j'ai accepté qu'il y ait des étudiants de psychomotricité [...]. C'est offrir une ouverture d'esprit aux soignants, aux patients, et à leurs

¹⁴ Communication personnelle, 24 janvier 2018.

¹⁵ Bes de Berc. 2017, p.42.

¹⁶ Communication personnelle, 24 janvier 2018.

aidants. »¹⁷ Bien qu'elle n'ait pas eu de vision claire du métier à l'époque, elle en avait donc eu un premier aperçu à travers les actions et les explications de Mme B.

Ces remarques concernent les premières stagiaires, mais des points communs peuvent être observés avec notre propre présentation aux équipes.

Nous nous sommes rendues à l'hôpital une première fois en juin pour rencontrer notre future tutrice, afin de discuter des modalités du stage. Nous avons ensuite repris rendez-vous en septembre afin de visiter le service et de rencontrer les soignants auprès desquels nous allions intervenir. A cette occasion, nous avons pu nous familiariser avec les lieux et nous avons été extrêmement bien reçues par les différentes équipes, ce qui montre leur adhésion au projet de stage et leur habitude de recevoir des étudiantes. Cependant, à notre arrivée début octobre, notre tutrice n'a pu être présente pour nous donner le matériel nécessaire à notre stage (clés, blouses, badges...), d'où un premier contact manqué. Ce contretemps nous a semblé caractéristique des difficultés d'organisation et de communication rencontrées par l'hôpital dans son ensemble, et contre lesquelles luttent les soignants, parfois jusqu'à l'épuisement.

1.3. Trouver sa place de stagiaire en stage expérimental

Une fois accueillies au sein du service de rhumatologie, nous avons commencé par devoir nous intégrer aux équipes : ni tout à fait élèves, ni complètement professionnelles, comment trouver un équilibre entre ces deux identités ?

1.3.1. Notre positionnement en pratique : « stagiaires psychomotriciennes » ou professionnelles en devenir ?

Le badge que l'on nous a attribué, les mots utilisés pour nous présenter aux soignants ou aux patients expriment la même chose : nous sommes des « stagiaires » avant d'être psychomotriciennes. Cette réalité a-t-elle un impact sur le regard porté sur nous ? Lorsque nous nous présentons aux patients, une question est fréquemment posée : « vous êtes là pour apprendre ? ». Leur réaction spontanée est souvent de nous considérer comme des étudiantes envoyées en observation auprès d'Agathe et d'Alice pour voir les gestes techniques en pratique. Nous devons donc expliquer plus en détail les objectifs de notre présence et la nature de nos actions, pour nous distinguer des représentations communément reliées à la notion de stagiaire.

¹⁷ Communication personnelle, 2 février 2018.

Paradoxalement, beaucoup de patients ont en fait un comportement différent de ce qu'ils expriment verbalement sur notre rôle : ils se confient à nous, nous posent des questions sur leur hospitalisation et semblent somme toute accorder peu d'importance au fait que nous soyons en apprentissage. Nous avons souvent constaté que notre statut de soignantes et nos blouses étaient des symboles d'autorité pour beaucoup : nous sommes pour eux des représentantes à part entière du corps médical. Cette confiance vient peut-être aussi de notre posture d'écoute : en tant que stagiaires, nous sommes plus disponibles que le reste du personnel hospitalier, qui s'efforce de faire de son mieux mais est extrêmement sollicité de tous côtés.

Dans la mesure où notre stage est expérimental, nous n'avons pas vraiment de modèle auquel nous référer, mis à part ce que nous savons des étudiants qui nous ont précédées. Nous devons faire nos propres choix et nous efforcer de structurer par nous-mêmes nos réflexions sur notre clinique. Le cadre du stage a donc plutôt tendance à nous placer en position de jeunes professionnelles, d'où l'écart que nous percevons entre nos actions et la façon dont nous sommes considérées. C'est pourquoi je m'efforce de nous présenter en tant que « psychomotriciennes stagiaires » : l'ordre des mots peut avoir son importance, et en l'occurrence, souligne en premier notre posture professionnelle. Cela peut évoquer des représentations plus justes, comme celles des « enseignants stagiaires »¹⁸, qui sont d'ores et déjà responsables de leurs propres classes au cours de leur dernière année d'études. Cette perspective est mise en valeur par le Dr G., qui conçoit nos relations comme des échanges et apports réciproques, où « la confiance est partagée » en toute liberté entre thérapeutes¹⁹.

D'un point de vue plus concret, se positionner en tant que futures professionnelles implique de quitter l'attitude passive généralement attendue de tout élève. A cet égard, le principal frein à cette transformation semble être le manque de confiance en soi. La timidité de certains stagiaires a été soulignée dans mes entretiens avec plusieurs soignantes.

Comme le souligne le Dr G., la meilleure façon de surmonter cet obstacle est de gagner en expérience par la mise en pratique. Elle estime que la psychomotricité est une spécialité où la confiance en soi est « encore plus important[e] », en raison du contact particulier que nous avons avec nos patients, aux sens littéral (ce qu'elle décrit comme « du tact » spécifique) comme figuré (sur les plans psychologique et émotionnel)²⁰. Son point de vue se rapproche de ce qu'on nous enseigne, c'est-à-dire que la psychomotricité est une profession où les savoir-être sont tout aussi importants que les savoir-faire. « En travaillant non seulement son corps mais ses qualités

¹⁸ Ministère de l'Éducation Nationale. 2016 (en ligne).

¹⁹ Communication personnelle, 2 février 2018.

²⁰ Communication personnelle, 2 février 2018.

d'expression corporelle, le psychomotricien développe une certaine qualité de présence corporelle, qui tient compte autant de son positionnement dans l'espace, de ses propres appuis, de sa tonicité, des inflexions de sa voix, sa mélodie, son rythme [...] pour pouvoir accueillir les expressions corporelles très primitives de ses patients.»²¹ Cela contribue à nous apporter une certaine aisance qui peut par exemple être utile dans nos relations avec les patients.

1.3.2. La relation avec les patients

La posture de professionnel implique aussi la mise en place d'une relation thérapeutique adéquate. Alice cite le cas d'une ancienne étudiante, prise au dépourvu par la tentative de séduction d'un patient : « Il y avait un patient qui lui disait, 'mais vous êtes jolie', et tout. Et elle, elle n'osait pas répondre. [...] On est des professionnels, on n'est pas là non plus pour se faire draguer. » Dans un mouvement inverse, elle témoigne aussi des difficultés parfois rencontrées pour établir un contact empathique : « Il y a des patients, on a peut-être plus d'atomes crochus, on a des petites choses en commun, on arrive à... Mais c'est pas toujours évident.»²² Ses remarques montrent la nécessité et surtout toute la complexité d'une bonne distance thérapeutique. Il est essentiel de réfléchir à la structuration de nos interventions, d'autant plus en psychomotricité où le rapport au corps peut venir toucher des réalités intimes.

Dans le cadre des gestes invasifs, notre posture peut facilement être biaisée par la façon dont nous établissons le contact avec nos patients avant et pendant les interventions : nous commençons généralement par leur poser des questions sur leur histoire ou leurs occupations pendant que le médecin et l'infirmière se préparent. Cette stratégie nous semble efficace pour faire connaissance avec les personnes et les aider à se détacher de ce qui se passe autour d'elles, mais nous avons appris à en rester à des interrogations assez superficielles. Malgré cela, certains patients nous confient d'emblée des histoires très personnelles et parfois douloureuses, telle cette dame qui nous raconte spontanément le décès prématuré de deux de ses enfants, le suicide de sa belle-fille et la maladie d'Alzheimer de son mari. Au-delà de l'écoute et de l'empathie, que répondre à ces personnes qui nous accordent d'ores et déjà leur confiance ?

Certains cherchent aussi à en savoir plus sur nous, et nous répondons volontiers aux questions sur nos études et notre stage. Mais Alice souligne à juste titre un des risques de ces échanges : « Je vois des patients, des fois, on leur pose quelques questions sur leur vie intime, en disant 'vous avez des enfants ?'... Et eux, en retour, ils veulent savoir aussi notre vie privée. [...]

²¹ Potel. 2010, p. 329.

²² Communication personnelle, 24 janvier 2018.

C'est là où est la barrière. Et donc c'est délicat. »²³ Il se peut que nous ayons parfois trop tendance à cautionner une situation de supériorité implicite lorsque nous posons certaines questions. Comment établir une relation égalitaire, en respectant la vie privée du patient, sans pour autant rester dans l'échange de banalités ? Le juste milieu peut être difficile à trouver, selon la personnalité de ceux que nous accompagnons.

Il serait probablement plus facile de respecter une distance optimale si nous avions plus d'informations sur les personnes avant de les rencontrer. Malheureusement, les dossiers des patients hospitalisés en ambulatoire sont très succincts : ils ne contiennent bien souvent que le motif de l'hospitalisation, la ou les pathologie(s), et les examens à réaliser en conséquence. Comme le raconte Alice : « Nous, le gros souci ici c'est que les patients, on ne connaît pas [...] leur contexte psychologique [...]. Donc quand ils arrivent là, on les considère tous pareils. Et après, on juge par rapport... Comme ils se comportent. Donc il y a des patients qui vont être relax, d'autres qui vont crier... [...] Et ça, ça vient de leur passé. Leur vécu, disons, et puis, peut-être qu'il y a des patients qui ont eu des souffrances, et que... Voilà, ils reportent ça pour le geste, tu vois. [...] Donc il faut s'adapter en fonction de chaque patient. »²⁴

Par ailleurs, nous disposons de très peu de temps pour rencontrer chaque personne et établir une relation de confiance avec elle : dans ce contexte, même une question semblant anodine, posée à un inconnu, peut s'avérer intrusive. A titre d'exemple, une rencontre avec un patient au cours d'une matinée de décembre m'a particulièrement marquée. Lorsque j'ai commencé à engager la conversation avec lui, je lui ai demandé quelle était sa profession. Face à son silence, je n'ai pas insisté. Mais il est revenu sur le sujet un peu après et a reconnu, comme à contrecœur, qu'il était retraité depuis un mois. En toute fin d'intervention, nous avons discuté de sa sortie de l'hôpital et je lui ai expliqué qu'un kinésithérapeute passerait le voir pour lui montrer comment utiliser des béquilles. Il a laissé échapper une grimace et m'a glissé qu'il avait « du mal avec les kinés ». A cet instant, il m'a enfin regardée dans les yeux, sans la gêne ni la retenue que j'avais ressenties précédemment chez lui, et m'a parlé en toute franchise comme si une barrière interne avait cédé. Il m'a alors confié avoir eu un accident vasculaire cérébral qui l'a laissé hémiparétique du côté droit, et avoir dû suivre une rééducation intensive avec des kinésithérapeutes. Il redoutait donc de devoir faire à nouveau des exercices difficiles ; j'ai pu le rassurer sur ce point. J'ai aussi eu le sentiment que sa gêne par rapport à son départ à la retraite était peut-être à mettre en lien avec son AVC – bien que cela soit destiné à rester une hypothèse.

²³ Communication personnelle, 24 janvier 2018.

²⁴ Communication personnelle, 24 janvier 2018.

1.3.3. La relation avec les équipes

Il ressort de mes observations précédentes que nos relations avec les patients doivent être pensées et analysées pour être mieux comprises et mieux maîtrisées. Mais un autre aspect de notre positionnement en tant que professionnelles, tout aussi important, est notre relation avec les soignants.

Mon sujet de mémoire a été l'occasion de conversations très enrichissantes avec les infirmières et les médecins : croiser leurs points de vue sur la psychomotricité et le cadre de nos interventions m'a aidée à mieux me percevoir et à réfléchir sur ma pratique. Il serait sans doute bénéfique de prendre systématiquement le temps de discuter de ces sujets, même en tant que professionnelles, lorsque nous arrivons dans de nouvelles équipes.

Les accueillir pendant certaines séances dans nos salles de psychomotricité peut aussi être une bonne occasion de discuter et de mieux nous faire connaître. Par exemple, le Dr G. accorde sa confiance à la psychomotricité parce qu'elle a pu voir l'efficacité de Mme B. en séance²⁵. Inviter les soignants à découvrir ce que nous faisons ne peut que nous donner plus de crédit à leurs yeux.

Néanmoins, notre stage est un cas un peu particulier puisque des psychomotriciens se succèdent depuis plusieurs années. Le personnel nous a bien identifiées et connaît mieux la psychomotricité qu'à l'origine. Un risque d'une autre nature se présente aujourd'hui : celui de s'enfermer dans une routine en prolongeant indéfiniment le cadre initial de nos interventions.

1.3.4. Une présence à réinventer ?

Suite aux premiers essais, les retours positifs des équipes ont amené à renouveler le projet de stage expérimental. Après cinq ans, il devient cependant nécessaire de s'interroger sur la pérennisation de notre stage. Destiné au départ à favoriser la création d'un poste de psychomotricien, force est de constater que cet aboutissement est très peu probable, faute de moyens et d'intérêt pour nos actions au sein de la hiérarchie. Bien que les médecins et les infirmières avec lesquels nous travaillons soient enthousiastes, leur avis semble peu compter tant que nos actions n'ont pas d'intérêt économique démontré. Quel sens donner à notre présence aujourd'hui ? Et devons-nous cautionner la recherche de stagiaires pour la sixième année ?

Malgré leur adhésion au projet, les soignants manquent de temps et peut-être d'opportunités pour s'intéresser aux détails de l'organisation. Par exemple, au cours de notre

²⁵ Communication personnelle, 2 février 2018.

entretien avec le Dr G., celle-ci nous a expliqué ne pas beaucoup connaître les modalités administratives de renouvellement du stage. Notre tutrice interne, Mme B., est peut-être susceptible de prendre sa retraite l'année prochaine, ce qui a inquiété le Dr G. : « peut-être que ce n'est pas possible de continuer si elle n'est plus là »²⁶. Nous lui avons expliqué que le tuteur de stage expérimental n'avait pas forcément à être psychomotricien, et qu'elle pourrait par exemple reprendre ce rôle si elle le souhaitait.

Comme pour tout projet, le danger est d'en laisser l'entière responsabilité à une seule personne, en l'occurrence Mme B. : cela risque de mener à une impasse en son absence, notamment par méconnaissance des aspects pratiques de notre stage. A cet égard, je pense que c'est à nous de prendre le relais et de communiquer auprès des équipes pour mieux les impliquer. C'est ce que nous nous sommes efforcées de faire, Caroline et moi, en prenant le temps de discuter avec les soignants lorsque cela était possible.

D'autre part, bien que les équipes souhaitent nous laisser une liberté d'action, leur vision est influencée par ce qu'ont mis en place nos prédécesseurs. Dans l'ensemble, ces attentes ne sont pas un problème, dans la mesure où elles sont en adéquation avec ce que nous envisageons de faire. Mais il est parfois compliqué de mettre en place de nouvelles propositions. Cela vient de contraintes liées à l'institution elle-même. Comme tout établissement de grande taille, l'hôpital où nous intervenons s'appuie sur une organisation administrative complexe et spécifique. En tant que stagiaires, nous gravitons à la périphérie de ces réseaux, ce qui rend parfois difficile notre insertion là où elle serait nécessaire.

L'accès aux dossiers des patients en est un bon exemple. Le projet de soins du service stipule que « la continuité et la traçabilité de la prise en charge du patient » au cours de son séjour sont primordiales²⁷. Pour cela, les dossiers sont gérés selon deux circuits parallèles. Une partie des informations (comprenant le nom, l'âge, la pathologie, les raisons de l'hospitalisation) est imprimée, et peut être consultée au secrétariat avant l'hospitalisation : c'est là que nous y avons accès. Le matin de l'intervention, ce dossier imprimé est présenté au médecin, qui étudie également les radiographies et autres examens effectués par le patient. Cependant, une autre partie des dossiers est saisie sur un logiciel dédié, afin d'assurer une transmission par informatique : il s'agit de la prise en soin à l'hôpital, qui comprend notamment l'évaluation de la douleur et les autres questionnaires remplis par le patient. Malgré nos demandes, nous n'avons à ce jour pas accès à ces informations. La gestion des dossiers est très calibrée, ce qui la rend aussi

²⁶ Communication personnelle, 2 février 2018.

²⁷ *Livret d'accueil des stagiaires*. 2013, p. 12.

très fermée à tout regard extérieur. Ceci peut bien évidemment se comprendre, ne serait-ce que pour des raisons de sécurité et de confidentialité des données. Néanmoins, cela complique la tâche de personnes tierces telles que nous.

On peut ajouter à ces difficultés le fait que nous ne soyons présentes qu'un jour ou deux par semaine : les équipes qui ne travaillent pas directement à notre contact ne nous connaissent pas, et peuvent donc avoir des difficultés à comprendre ce dont nous aurions besoin, malgré la bonne volonté manifeste dont elles ont toujours fait preuve pour nous aider.

Nous avons pu constater d'autres difficultés d'ordre administratif lorsque nous avons voulu mettre en place des actions pour promouvoir la psychomotricité. En début d'année, nous avons envisagé d'organiser des séances collectives de psychomotricité sur les plages horaires des « loisirs thérapeutiques », malgré l'amalgame qui pourrait potentiellement être fait avec les autres activités proposées. Nous aurions ainsi pu faire découvrir la profession au sein de groupes ouverts aux patients comme aux soignants. Cependant, il s'est avéré compliqué de trouver des dates pour réserver une salle et mobiliser du monde.

Lors de notre entretien avec le Dr G., responsable de l'éducation thérapeutique, nous avons donc discuté d'une autre possibilité : terminer des activités de « loisirs thérapeutiques » avec une demi-heure de psychomotricité. Comme l'a souligné le Dr G., « pourquoi pas, parce que vous avez déjà les gens qui sont là : on finit avec une séance de psychomot pendant une demi-heure [...]. Vous avez la salle, vous avez les patients, et vous, vous pouvez faire un truc [...]. C'est le mieux, actuellement, vu les difficultés qu'on a à faire des trucs nouveaux, et vu les barrières qu'on a partout... »²⁸ Cette solution n'a finalement pas été appliquée en raison de difficultés liées aux emplois du temps de chacun. En revanche, nous sommes actuellement en train de préparer avec le Dr G. la mise en place de séances individuelles pour certains de ses patients.

Un dernier exemple concerne nos séances de relaxation à destination des soignants. Celles-ci ont bien été mises en place, mais se sont heurtées à des problèmes d'organisation au départ, tels que des difficultés de réservation de salle ou des erreurs de dates sur les affiches annonçant les séances. Cela a retardé l'implication des soignants dans cette proposition, et nous avons fait quelques séances avec seulement une ou deux personnes, avant de rencontrer plus de succès. Les plannings du service, de notre tutrice et de nos cours étant bien chargés, nous avons été amenées à revoir nos ambitions : les séances sont aujourd'hui organisées en moyenne une fois par mois, au lieu des deux fois initialement prévues.

²⁸ Communication personnelle, 2 février 2018.

Il ressort des situations décrites que nous devons nous réajuster en permanence au contexte particulier dans lequel nous intervenons. Ces conversations, cette réflexion sur le cadre de notre présence sont cruciales et pourtant difficiles à mettre en œuvre. Cela provient à mon sens des conditions dans lesquelles exerce aujourd'hui le personnel hospitalier.

1.4. Une inscription dans un monde en mutation

1.4.1. Le contexte actuel de l'hôpital : une institution sous pression

En tant que stagiaires, Caroline et moi sommes intégrées à l'institution et nous sommes soumises à la plupart de ses exigences au même titre que les professionnels qui y travaillent. Nous avons donc eu l'occasion de constater certaines réalités à de nombreuses reprises.

La première observation concerne les difficultés économiques des hôpitaux publics dans leur ensemble. A notre échelle, cela se remarque notamment à travers une mobilité accrue du personnel, des suppressions de postes et des difficultés de remplacement.

Sur le plan de l'organisation du personnel, le livret d'accueil des stagiaires à l'hôpital précise qu'il est attendu de la part des infirmiers et aides-soignants une « mobilité sur tous les secteurs au sein des différentes spécialités »²⁹. Nous avons vécu plusieurs fois des situations où, Alice étant absente, d'autres infirmières étaient envoyées en salle d'intervention. Or, certaines provenaient de secteurs très différents et ne connaissaient pas le déroulement des gestes, ou n'avaient pas effectué de lavage articulaire depuis vingt ans. En discutant avec ces infirmières, nous avons constaté qu'elles considéraient ces nouvelles dispositions comme un inconfort supplémentaire dans leur pratique quotidienne.

En ce qui concerne la réduction des postes, on peut citer l'exemple du Dr G., responsable de l'organisation des journées d'éducation thérapeutique, qui a vu sa secrétaire partir en cours d'année sans être remplacée : l'hôpital ne pouvait lui proposer de contrat à durée indéterminée. Le Dr G. nous a confié que cela allait entraîner pour elle plus de temps passé à s'occuper de démarches administratives, au détriment de son investissement auprès des patients. Cette pression supplémentaire pèse sur son travail et provoque des inquiétudes pour l'avenir. De même, l'augmentation de sa charge de travail entrave certains projets qui lui tiennent à cœur : « Moi, ce que je fais depuis 2015, c'est créer un parcours de soin pour l'aidant à l'hôpital. [...] Sauf que... Il n'y a pas grand-monde derrière. Parce qu'on n'a pas le temps »³⁰, explique-t-elle. Les

²⁹ Livret d'accueil des stagiaires. 2013, p. 11.

³⁰ Communication personnelle, 2 février 2018.

autorisations et les décisions semblent de plus en plus régies par des facteurs financiers, comme elle le suggère en commentant qu'« il y a un gros service de kiné, mais... Ils ne nous prêtent des kinés que si je leur envoie des malades pour faire une hospitalisation d'une journée, qui leur rapportent et qui sont évaluées »³¹.

Pour les mêmes raisons, les plannings sont de plus en plus difficiles à établir : la gestion des horaires et des remplacements est une source de problèmes constante pour notre tutrice, Mme B. (cadre de santé du service). Dans le projet de soins du pôle, il est pourtant précisé qu'un des objectifs est d'« assurer la continuité et la qualité des soins sur les 24h : limiter le recours aux moyens de remplacement (intérim, heures supplémentaires, pool), mise en place d'une équipe interne de suppléance, équilibrage des plannings, définition des effectifs requis et minimum »³². En pratique, il n'est pas rare que ces préconisations restent lettre morte. A titre d'exemple, nous avons assisté fin janvier à une conversation entre Mme B. et Agathe, la rhumatologue qui effectue les gestes invasifs : en ce début de matinée, quatre soignants venaient de se mettre en arrêt de travail, laissant une seule infirmière pour les 19 lits du deuxième étage, et Mme B. avait eu le plus grand mal à trouver des remplaçants, n'obtenant qu'une intérimaire pour la journée. Les deux soignantes ont ensuite discuté de la fusion prochaine entre deux services de l'hôpital, destinée à réduire les dépenses. Ce changement à venir soulève de nombreuses inquiétudes, attisées par un manque de communication : une réunion d'information devait avoir lieu en juin dernier mais est constamment repoussée à plus tard, ce qui maintient les incertitudes.

Ces nouvelles réalités mènent à un manque de temps, un sentiment diffus de déshumanisation des soins, et un épuisement général – d'où une augmentation des arrêts de travail, selon notre tutrice. Le projet de soins du service mentionne bien le fait de « favoriser de bonnes conditions de travail et réduire les risques professionnels et psycho-sociaux »³³, mais la place même de cette affirmation est éloquente : il s'agit du tout dernier objectif du projet.

Nos observations s'inscrivent au sein d'une tendance nationale, voire internationale. Les médias relaient régulièrement une préoccupation générale autour du devenir des hôpitaux. Les « burn-out » chez les soignants et le mécontentement des patients sont des problématiques qui pèsent sur l'avenir de la santé publique³⁴.

D'après le philosophe Jean-Jacques Wunenberger, nos sociétés doivent faire face à une « explosion des coûts de la santé » à cause des soins modernes qu'elles ont mis en place³⁵. Or, il

³¹ Communication personnelle, 2 février 2018.

³² *Livret d'accueil des stagiaires*. 2013, p. 12.

³³ *Ibid.*, p. 24.

³⁴ Erner. 2018, France Culture (en ligne).

³⁵ Wunenberger. 2006, p. 99.

est difficile de créer « un système à la fois efficace et économique, performant scientifiquement et juste éthiquement (qui ne fait pas dépendre la santé de la richesse individuelle). Cette quadrature du cercle provoque souvent la tentation de réduire les coûts de la médecine [...]. Là encore la ligne qui sépare une chasse au surnombre, au surplus, au surnuméraire, à l'excès, et une dégradation qualitative du soin n'est pas toujours des plus nettes. »³⁶ Wunenberger estime que cette tension croissante est particulièrement visible à l'hôpital : « La solution de l'hospitalisation comporte d'indéniables avantages pour les soignants et les patients, mais elle génère aussi des effets pervers : coûts prohibitifs, technocratisation des actes, réification du malade, pathologies nosocomiales. »³⁷

Par conséquent, « la médecine et les systèmes de soin sont menacés d'implosion et de dysfonctionnements graves, qui obligent à préparer et à opérer une véritable révolution mentale. »³⁸

1.4.2. Transformations sociales et pratiques innovantes : replacer l'humain au cœur du soin

Parallèlement à ces difficultés se développe un mouvement d'ouverture global, notamment dans le domaine de la santé, et un souhait de redonner de l'humanité aux soins. On constate ces dernières années un essor des médecines dites « alternatives et complémentaires »³⁹ : cette appellation désigne un ensemble de pratiques très diverses qui ont en commun la volonté de proposer des soins en complément de la médecine allopathique. On peut les définir comme « toutes les pratiques soignantes qui font appel à d'autres procédures et ingrédients que la médecine officielle conventionnée par une validation institutionnelle »⁴⁰.

Une résistance de certains médecins se fait entendre en raison du manque de preuves autour de ces thérapies⁴¹. Cependant, celles-ci se développent de plus en plus, notamment à l'hôpital⁴², et certaines études commencent à être menées pour évaluer leur efficacité⁴³.

Ces médecines promeuvent une vision globale de l'humain et de la maladie. Par certains côtés, leur discours est étonnamment proche de celui des psychomotriciens, notamment en ce qui concerne les liens entre le corps et l'esprit. Leur approche est phénoménologique, car pour elles,

³⁶ Wunenberger. 2006, p. 100.

³⁷ *Ibid.*, p. 107.

³⁸ *Ibid.*, p. 84.

³⁹ Durel. 2018, *Actu Santé* (en ligne).

⁴⁰ Wunenberger. 2006, p. 121.

⁴¹ Collectif. 2018, *Le Figaro* (en ligne).

⁴² Fagon & Viens-Bitker. 2012 (en ligne).

⁴³ Hopital.fr. 2015 (en ligne).

« notre corps n'est jamais seulement une organisation, mais un être habité par un sujet qui l'anime et lui fournit du sens. Autrement dit, nous n'avons pas seulement un corps, mais nous sommes notre corps vécu. »⁴⁴ Par conséquent, ces médecines peuvent être considérées comme psychosomatiques, même si cette expression recouvre diverses interprétations des interactions entre la psyché et le soma⁴⁵. Or, la phénoménologie est un des fondements historiques de la pensée des psychomotriciens, notamment grâce aux travaux de Maurice Merleau-Ponty⁴⁶.

Notre profession se caractérise aussi par une volonté d'amener le patient à devenir autonome : les prises en soin n'ont pas vocation à durer indéfiniment et la prévention fait partie des axes de travail privilégiés. Cette perspective est partagée par les médecines complémentaires, qui ont souvent « le souci de responsabiliser davantage le patient, de prévoir le maintien d'une certaine autonomie »⁴⁷. Cela correspond au souhait des patients eux-mêmes, qui revendiquent de plus en plus le droit d'être acteurs de leur santé.

Par ailleurs, certaines de ces thérapies, comme l'hypnose ou la sophrologie, sont utilisées en tant que médiations par des psychomotriciens. C'est pourquoi notre profession a tendance à être rapprochée de ces thérapies au sein de l'hôpital où nous effectuons notre stage. Le Dr G. inclut par exemple la psychomotricité dans un ensemble bien plus large de techniques « du corps et de l'esprit » : « J'aime bien les initiatives qui apportent quelque chose et qui sont originales, parce que je trouve que c'est important de bousculer un peu les états d'esprit [...]. Il faut avancer et proposer des choses nouvelles à l'hôpital, pour pouvoir permettre aux gens de mieux se prendre en charge. »⁴⁸

Elle reconnaît cependant que « des réticences » et une « suspicion de la part des professionnels de santé » restent à surmonter : « Ce n'est pas confortable parce qu'on se heurte à des difficultés en permanence, mais je pense que c'est quelque chose qui peut apporter énormément aux patients. » Elle met par ailleurs en avant une vision de l'hôpital comme un lieu d'avant-garde, de recherche, de créativité, qui donne des dynamiques susceptibles de porter des changements de fond dans les pratiques de soins : « Si on ne fait pas ça à l'hôpital, je ne sais pas où on le fait. [...] L'hôpital doit montrer l'exemple [...], justement en offrant des techniques, disons, sérieuses, originales, qui sont efficaces quand elles sont bien faites. » Elle rappelle que le terme de « complémentaires » implique que ces techniques font partie du soin, et ne s'y opposent pas : « elles sont complémentaires du soin actuel classique »⁴⁹. Cela équivaut au concept de

⁴⁴ Wunenberger. 2006, p. 91.

⁴⁵ *Ibid.*, p. 91-92.

⁴⁶ Girardier *et al.* 2016, p. 94.

⁴⁷ Wunenberger. 2006, p. 101.

⁴⁸ Communication personnelle, 2 février 2018.

⁴⁹ Communication personnelle, 2 février 2018.

« médecine intégrative » qui se développe ces dernières années et propose une certaine conception de l'« interdisciplinarité, ou comment une équipe peut apporter au patient tous les soins nécessaires, qu'ils proviennent de la médecine ou des pratiques complémentaires »⁵⁰. Le Dr G. note pour finir la nécessité d'une volonté politique de changement à grande échelle, indispensable pour entériner les transformations amorcées à la base⁵¹.

Pourquoi les médecines complémentaires rencontrent-elles à la fois un tel succès et de telles résistances ? Selon Jean-Jacques Wunenberger, la médecine s'appuie historiquement sur « deux types de paradigmes » pour penser la vie : « La première [modélisation] recourt à la médiation de la nature extérieure, et même du cosmos en son entier, établissant ainsi une analogie entre corps individuel et 'corps' du monde. La seconde prélève son paradigme dans la culture des artefacts techniques, c'est-à-dire pose une analogie entre le corps vivant et le montage des pièces d'un mécanisme [...]. »⁵² Quel que soit son modèle de représentation, la médecine ne peut s'envisager sans une relation thérapeutique qui considère « toutes [les] dimensions existentielles » liées à la maladie⁵³. Notre système de soins est en train de tomber dans le piège de la déshumanisation, d'où le développement de la médecine complémentaire, véritable « miroir inversé des insuffisances de notre médecine officielle, ou de ce qui est ressenti comme tel par un certain nombre de personnes »⁵⁴. On peut espérer que s'esquissera peu à peu « une nouvelle médecine polyphonique, graduelle et responsable, qui naîtrait de la reconnaissance, honnête et équitable, des vérités et bienfaits partiels de chacune des épistémologies et des pragmatiques en présence, en faisant place autant à la rationalité qu'à l'imaginaire »⁵⁵.

Quelle place accorder à la psychomotricité au sein de cette dynamique ? Bien qu'elle s'appuie sur le même paradigme que les médecines complémentaires, elle n'en fait pas vraiment partie puisqu'elle est déjà largement intégrée au parcours de soins officiels. L'absence de remboursement des séances de psychomotricité en libéral est certes le signe d'un manque de reconnaissance, mais ne réduit pas sa légitimité en tant que profession paramédicale. On pourrait donc penser que notre métier possède un avantage en cette période de changements : par ses valeurs et ses fondements philosophiques, il répond aux aspirations des patients, tout en étant validé et recommandé par l'Etat. Cependant, le peu de visibilité de notre discipline par rapport à d'autres présente un risque : si elle n'est pas vigilante, la psychomotricité ne risque-t-elle pas

⁵⁰ Célestin-Lhopiteau. 2015, p. 12.

⁵¹ Communication personnelle, 2 février 2018.

⁵² Wunenberger. 2006, p. 22-23.

⁵³ *Ibid.*, p. 67.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 82.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 113.

d'être engloutie par l'engouement pour de nouvelles pratiques plus mises en avant et mieux définies ? Afin de pallier cette éventualité, il me paraît nécessaire de travailler sur les perceptions de notre profession chez les patients comme les soignants.

1.5. Perceptions de la psychomotricité par les soignants

1.5.1. Points de vue originels

Lorsque j'ai questionné les médecins rhumatologues sur leur vision initiale de la psychomotricité, elles ont commencé par avouer qu'elles connaissaient mal cette profession au départ, puis m'ont répondu sur deux modes d'analyse différents.

Agathe, qui effectue les gestes invasifs, a expliqué : « [*je pensais*] plutôt au handicap en général, [*pour*] la psychomotricité », par exemple pour « des patients qui avaient des problèmes de coordination, des maladies neurologiques... »⁵⁶. Elle se plaçait donc du point de vue des domaines d'action et des objectifs rééducatifs, ce qui est attendu de la part d'un prescripteur : celui-ci doit connaître les indications et les effets des traitements préconisés.

Le Dr G., responsable des journées d'éducation thérapeutique, a déclaré que la psychomotricité était pour elle « la prise en charge physique et psychologique qui pouvait être expliquée, et harmonieuse à montrer aux patients ». Faire de la psychomotricité revient à « montrer que le corps et le psychisme vont de pair, et que si on fait un travail qui mixe les deux, ça montrera aux patients qu'ils peuvent réussir à faire eux-mêmes des choses »⁵⁷. Sa perspective s'appuie plus sur les fondements philosophiques et théoriques de la psychomotricité.

Leurs deux points de vue me semblent en fait résumer, quoique de manière incomplète, une grande querelle qui oppose les psychomotriciens. Comme le raconte Denis Grabot, ce conflit « perdure et divise durablement le groupe professionnel » parce qu'il « se fonde sur une vision différente du métier »⁵⁸ : « Pour les premiers, les rééducateurs, le psychomotricien se doit d'objectiver un trouble psychomoteur précis et de le réduire avec des exercices précis et spécifiques. Pour les seconds, les thérapeutes, 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. »⁵⁹ Dans la pratique, il est en fait courant que

⁵⁶ Communication personnelle, 24 janvier 2018.

⁵⁷ Communication personnelle, 2 février 2018.

⁵⁸ Grabot, D., *in* Potel. 2010, p. 41.

⁵⁹ *Ibid.*, p. 41.

l'opposition entre les tenants d'une thérapie et ceux d'une rééducation soit beaucoup moins marquée : « Sur le terrain bon nombre de professionnels articulent les deux positions, occupant successivement les rôles de thérapeutes et de rééducateurs. C'est souvent la clinique, c'est-à-dire la manière dont le sujet malade se présente, qui dicte la position à prendre [...]. »⁶⁰

Si les deux perspectives restent en fin de compte assez théoriques, pourquoi se retrouvent-elles dans les paroles des rhumatologues que j'ai interrogées ? A mon sens, chacun des médecins s'était fait une idée de la psychomotricité à partir de ses propres croyances et représentations sur l'homme. Pour Catherine Potel, cette division fait écho à notre vision de l'humain :

Nous ne pouvons pas ignorer la difficulté réelle d'investir une position « intermédiaire » entre corps et psyché. Position originale dans une culture occidentale où la conception de l'individu a toujours eu tendance à cliver le fonctionnement somatique et celui de l'esprit. [...]

Dans cette culture de la dichotomie qui constitue notre histoire, qu'on le veuille ou non, notre position de psychomotricien n'est donc pas facile à tenir. Basculer d'un côté ou de l'autre du fil est le risque et la conséquence de cette réelle complexité, comme en témoigne la difficulté de positionnement de certains psychomotriciens [...].⁶¹

1.5.2. Points de vue actuels

Leur vision actuelle a été enrichie par leurs conversations avec nos prédécesseurs et par les écrits que ceux-ci ont fait partager aux équipes. J'ai remarqué une curiosité et un réel intérêt pour ce que nous faisons, chez l'une comme chez l'autre. Cela souligne une fois de plus à quel point il est important de communiquer autour de nos actions.

Aujourd'hui, Agathe définit la psychomotricité comme « le rapport entre l'esprit et le corps ». En ce qui concerne plus particulièrement nos interventions à ses côtés, elle considère qu'il s'agit de « faire prendre conscience au patient [...] de son corps dans l'espace, et dans sa perception aussi mentale [...], pour améliorer certaines douleurs ou certains handicaps... Pour les travailler en tout cas ». Nous sommes pour elle une « aide relationnelle »⁶².

Cette description ne s'appuie plus sur un savoir théorique mais sur des échanges avec les stagiaires, ce qui la rend à la fois plus concrète et plus précise. On peut entrevoir certains grands concepts psychomoteurs derrière les termes employés : par exemple, Agathe explicite le lien corps-esprit par la mention de la conscience corporelle, qui permet une intégration psychique des

⁶⁰ Grabot, D., in Potel. 2010, p. 41.

⁶¹ Potel. 2010, p. 100-101.

⁶² Communication personnelle, 24 janvier 2018.

ressentis. De même, elle nomme l'espace, or la psychomotricité s'intéresse justement au corps en relation avec son environnement. L'idée d'une perception « mentale » du corps rappelle par ailleurs les notions de schéma corporel, voire d'image du corps. Enfin, le fait de parler de « certaines » douleurs ou de « certains » handicaps implique que la psychomotricité est réservée à des indications précises.

Alice, l'infirmière avec laquelle nous intervenons pour les gestes invasifs, nous fait partager sa vision de la psychomotricité : « C'est compliqué parce que je ne connais pas trop vos cours théoriques. [...] Mais je sais que vous faites beaucoup de cours sur la psychologie, et puis sur le comportement des patients par rapport à leur souffrance. »⁶³ Son association entre la psychologie et les aspects comportementaux de la souffrance évoque bien une vision psychocorporelle de l'humain.

Enfin, le Dr G. explique dans son entretien : « Vous pouvez apporter un soutien très important aux patients, aux soignants et aux aidants – qu'ils soient adultes, qu'ils soient enfants – en matière de compréhension que le psychisme et le corps vont ensemble [...]. Vous apportez [...] des explications scientifiques rigoureuses. Des attitudes, des gestes, des moyens de mettre en phase ces deux choses-là, de progresser et d'avancer pour ne pas qu'il y ait une incoordination entre les deux. » Elle ajoute que « c'est de donner de la coordination entre ce qui est décoordonné, ou désordonné, ou... A cause de la maladie, ou à cause du passé, ou à cause de tas de problèmes quels qu'ils soient, qui font partie de tout ce qu'on doit prendre en charge, quand on prend une personne en charge. » Il s'agit en somme de « retricoter quelque chose d'harmonieux ». Elle termine en commentant que « ça montrera aux patients qu'ils peuvent réussir à faire eux-mêmes des choses »⁶⁴.

Le Dr G. exprime ici une vision large de la psychomotricité, qui ne se réduit pas à la pathologie mais qui considère plutôt l'universalité de l'être psychomoteur, ainsi que ses possibles déséquilibres. Elle affirme la légitimité de notre discipline en tant que science, construite à la fois sur des savoirs théoriques et des applications pratiques. Elle confirme que les patients sont acteurs de leurs soins en psychomotricité, et sous-entend que nous leur redonnons un certain pouvoir sur eux-mêmes : cela me semble en adéquation avec le fait que nous travaillons à partir des ressources de chacun et de ses potentialités.

⁶³ Communication personnelle, 24 janvier 2018.

⁶⁴ Communication personnelle, 2 février 2018.

Les paroles des soignantes mettent toutes en lumière une approche spécifique qui relie les aspects psychiques et corporels de l'humain. Cependant, le rapport corps-esprit est difficile à expliciter. Chacune d'entre elles semble ressentir cette insuffisance. A leur explication première s'ajoute donc une dimension unificatrice, perçue intuitivement : ce qu'Agathe qualifie de « relationnel » tandis qu'Alice et le Dr G. le sous-entendent à travers l'idée de comportement face à un ressenti interne. Les soignantes paraissent avoir bien intégré à leurs représentations le fait que le psychomotricien s'occupe de quelque chose de distinct de la simple somme corps et esprit : il s'agit de l'aspect relationnel et émotionnel, qui dépasse à mon sens cette division.

Leurs définitions actuelles de la psychomotricité dépassent la dichotomie originelle, ce qui me paraît intéressant : selon ma perspective, cette réunification entre rééducation et thérapie, entre corps et esprit, est nécessaire pour toucher réellement du doigt la nature de la profession. C'est aussi la position défendue par Fabien Joly. « [La] spécificité praxique de la psychomotricité ne réside pas comme on l'a cru trop longtemps [...] dans la mise en tension différentielle » entre les deux postures. Au contraire : « Si ces deux grands courants de pensée co-existent en psychomotricité (ce qui est d'ailleurs plutôt une force et une richesse après tout extraordinaires), ils ne se rassemblent en tant que perspectives psychomotrices authentiques que *a)* dans un projet de soin toujours centré sur l'implication [...] du thérapeute, et *b)* autour d'expériences singulières du corps-en-relation, du sujet face au monde, aux objets, et à l'autre et aux autres... »⁶⁵

J'ai été surprise de constater la justesse et la richesse des représentations des soignantes, et ce d'autant plus qu'elles expliquent assez peu nos actions aux patients. Alice leur annonce souvent que nous faisons « de la psychologie », tandis qu'Agathe se contente généralement de dire « mes collègues vont vous aider à vous détendre ». De même, le Dr G. leur présente la psychomotricité comme un moyen de traiter l'anxiété ou l'excès de tension, au même titre que d'autres techniques. Cette volonté de clarifier en simplifiant – soit par omission, soit par généralisation et par évocation des effets attendus – provient sans doute d'un manque de temps ou de difficultés à expliciter leurs perceptions intuitives. C'est une tentation à laquelle nous sommes nous aussi parfois confrontés.

Du côté des patients, quelles sont les représentations autour de la psychomotricité ? Comment nos paroles et nos actions nous définissent-elles à leurs yeux ? Ont-ils des points de vue comparables à ceux rencontrés chez les soignants ?

⁶⁵ Joly, F. *in* Potel. 2000, p. 36.

1.6. Perspectives des patients sur la profession

1.6.1. Patients accompagnés pour des gestes invasifs

Au début de notre stage, nos explications – réductrices dans un premier temps par souci de simplification – se bornaient à préciser lors de la rencontre en chambre : « Nous allons vous proposer un accompagnement par un travail corporel, notamment sur la respiration, afin que le geste se passe au mieux. » L'exemple de la respiration, destiné à clarifier nos propos abstraits, est souvent interprété par les patientes d'après ce qu'elles connaissent déjà : la préparation aux accouchements. L'une d'elle nous répond par exemple que « ce sera comme pour [ses] deux césariennes », tandis qu'une autre annonce : « Je n'en ai pas eu comme ça depuis mes accouchements. » Cette préparation physique, comparable aux mises en condition de sportifs, a bien une visée de minimisation de la douleur, ainsi qu'un soutien en situation de stress. Néanmoins, le travail que nous proposons se veut moins directif et plus personnel, axé en premier lieu sur le ressenti de soi pour accéder à une détente. C'est pourquoi nous avons par la suite évité de citer la respiration en début de conversation, préférant présenter nos objectifs de relaxation au préalable.

Les patients ont désormais une première interprétation différente. Ils nous croient en cours d'apprentissage de la technique, tel ce monsieur qui nous demande : « Vous êtes là pour apprendre les gestes ? ». Nous reprecisons alors que notre but n'est pas d'apprendre une technique mais de leur procurer un mieux-être. Un autre patient observe alors en riant : « Vous êtes les anxiolytiques ! ». Sa définition est intéressante : par sa présence, son investissement corporel, le psychomotricien cherche effectivement à diminuer l'appréhension du patient.

Ce premier entretien est généralement peu propice aux discussions prolongées car de nombreux soignants se succèdent au chevet des patients avant les gestes. Il est donc rare qu'on nous pose beaucoup de questions sur notre métier à ce stade. La curiosité se manifeste plus tard, souvent lors du retour en chambre après les interventions, dans une ambiance plus détendue.

Après notre accompagnement pendant les gestes, la plupart de nos patients nous dit que nous leur avons apporté une aide, comme cette dame qui nous remercie chaleureusement : « Vous avez été d'un grand soutien ». Quelles réalités décrivent ces termes ?

Le mot « aider » peut être défini comme le fait de « prêter son concours à quelqu'un pour lui faciliter l'accomplissement d'un acte, la réalisation de quelque chose; secourir une personne

dans le besoin »⁶⁶. Deux éléments me semblent ici fondamentaux. Tout d'abord, notre rôle est bien celui de facilitateurs : le patient est l'acteur principal de sa prise en soin, et nous ne faisons que donner un élan, un point d'ancrage lui permettant de faire face à l'épreuve. Notre objectif, même sur des séances aussi courtes que les nôtres, est avant tout de favoriser l'autonomie du sujet que nous accompagnons. Par ailleurs, nous aidons des personnes « dans le besoin ». C'est là un aspect central de notre présence en salle d'intervention : il s'agit de déterminer le(s) besoin(s) du patient, afin d'y répondre le mieux possible. Ce besoin est donc la référence primordiale à partir de laquelle nous déterminons nos axes de travail.

Quant au fait de soutenir une personne, il se réfère à une action plus concrète, plus physique aussi : celle de « maintenir (quelqu'un) debout, (l')empêcher de tomber »⁶⁷. Symboliquement, on peut considérer que maintenir debout renvoie au phénomène de verticalisation, c'est-à-dire au fait d'être homme. Être debout, c'est aussi pouvoir se déplacer pour avoir une action sur son environnement. Il s'agirait en quelque sorte d'aider nos patients à rester humains et acteurs de leur vie. Une autre acception du terme « soutenir » est le fait d'« empêcher (quelqu'un) de défaillir en (lui) procurant des forces [...] » ; les synonymes « fortifier, remonter, sustenter » sont cités⁶⁸. Ces mots évoquent un élan vital, une force communiquée d'un individu à un autre. Le terme « sustenter » implique même le fait de nourrir. Dans quelle mesure nourrissons-nous nos patients ? Comment stimulons-nous l'énergie de vie en eux ?

Pour répondre à ces questions, je citerai une remarque faite par un nos patients : « C'était très bien, que ce soit du côté technique ou de l'entourage. » Lorsque nous lui avons répondu que nous n'avions pourtant pas fait grand-chose puisqu'il était très détendu, celui-ci a rétorqué : « Oh, mais j'ai bien vu que vous me surveilliez du coin de l'œil ! ». La notion d'entourage se rapproche de celle d'« être avec ». Il s'agit de « se tenir autour de » la personne, à ses côtés, au sens littéral comme au figuré⁶⁹. Le terme se rapporte notamment au fait de « tenir compagnie (à quelqu'un) ». C'est aussi ce que met en valeur cette patiente qui nous glisse à son retour en chambre : « C'était moins douloureux que la dernière fois... Mais l'autre fois, il n'y avait personne avec moi. »

D'après ces témoignages, je pense que nous pouvons nous considérer comme des « tuteurs de résilience », des personnes ressources qui permettent à chacun de trouver en lui les forces nécessaires pour rebondir⁷⁰ : nous sommes là avant tout pour soutenir, sans forcément chercher à agir ou réparer à tout prix. Nous avançons ensemble dans une relation où chacun est partenaire en vue d'un mieux-être.

⁶⁶ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. 2012 (en ligne).

⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁰ Lecomte. 2005, p. 22.

1.6.2. Patients rencontrés en éducation thérapeutique

En ce qui concerne les journées d'éducation thérapeutique, nos présentations de la psychomotricité aux patients sont souvent plus exhaustives. Nous avons plus de temps pour discuter, et les personnes présentes ont fait la démarche de venir pour découvrir des outils susceptibles de les aider au quotidien. La plupart d'entre elles avouent ne pas connaître la psychomotricité, ou bien seulement « pour les enfants ».

En début de stage, lorsque je définissais la psychomotricité aux patients d'éducation thérapeutique, je commençais par expliquer qu'il s'agit d'une approche globale de l'humain selon laquelle nous sommes organisés autour de différents pôles intriqués : le corporel, l'affectif et le psychique. La dynamique entre ces dimensions est spécifique à chaque individu et lui permet de vivre en relation avec lui-même et avec son environnement. La thérapie psychomotrice est une application de cette approche : elle se propose de consolider, maintenir ou restaurer l'harmonie psychocorporelle lorsque le besoin s'en fait sentir.

Néanmoins, ces indications étaient souvent obscures pour les patients : ceux-ci comprenaient mieux notre profession lorsque nous passions à la mise en pratique.

Lorsque Caroline et moi avons parlé avec le Dr G. de notre façon de présenter la psychomotricité, celle-ci nous a mises en garde contre les représentations et les croyances de certaines personnes. Par exemple, une confusion peut aisément être faite entre « thérapie » et « psychothérapie » : « Quand on dit 'thérapie', les gens entendent 'psychothérapie'. [...] Et donc ils ont un *a priori*. » Cette vision négative pourrait créer un « blocage » ou une « fermeture » dès le stade de la prise de contact. De même, la définition courante de « thérapie à médiation corporelle » est selon elle tout aussi susceptible de fourvoyer nos patients, le terme de « médiation » ayant une autre acception évidente : « La médiation, c'est quand il y a le médiateur qui se met là, tu vois, non c'est ça la médiation, hein. [...] Admettons que la personne soit divorcée et qu'elle ait essayé un médiateur, c'est foutu. »⁷¹

Le Dr G. nous a encouragées à donner une description plus concrète, plus adaptée à notre volonté de vulgarisation. Comme elle nous l'a rappelé, « il faut savoir que si tu fais du didactique, il faut se dire [...] 'Il n'y connaît rien'. Il faut repartir à la base. Et tu construis. Psychothérapeute. Psycho-thérapeute. Psycho-motricienne. Qu'est-ce que c'est ? Et leur dire : 'je ne suis pas une psychothérapeute. Non non non. Je suis une psychomotricienne. Motricité : le corps !' »⁷²

⁷¹ Communication personnelle, 2 février 2018.

⁷² Communication personnelle, 2 février 2018.

Cette discussion m'a fait comprendre que les concepts et termes techniques appris en formation, certes nécessaires à l'acquisition d'une identité professionnelle et d'une légitimité face à nos pairs soignants, devenaient simple jargon face à nos interlocuteurs principaux : les patients. Cela m'a poussée à me remettre en question et à mettre de côté les explications trop abstraites dans ma pratique, au profit de définitions plus brèves et claires, telles que « nous travaillons à partir du corps en vue de procurer un mieux-être ».

Désormais, nous commençons nos ateliers d'éducation thérapeutique par des mises en situation concrètes : il peut s'agir par exemple d'exercices inspirés du jeu dramatique, où nous proposons aux participants de marcher dans la salle et d'incarner tour à tour différentes émotions à travers leur marche, à mesure que nous racontons une courte histoire.

Nous établissons ensuite un parallèle entre ce que nous leur avons fait vivre et ce qu'est la psychomotricité. Pour mieux leur faire percevoir notre spécificité, nous partons aussi d'un autre métier dédié au corps – la kinésithérapie – et expliquons qu'à la différence des kinésithérapeutes, qui s'intéressent au corps sur un versant mécanique et fonctionnel, nous nous occupons du corps tel qu'il est vécu : dans ses aspects émotionnel, relationnel et identitaire. Pour la psychomotricité, nous sommes un corps, tandis que la kinésithérapie s'intéresse au fait d'avoir un corps. Nous avons en effet constaté que le fait de relier le corporel à des questions d'identité était parlant pour nos interlocuteurs. Cela les renvoie à leur propre rapport avec leur corps, souvent malmené par le diagnostic de maladie chronique qu'ils viennent de recevoir. Une de nos patientes nous a ainsi dit un jour, comme frappée par l'évidence : « Ah, ça y est, j'ai compris. C'est comme pour une femme qui a eu le cancer du sein, et à qui on a enlevé un sein. C'est une partie de son corps, mais ça touche aussi son identité en tant que femme. »

1.7. Intérêt et place de la psychomotricité à l'hôpital : la vision des soignants

1.7.1. En salle d'intervention, pour des gestes invasifs

En ce qui concerne notre rôle en salle d'intervention, l'intérêt principal mis en avant par Agathe est la facilitation des gestes : « L'aspect pratique pour moi, ici, c'est bien sûr la détente du patient, le fait qu'il soit plus centré sur sa respiration que sur sa douleur... Donc ça me fait gagner en simplicité [...] ; *a priori* le geste se passe mieux. »⁷³ Une différence nette est observée par le médecin et l'infirmière pour les patients anxieux : comme l'explique Agathe, « on sait qu'en

⁷³ Communication personnelle, 24 janvier 2018.

général pour ces patients-là c'est beaucoup plus compliqué à gérer, que nous ça nous demande d'essayer de les détendre, de leur changer les idées, de leur expliquer encore plus... Et en plus souvent ça ne marche pas, du coup on est moins concentrés sur notre technique du geste. Donc c'est vrai que pour des gens comme ça, vous êtes un apport vraiment intéressant. »⁷⁴

C'est donc en tant qu'auxiliaires de la médecine que nous avons une légitimité pour elle : nous lui permettons de mieux réaliser les gestes techniques en nous occupant de l'aspect émotionnel de la relation avec le patient. On peut effectivement considérer que nos objectifs de détente et de mieux-être ont des conséquences positives sur le médecin et les soignants.

Lorsque nous sommes absentes, elle tente d'accompagner les patients par des stratégies qui se rapprochent de ce que nous pouvons faire : elle évoque notamment la détente et le détournement de l'attention. Cependant, elle remarque que ces essais, en plus de diminuer sa concentration, sont souvent infructueux : est-ce parce qu'il est difficile d'être en même temps efficace sur le plan technique et sur le plan relationnel ? « L'acte médical exige peut-être aussi, pour être efficace, une certaine objectivité, une distance, une froideur qui évitent le parasitage des émotions, des sentiments personnels qui fragilisent ou aveuglent l'esprit. »⁷⁵

Alice voit elle aussi notre présence comme un soutien relationnel, qu'elle pourrait peut-être fournir mais qui, en pratique, n'est pas toujours possible de sa part faute de temps : « je ne peux pas être toujours à côté du patient, je suis obligée de m'occuper des examens... [...] Donc je ne suis pas toujours présente à côté d'eux. Et tu as des patients des fois qui me disent 'Vous pouvez me tenir la main ?'. Des fois, quand vous êtes là, présentes, c'est vous qui faites un peu le relais. [...] Ça les rassure que quelqu'un leur tienne la main. [...] Et surtout leur parler. D'avoir une présence. » Pour elle, c'est le fait d'être entièrement dédiées au bien-être du patient qui rend notre action efficace : il s'agirait plus d'une posture, d'un savoir-être proche du maternage.

1.7.2. En éducation thérapeutique, pour des ateliers de découverte

Le Dr G. estime que notre présence permet aux patients « d'avoir un état d'esprit différent, d'avoir un vécu de la maladie différent, un vécu du soin différent, un vécu de l'hôpital différent, un vécu des soignants différent ». Elle ajoute en ce qui concerne les soignants : « Ça nous montre qu'il n'y a pas d'omnipotence de la médecine traditionnelle, toute-puissante vis-à-vis des autres médecines, des autres possibilités thérapeutiques, et qu'il ne faut pas être en exclusion, mais qu'il faut être en *co-working*. » Selon elle, une prise en soin pluridisciplinaire permet d'être « plus

⁷⁴ Communication personnelle, 24 janvier 2018.

⁷⁵ Wunenberger. 2006, p. 68.

dans la force et [...] la reprise du pouvoir du malade, plutôt que d'être dans l'interdit, dans la suspicion, dans le 'pff, qu'est-ce que c'est que ce truc-là'... Ce qui est le cas actuellement. »⁷⁶

Du côté des patients, l'intérêt est donc de modifier leur état d'esprit général et leur ressenti, par rapport à eux-mêmes et à leur environnement. Or, on sait que la façon dont une personne envisage sa maladie et son traitement a déjà un effet thérapeutique en soi⁷⁷ : c'est notamment ce qui se joue à travers les effets placebo. Dans cette perspective, on peut considérer que nous leur offrons un élan, une ouverture d'esprit et une espérance qui peuvent les aider à trouver en eux des ressources nécessaires à leur résilience. On peut supposer aussi que ce gain d'énergie joue sur leur application des conseils donnés au cours des journées d'éducation thérapeutique.

Du côté des soignants, nous aurions un rôle d'avant-garde : celui de participer à de nouvelles pistes de prise en charge complémentaires. Le Dr G. nous place donc au sein d'une équipe pluridisciplinaire où chacun a son rôle et où les conflits de pouvoir devraient être inexistantes : ce faisant, elle promeut l'idée d'un parcours de soin où les différentes spécialités ne travailleraient pas en compétition mais en collaboration.

Il ressort de ces entretiens que notre présence a bien un intérêt pour les soignants. Mais qu'est-ce qui rend la psychomotricité différente des autres spécialités dans le domaine du soin ?

1.7.3. Place de la psychomotricité par rapport aux autres professions médicales et paramédicales

Au cours de mes entretiens avec les équipes qui nous accueillent, je leur ai demandé comment elles envisageaient notre place par rapport à elles.

Selon Agathe, nous avons un rôle d'« aide relationnelle »⁷⁸. Bien qu'elle exprime une hésitation en rationalisant ensuite par un « mais ça ne veut rien dire... », sa formulation intuitive me semble intéressante. Le psychomotricien fait office de médiateur pour harmoniser les relations entre l'humain et lui-même, les autres, et le monde. Ce rôle spécifique est justement difficile à saisir car aucune autre profession médicale ne s'en préoccupe. En l'occurrence, Agathe pense certainement à l'aide que nous pouvons apporter pour mieux mettre en relation patients et soignants. Notre action consiste à créer du lien, à mettre en lien, à faire communiquer des espaces qui étaient séparés.

⁷⁶ Communication personnelle, 2 février 2018.

⁷⁷ Janssen, T. *in* Leloup *et al.* 2008, p. 67.

⁷⁸ Communication personnelle, 24 janvier 2018.

Pour Alice, notre place est naturellement unique en raison de notre formation spécifique : « Ça vient de votre formation, comme vous avez des cours de théorie sur la psychologie... Vous faites beaucoup de psychologie, et de la psychomotricité, vous voyez comment se comportent les patients vis-à-vis de la douleur. » Elle précise aussi sa pensée en se différenciant elle-même : « J'essaie d'avoir un rôle éducateur avec [les patients] ; comme par exemple, il y a des patients qui sont obèses, je leur dis 'bon, est-ce que vous avez pensé à une diététicienne ?...' »⁷⁹ Cette remarque met en lumière un rôle éducateur de l'infirmière, qui, pour moi, ne s'applique pas au psychomotricien : notre rôle n'est pas de nous assurer de l'adhésion des patients aux traitements, mais plutôt de partir de leur demande et de les accompagner dans leur cheminement.

L'observation d'Alice sur nos cours de psychologie suggère des points communs entre cette discipline et la nôtre. Cependant, une remarque faite par le Dr G. met plutôt en avant nos différences. Au cours d'une discussion sur la gestion émotionnelle et psychique des patients en journées d'éducation thérapeutique, le Dr G. nous confie ainsi : « On peut faire sortir des choses. Et c'est là où j'aurais besoin d'une psychologue. [...] Une ou deux fois, ça nous est arrivé d'avoir des gens qui vraiment pétaient les plombs. »⁸⁰

Est-il toujours nécessaire de faire appel à un psychologue lorsque l'impact émotionnel de ces journées est important ? Le décret de compétences du psychomotricien précise que nous contribuons entre autres « au traitement [...] des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles »⁸¹. Nous sommes habilités à recevoir l'expression des émotions du patient. En quoi nous distinguons-nous d'un psychologue ? Pour Catherine Potel, « Cette question est tout à fait fondée car, hormis les rééducations psychomotrices très codées techniquement, les thérapies psychomotrices, elles, ont des points communs avec d'autres thérapies. »⁸² On constate souvent que « les effets de nos actions [...] sont autant du domaine du corps que du domaine du 'psy' »⁸³. Toutefois, notre engagement corporel plus que verbal nous confère une spécificité dans la manière d'aborder les problématiques de nos patients : « Alors, que nous prenions à bras-le-corps cette interdépendance entre corps et psyché, que nos pratiques ne se basent pas uniquement sur le verbal mais se fondent sur l'action, le mouvement, l'espace, la sensorialité, la rythmicité et la relation, cela nous différencie donc sans ambiguïté des champs psychothérapeutiques qui partent, eux, d'un tout autre point de vue : les mots. »⁸⁴ On peut aussi préciser que le psychologue n'a pas

⁷⁹ Communication personnelle, 24 janvier 2018.

⁸⁰ Communication personnelle, 2 février 2018.

⁸¹ Légifrance. 2004, Décret n°88-659 du 6 mai 1988 abrogé au 8 août 2004 (en ligne).

⁸² Potel. 2010, p. 64.

⁸³ *Ibid.*, p. 63.

⁸⁴ *Ibid.*, p. 68.

besoin de prescription médicale pour exercer, ce qui facilite la mise en place d'un suivi pour un patient dont nous ne connaissons pas forcément le médecin référent.

Pour le Dr G., nous avons une place « complémentaire » par rapport aux autres soignants, mais tout aussi « indispensable ». Elle considère cependant que ce rôle est similaire à celui des bénévoles qui animent les « loisirs thérapeutiques »⁸⁵. Les « loisirs thérapeutiques » sont des activités diverses proposées à l'hôpital chaque mercredi après-midi, pour les patients qui le souhaitent : on y trouve du taï-chi-chuan, du qi-gong, de la sophrologie, ou encore des ateliers d'écriture. Les animateurs de ces séances ne sont pas toujours des professeurs ou des praticiens, mais des bénévoles qui pratiquent eux-mêmes ces activités et souhaitent donner de leur temps pour les faire partager. Le Dr G. estime que ces activités et nos propres interventions sont « un soin qui est inscrit maintenant dans la prise en charge ». D'après elle, notre richesse est que nous apportons « tous une compétence, chacun à notre niveau. Vous, une compétence que vous avez apprise, moi aussi ; et les bénévoles, une compétence qu'ils ont aimée et qu'ils ont développée. [...] A mon sens, ça devrait être proposé systématiquement. Et on devrait avoir vraiment, en relais et en soutien, à la fois pour nous, et pour les malades, et pour les aidants : une psychologue, une psychomotricienne, une kinésithérapeute... [...] Et il y a d'autres spécialistes : une sophrologue... »⁸⁶

Le Dr G. a sur le soin une vision résolument unificatrice qui englobe aussi les bénéficiaires des thérapies : elle note en passant que toutes ces propositions devraient être accessibles aux soignants eux-mêmes, en plus des patients et des aidants. Son idéal est d'autant plus intéressant dans le contexte actuel, où l'épuisement des équipes est une menace réelle⁸⁷. C'est pourquoi ma binôme et moi-même nous sommes investies aux côtés de Mme B., notre tutrice, dans son projet de relaxation pour le personnel du service.

Considérer les séances de « loisirs thérapeutiques » comme un soin à part entière me semble peu pertinent car les bénévoles, sauf exception, ne sont pas des thérapeutes : nous comparer à eux entraîne le risque de leur donner indûment ce rôle. Néanmoins, le Dr G. précise une différence qui a toute son importance : la formation des soignants est ce qui les distingue des animateurs. Son point de vue se rapproche de celui d'Alice, dans la mesure où notre formation en psychomotricité est selon elle une part notable de ce qui fait notre spécificité. Lorsque nous lui parlons du travail psychocorporel que nous effectuons en cours, le Dr G. se montre enthousiaste et observe que les autres professions, dont infirmiers et médecins, devraient faire des expériences

⁸⁵ Communication personnelle, 2 février 2018.

⁸⁶ Communication personnelle, 2 février 2018.

⁸⁷ Olivier. 2014, *L'Express* (en ligne).

similaires. Voici ce qu'elle dit notamment du fait de vivre soi-même quelque chose, afin de le comprendre de l'intérieur avant de le réutiliser : « C'est un pouvoir important que vous avez, et qui vous permet de proposer des choses utiles. »⁸⁸

En fin de compte, la perspective du Dr G. sur les métiers du soin en général peut se rapporter à cette phrase de Pascal Bourger : « Surtout n'oublions pas que, quelle que soit l'orientation professionnelle du psychomotricien, l'objectif est le même : le mieux-être de son patient. »⁸⁹ Chaque profession utilise ses propres moyens dans cette visée commune. Selon ce raisonnement, les différentes formations apportent des bagages théoriques préalables permettant d'aborder le patient par des voies spécifiques, selon son individualité ; mais le réel pouvoir du soin réside dans la mise en pratique de ces savoirs au sein de la relation. L'implication du thérapeute est donc pour le Dr G. « ce qui fait la différence » : « Tu peux avoir la compétence de n'importe qui, d'un kiné, d'une sophrologue, d'une psychomotricienne, d'un psychologue, d'un médecin, d'une infirmière... C'est important. Mais le reste, qui est encore plus important à mon avis, c'est ce que tu mets pour essayer de sortir la personne de sa merde. »⁹⁰

Le psychomotricien utilise des médiations diverses afin de favoriser ce mieux-être. La médiation, qu'elle soit « corporelle ou autre », peut se définir par « ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre »⁹¹. Il s'agit d'une activité qui est, « en même temps qu'un but en soi, un temps propice à l'échange, à la créativité, à l'expression. »⁹² Mais en quoi nos médiations sont-elles différentes des pratiques de soins d'où elles sont tirées ? Qu'est-ce qui différencie par exemple une séance de qi-gong, et une séance de psychomotricité utilisant le qi-gong comme médiation ?

1.7.4. Spécificité de la psychomotricité par rapport à d'autres pratiques de soin

L'hôpital où nous intervenons teste actuellement de nouvelles pratiques de soin. Une attention particulière est portée à deux techniques, l'hypnose et la sophrologie. Notre coexistence avec ces disciplines crée parfois des amalgames et des représentations erronées ; c'est pourquoi je me propose d'étudier la spécificité de la psychomotricité par rapport à elles.

L'utilisation de l'hypnose dans les soins se développe beaucoup au sein de notre service, notamment pour ce qui concerne la prise en charge de la douleur : la technique prend alors le

⁸⁸ Communication personnelle, 2 février 2018.

⁸⁹ Bourger, P. in Potel. 2000, p. 68.

⁹⁰ Communication personnelle, 2 février 2018.

⁹¹ Potel. 2010, p. 365.

⁹² *Ibid.*, p. 366.

nom d'hypnoanalgésie. Des formations sont proposées par l'hôpital pour les soignants qui souhaitent s'en servir. Elles connaissent un grand succès et des listes d'attente se créent en raison du peu de places disponibles.

Quant à la sophrologie, celle-ci est majoritairement mise en avant au cours des journées d'éducation thérapeutique. Parmi les activités de « loisirs thérapeutiques », on compte également deux sophrologues bénévoles qui se répartissent deux créneaux par semaine, contrairement aux autres activités qui n'ont qu'un seul créneau à disposition.

Lorsque j'ai interrogé les soignantes sur leur perception de nos similitudes ou différences par rapport à d'autres pratiques, la plupart d'entre elles ont insisté sur leur peu de connaissances au sujet de ces pratiques, et donc sur le caractère indicatif de leur point de vue. Ce manque d'informations joue peut-être en partie sur les amalgames potentiels avec la psychomotricité.

Pour Alice, l'hypnose n'est pas équivalente à la psychomotricité dans la mesure où « c'est une autre façon de relaxer les patients ». Elle reconnaît donc la distinction entre nos démarches, puis ajoute : « Et après, ce qui est bénéfique, c'est que vous allez voir les patients pour voir comment ils ont jugé votre présence. [...] C'est ça qui est intéressant. »⁹³ Notre méthode globale est jugée pertinente, car elle implique une continuité entre le temps qui précède le geste, l'accompagnement en salle, puis le retour en chambre. Selon cette perspective, ce n'est peut-être pas l'outil lui-même qui nous est spécifique – ici, la relaxation – mais plutôt la façon dont nous l'incluons dans une réflexion et un processus thérapeutique globaux.

Selon Agathe, notre action pendant les gestes invasifs pourrait probablement être comparée à celle d'autres thérapeutes. Comme elle l'explique, « la sophrologie travaille aussi sur le souffle », et la méditation de pleine conscience ou l'hypnose pourraient se recouper avec certaines de nos propositions. Elle précise toutefois que ces similitudes sont avant tout liées au contexte particulier, « dans cette position de patient allongé qui essaie de ne pas trop se focaliser sur sa douleur ». Effectivement, notre stage se déroule dans des conditions spécifiques, et nos actions en salle comme en éducation thérapeutique sont très circonscrites, ce qui ne peut donner à voir toute l'étendue de la psychomotricité. Elle rappelle ensuite qu'elle connaît mal ces techniques ; elle ne peut se prononcer en ce qui concerne la « rapidité » de leurs effets ou les modalités de leur « mise en place », à l'exception de l'hypnose, qu'elle a déjà vue en pratique⁹⁴.

Le discours des soignantes reconnaît la légitimité de la psychomotricité, mais n'en reste pas

⁹³ Communication personnelle, 24 janvier 2018.

⁹⁴ Communication personnelle, 24 janvier 2018.

moins ambigu par certains côtés. Par exemple, il arrive qu'Alice propose de l'hypnose aux patients qui se disent très angoissés, alors même que nous sommes présentes dans la salle. Au cours de leur entretien avec nous, Alice et Agathe ont fait remarquer la grande efficacité de l'hypnose, et Alice nous a conseillé plusieurs fois de nous former à cette pratique. Nous avons également été encouragées dans ce sens par notre tutrice psychomotricienne, Mme B. Les soignantes ont tendance à considérer notre absence de formation en hypnose comme une lacune à laquelle il serait bon de remédier. Par ces remarques, elles semblent suggérer que l'hypnoalgésie est plus efficace que la relaxation en tant que médiation.

Ce point de vue se retrouve chez certains auteurs, comme Jean-Marc Benhaiem qui déclare par exemple que « les techniques dites placebo comme la relaxation, le training autogène sont souvent moins efficaces parce que le thérapeute ne s'y investit pas autant »⁹⁵. Cependant, décrire l'engagement comme supérieur chez les hypnothérapeutes me paraît malvenu : le psychomotricien se sert justement de son engagement corporel et psychique dans la relation. Il s'agit de son principal outil thérapeutique. Denise Liotard écrit à ce propos que « le psychomotricien sollicite l'établissement [d'une] communication d'avant le langage à jamais présente dans nos relations et qui s'apparente de très près à la relation hypnotique »⁹⁶. En effet, « nous nous investissons à des niveaux très archaïques où nous portons l'autre du regard, de la voix, du toucher mais aussi avec l'aide de tout notre corps »⁹⁷.

Lorsqu'Agathe et Alice décrivent plus particulièrement les séances d'hypnose auxquelles elles ont pu assister en salle, elles citent trois principes d'action majeurs : la voix et notamment « l'intonation », la position très rapprochée du thérapeute, ainsi que les visualisations dans une moindre mesure. Leur description reprend effectivement les trois facteurs principaux d'obtention d'un état hypnotique : l'induction, le thérapeute et l'imagination⁹⁸. Cela met en lumière l'importance de la relation non-verbale, tout aussi primordiale en psychomotricité : ce point commun entre nos disciplines me paraît majeur.

Au cours de l'année, j'ai eu l'occasion d'assister à deux reprises à des séances d'hypnoalgésie. D'après ce que j'ai pu voir, il existe bien des similitudes entre hypnose et relaxation : nous travaillons dans les deux cas sur les sensations, ou plus exactement sur la prédominance de certains éprouvés sur d'autres, que nous nous efforçons de faire passer au second plan. Pour cela, la relaxation que nous utilisons s'appuie sur des ressentis corporels tels que le mouvement respiratoire ou les appuis au sol. L'hypnose prend un point de départ plus

⁹⁵ Benhaiem. 2003, p. 180.

⁹⁶ Liotard, D. *in* Potel. 2000, p. 60.

⁹⁷ *Ibid.*, p. 61.

⁹⁸ Roustang, F. *in* Benhaiem. 2003, p. 14-19.

intellectuel et a recours à l'imagination de ressentis agréables au moyen de visualisations. Ces deux méthodes ont des démarches inverses mais aboutissent au même résultat.

De ce point de vue, l'hypnose pourrait certainement être une médiation intéressante en psychomotricité. Mais la distinction entre les deux pratiques est donc claire : la psychomotricité est susceptible d'utiliser d'autres médiations selon les besoins. Le psychomotricien construit à partir de ce que son patient lui apporte, ce qui lui confère une grande flexibilité. Par exemple, un jour où ma binôme Caroline invitait un patient à visualiser un lieu paisible, celui-ci a réagi aussitôt : « Ah non, moi ça ne me parle pas du tout d'imaginer ! ». A l'inverse, un autre patient nous a dit spontanément dès le début de l'intervention : « Il faudrait penser à des images agréables. » Nous sommes donc prêtes à modifier nos propositions initiales pour rester au plus près de ce qu'expriment les personnes que nous accompagnons.

Concernant la sophrologie, j'ai interrogé le Dr G. sur ses perceptions. Comme exposé plus haut, ce n'est pour elle pas tant la technique qui fait la différence, mais plutôt la personnalité du praticien et sa manière, là encore, de s'engager dans la relation avec ses patients : « Vous pouvez être une excellente psychomotricienne, une excellente sophrologue, mais [si] vous faites ça comme ça... Quelle que soit la technique, il ne se passera rien, tandis que si vous rajoutez ce que vous savez faire, vous – parce que tout le monde ne sait pas faire, mais vous, vous savez faire – votre âme, là c'est bon. »⁹⁹

La sophrologie est « une synthèse de techniques orientales (yoga dynamique, méditation bouddhiste et zen...) et de relaxation occidentale (training autogène de Schultz, méthode Vittoz, relaxation progressive de Jacobson...) » qui cherche à obtenir « une harmonisation du corps et de l'esprit » par l'atteinte d'un « état modifié de conscience, entre veille et sommeil, dans lequel la personne va pouvoir stimuler différentes capacités et ressources qu'elle ne soupçonne pas ou qu'elle exploite peu »¹⁰⁰. Cette définition montre les liens étroits entre sophrologie, hypnose et relaxation. A ce titre, mes remarques sur l'hypnose me paraissent aussi applicables à cette technique : la sophrologie pourrait être utilisée comme médiation en psychomotricité.

Néanmoins, les médiations que nous choisissons vont au-delà de l'activité effectuée pour elle-même. Elles s'inscrivent dans un projet de soins global et ont à ce titre trois objectifs principaux : « proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions », « favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant » et « aider

⁹⁹ Communication personnelle, 2 février 2018.

¹⁰⁰ Fédération Française de Sophrologie. 2015 (en ligne).

à la transformation des éprouvés en représentations »¹⁰¹. C'est là ce qui distingue notre action thérapeutique.

Pour terminer, les formations agréées comme celle de psychomotricité sont pour le Dr G. des garanties de sérieux et de compétence. Elle nous a mises en garde contre l'explosion de nouvelles pratiques de soin, et donc la récupération de cet effet de mode par des formateurs peu scrupuleux, des thérapeutes plus ou moins compétents, voire de réels charlatans ou des mouvements sectaires.

1.7.5. La nécessité d'évaluer : pourquoi et comment ?

Lorsque nous sommes arrivées pour la première fois à l'hôpital, le chef de service nous a aussitôt demandé ce que nous comptions faire pour évaluer notre action. La « médecine fondée sur des preuves » (ou « *evidence-based medicine* ») est devenue le modèle central dans notre système de santé depuis une vingtaine d'années¹⁰² : il s'agit d'utiliser des données aussi objectives que possibles en s'appuyant sur des études cliniques qui puissent vérifier leur efficacité. Bien sûr, cela s'inscrit aussi dans le contexte actuel d'économies budgétaires, avec tout ce qu'il implique de suppression de traitement jugés inutiles. La psychomotricité n'échappe ni à cette règle, ni à la tendance de standardisation que l'on observe par exemple à travers les bilans cotés.

Les évaluations me semblent être un excellent outil pour avoir du recul sur notre pratique et pour la faire reconnaître. Par exemple, au cours de notre entretien avec l'infirmière qui seconde le médecin lors des gestes invasifs, nous avons discuté de la possibilité de mener une étude pour estimer si un accompagnement psychomoteur influençait la prise de traitements avant et pendant lesdits gestes. Les patients hospitalisés se voient prescrire systématiquement un antalgique (Doliprane¹⁰³) et un anxiolytique (Atarax¹⁰⁴) une heure avant l'intervention. On fait aussi respirer aux plus anxieux du gaz hilarant (Meopa¹⁰⁵) au cours du geste. Il serait intéressant de rechercher l'impact de la relaxation sur ces pratiques. Démontrer un effet permettrait à la psychomotricité d'acquérir une légitimité auprès des décideurs, ne serait-ce qu'en raison des potentielles économies réalisées.

Ma binôme et moi-même pensons avoir plusieurs fois évité à l'équipe d'utiliser le gaz Meopa – notamment dans le cas de Mme Z., que j'exposerai dans ma deuxième partie – mais en

¹⁰¹ Potel. 2010, p. 367.

¹⁰² Assié *et al.* 2012, p. 3.

¹⁰³ Base de données publique des médicaments. 2017 (en ligne).

¹⁰⁴ *Ibid.*

¹⁰⁵ Agence Nationale de Sécurité du Médicament. 2012 (en ligne).

l'absence d'étude plus généralisée, cela reste une hypothèse non vérifiée. Par ailleurs, le point de vue d'Alice, l'infirmière en question, suggère que les représentations des équipes sont largement favorables à la prise de médicaments. C'est un traitement qui fonctionne et auquel les soignants sont habitués. Comme elle le rappelle, « pour moi de toute façon c'est bénéfique ; ceux qui n'en prennent pas, on les sent anxieux ». Elle estime qu'il serait intéressant de faire des tests, mais reconnaît qu'elle a « du mal » avec cette idée. Même si les résultats des études étaient positifs, il faudrait donc probablement prévoir en parallèle une démarche de communication et de formation afin de mieux faire comprendre notre action aux soignants.

Toutefois, la mise en place d'évaluations de qualité est délicate pour plusieurs raisons. La première est que ce sur quoi nous agissons n'est pas toujours objectivable. Les troubles psychomoteurs ont des causes encore mal connues, d'où des difficultés de repérage et d'évaluation : « Leur étiopathogénie demeure ignorée car probablement complexe et résultant de l'intrication de facteurs endogènes (soit la part personnelle du sujet, avec son équipement génétique, biologique, psychologique ou cognitif) et exogènes (soit son environnement au sens large, métabolique, alimentaire, écologique)..., mais aussi des effets de rencontre relationnelle, et les effets d'après-coup que cela suppose. »¹⁰⁶ Par conséquent, leur analyse « ne repose que sur un consensus clinique des différents spécialistes en la matière », mais « ce consensus n'est pas une mesure objectivable et indépendante du contexte social, culturel dans lequel il est créé »¹⁰⁷.

Étant donné cette nature multifactorielle, les tests quantitatifs ne suffisent pas et nous devons toujours y ajouter des observations d'ordre qualitatif. Par exemple, nous pouvons chiffrer l'intensité de douleur d'un patient à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA)¹⁰⁸, mais il nous est nécessaire d'utiliser en complément un test comme le Questionnaire de Saint-Antoine pour avoir une idée du ressenti exact du patient : celui-ci doit en effet choisir les mots qui décrivent le mieux sa douleur. Un test comme le Charlop-Atwell¹⁰⁹, qui évalue la motricité globale, réussit à coter à la fois les aspects quantitatifs et qualitatifs, mais il reste largement une exception. C'est ce qui fait dire au Dr G. à propos des disciplines du corps et de l'esprit : « Toutes ces techniques, ça donne de l'élan. Et de la confiance. [...] Ça ne se mesure pas, c'est pour ça qu'on ne peut pas évaluer. »¹¹⁰ Il est vrai que des concepts comme le bien-être semblent complexes à appréhender. Mais ils peuvent probablement être mesurés malgré tout : peut-être de manière indirecte, à travers plusieurs facteurs par exemple.

¹⁰⁶ Rodriguez, M. *in* Potel. 2010, p. 168.

¹⁰⁷ *Ibid.*, p. 168-169.

¹⁰⁸ Attal, Durgun & Laurent. 2012, p. 4.

¹⁰⁹ Albaret & Noack, 1994.

¹¹⁰ Communication personnelle, 2 février 2018.

Cependant, cela amène un deuxième obstacle à l'évaluation : croiser des données aussi différentes demande de solides connaissances et une vraie réflexion afin de savoir ce qu'on évalue, comment on l'évalue, et dans quel but. Une étude montée à la va-vite ne peut mener qu'à des chiffres et des données vides de sens. Même des outils d'apparence simple, comme les questionnaires que j'ai rédigés pour mieux connaître les perceptions des soignants sur nos actions, devraient en réalité être élaborés selon un protocole précis : par exemple, la façon dont on oriente une question influence sa réponse. Or, notre formation ne nous initie pas à la recherche, et nous manquons de temps pour nous documenter par nous-mêmes.

Au cours de cette première partie, j'ai exposé les conditions dans lesquelles se déroule notre stage, ainsi que les perceptions de la psychomotricité par les soignants et les patients dans ce contexte particulier. Comme je l'ai évoqué, ces conditions sont satisfaisantes. La psychomotricité est relativement bien connue par les équipes qui travaillent à nos côtés. Cependant, la situation dans laquelle exercent actuellement les personnels hospitaliers est pour moi une entrave importante à notre pratique et à celle des soignants en général : il est d'autant plus difficile de penser ce que l'on fait quand notre esprit est accaparé par d'autres problèmes. Lorsque des préoccupations annexes au soin occupent le devant de la scène, les patients sont les premiers à en faire les frais. Si nous voulons rester efficaces, nous devons apprendre à composer avec ces réalités pour proposer des soins de qualité et promouvoir notre profession.

C'est pourquoi je souhaite me pencher dans une deuxième partie sur notre posture concrète de psychomotriciennes auprès de nos patients. J'ai pour cela choisi deux vignettes cliniques qui apportent un éclairage sur notre pratique, suite à la mise en lumière de notre positionnement théorique.

2. La psychomotricité vue de l'intérieur : **Réflexion autour de deux histoires cliniques**

2.1. Le cadre de nos interventions

Les deux vignettes cliniques que j'ai choisies se proposent d'illustrer ce que nous pouvons vivre au quotidien lorsque nous accompagnons des patients pour des gestes invasifs.

Les gestes se déroulent en plusieurs temps soigneusement orchestrés.

En tout début de matinée, Caroline et moi rencontrons en chambre les patients hospitalisés dans le service (au deuxième étage) pour la journée. Nous nous présentons, expliquons le but de notre présence et leur posons quelques questions. Ceux-ci viennent généralement effectuer des lavages articulaires, souvent dus à une arthrose du genou. Peu d'entre eux connaissent l'hôpital.

Nous retrouvons ensuite les patients un par un en salle d'intervention, au quatrième étage. Entre-temps, nous nous sommes méthodiquement lavé les mains au savon puis à l'alcool, avant de troquer nos blouses blanches contre des « pyjamas » à usage unique, des masques chirurgicaux, des charlottes, ainsi que des sabots stériles. Ces tenues sont aussi revêtues par l'infirmière et le médecin. Elles sont obligatoires pour entrer en salle.

Cet espace est comparable à un bloc opératoire : il s'agit d'un environnement stérile, désinfecté après chaque intervention. Une table d'opération, couverte d'une toile à usage unique, occupe le centre de la salle. La table est surmontée d'une lampe orientable, comme celles que l'on peut rencontrer dans un cabinet de dentiste. Un pied à perfusion, une tablette roulante et un chariot de matériel se trouvent à proximité. Le reste de la pièce est presque vide, à l'exception de deux meubles contenant du matériel médical. Le fond de la salle débouche sur le vestiaire où nous nous changeons ; le côté gauche donne sur deux petits box où attendent les patients juste avant d'entrer ; enfin, le devant ouvre sur un petit bureau où le médecin consulte les dossiers et où l'infirmière saisit les données des patients sur ordinateur après les gestes.

Les patients sont emmenés à la salle en fauteuil roulant par un aide-soignant, qui revient ensuite les chercher pour leur retour en chambre. A leur arrivée dans le box d'attente, ils se voient remettre une charlotte et un masque et on leur demande de se laver les mains à l'alcool. Ils sont en sous-vêtements sous une chemise d'hôpital simplement nouée dans le dos. Beaucoup en sont manifestement gênés, mais leur pudeur s'estompe après un temps face à l'aisance et l'habitude

des soignants. Nous nous efforçons de préserver leur intimité autant que possible, en leur proposant par exemple une couverture.

Certains ne nous reconnaissent pas en raison de notre changement de tenue. Nous nous présentons donc à nouveau et abaissons notre masque quelques instants afin qu'ils puissent voir notre visage en entier. Nous les accompagnons ensuite jusqu'à la table avec l'infirmière, Alice, et les aidons à s'allonger. L'étroitesse de la table accentue souvent leur inconfort physique. Le fait que tout le monde porte un masque crée par ailleurs une ambiance très impersonnelle qui peut contribuer à entretenir un certain malaise. Dans ces conditions peu propices à la détente et potentiellement anxiogènes, nous cherchons d'autant plus à établir une relation de confiance.

Nous nous plaçons du côté opposé au genou qui doit être lavé, afin de ne pas entraver les mouvements du médecin pendant l'intervention. L'une d'entre nous se place près du patient et va l'accompagner pendant le geste. Elle se positionne au niveau de ses épaules, car un champ stérile va le recouvrir du bas du ventre aux mollets. La deuxième stagiaire reste un peu plus en retrait, en position d'observatrice, mais prête à intervenir si le besoin s'en fait sentir. Nous nous répartissons généralement les patients à tour de rôle, en fonction des premières impressions que nous avons eues avec eux en chambre : il arrive par exemple qu'une affinité se crée très vite avec l'une de nous, ou que nous nous sentions aptes à accompagner une personne en particulier.

Avant l'arrivée du médecin, l'infirmière désinfecte plusieurs fois le genou du patient.

Lorsque la rhumatologue, Agathe, est prête, elle entre et se présente au patient avant de commencer à examiner son genou. Elle le palpe afin de vérifier qu'il contient suffisamment de liquide synovial, détermine l'emplacement des différentes structures et pointe au marqueur l'endroit où insérer l'aiguille. Elle place un champ stérile sur le patient, destiné à prévenir le risque infectieux. Ce champ ne doit absolument jamais être touché jusqu'à la fin du geste.

Agathe commence ensuite le lavage en annonçant au patient chaque étape au préalable afin qu'il puisse s'y préparer.

Tout lavage démarre par une ponction d'un peu de liquide articulaire en vue d'une analyse ultérieure. La ponction n'entraîne généralement pas de douleur autre que la piqûre initiale (comparable à celle d'une prise de sang ou d'un vaccin).

Une anesthésie locale est ensuite pratiquée en deux endroits, sur les côtés externe puis interne du genou. Le passage du liquide dans les tissus est généralement douloureux. Par ailleurs, l'anesthésie à la partie interne du genou est plus susceptible de faire mal car les tissus sont plus innervés qu'à la partie externe. Agathe prévient donc le patient en précisant que cette zone peut

être plus « sensible ».

A partir de cette étape, le reste de l'intervention est supposé être indolore. Cependant, des sensations perdurent. Le remplissage du genou avec du sérum physiologique donne souvent lieu à des impressions de gonflement, d'étau ou de lourdeur, décrites comme plus ou moins désagréables selon les personnes. Certaines éprouvent même de la douleur malgré l'anesthésie.

Le médecin attend que le liquide anesthésiant fasse son effet, puis insère une aiguille de diamètre supérieur du côté externe de l'articulation. Un tube relié à une poche de sérum physiologique est fixé à cette aiguille. Dans un premier temps, Agathe laisse le liquide emplir l'intérieur du genou, puis elle insère une seconde aiguille à la face interne de l'articulation afin de laisser s'écouler les liquides synovial et physiologique mêlés. Pour cette phase, il est important que le patient soit détendu : si les muscles autour de la synovie sont trop contractés, l'écoulement est impossible.

On constate fréquemment chez les patients des représentations un peu erronées, sans doute en lien avec ce qu'on leur a expliqué de leur pathologie : par exemple, beaucoup s'attendent à ce que des débris osseux et cartilagineux soient visibles dans le liquide qui s'écoule de leur genou. Le médecin leur explique donc que ces débris sont microscopiques. Ces conceptions jouent sur leur perception du geste, de ses risques et des effets attendus.

Après le passage du sérum physiologique, le médecin exerce des pressions sur les deux côtés du genou afin d'en expulser l'excédent de liquide. Puis elle procède à une injection de corticoïdes via l'aiguille déjà en place à la partie externe ; ce traitement est destiné à réduire l'inflammation localement.

Enfin vient l'étape du pansement : Agathe referme les trous créés par les aiguilles à l'aide de sutures cutanées adhésives. Elle colle ensuite un pansement qui recouvre tout le dessus du genou et qui devra rester en place une semaine sans être mouillé. Pour finir, elle pose un carré de mousse par-dessus ce pansement et le maintient à l'aide d'une bande : il pourra être enlevé dès le lendemain du geste.

Les patients doivent éviter de marcher pendant une semaine. Le lavage est efficace dans 50 % des cas et les effets apparaissent environ deux semaines après l'intervention. Leur durée est variable, mais peut aller jusqu'à plusieurs mois. Malgré leur taux de réussite relativement incertain, les lavages peuvent par exemple être proposés pour tenter de retarder la pose d'une prothèse de genou, opération beaucoup plus lourde et qui doit ensuite être renouvelée tous les dix à quinze ans pour remplacer la prothèse.

Les patients sont ramenés dans leur chambre en fauteuil roulant. Lorsque les interventions

sont terminées, nous passons voir chacun d'entre eux pour discuter de leur ressenti au cours du geste et de leur état émotionnel actuel. Nos patients sont souvent beaucoup plus détendus et se disent soulagés que l'intervention soit terminée : ils prennent le temps de parler plus longuement avec nous et nous posent souvent des questions sur nous à ce moment de la rencontre.

Comme on peut le constater, le déroulement des gestes invasifs est extrêmement ritualisé. Cette structuration précise permet bien sûr une efficacité et un gain de temps non négligeables. Jean-Jacques Wunenberger fait aussi remarquer que cette « ritualisation » est « analogue à un savoir-vivre qui permet de prendre soin de l'autre malgré les éventuelles répugnances, d'éviter les blessures, les regards désobligeants, de sublimer la colère ou la violence », en créant une certaine distance entre les différents acteurs du soin¹¹¹. Les psychomotriciens stagiaires ont bâti d'année en année le cadre de leurs accompagnements sur la base de ces rituels, en respectant ce qui devait l'être et en se saisissant des variables qui pouvaient être ajustées : nous n'avons que très peu de prise sur l'espace, le temps, le matériel ou l'encadrement, mais nous sommes libres de choisir nos médiations et de les adapter à chacun.

2.2. Notre action en pratique

2.2.1. Histoire de M. K.

En cette matinée de novembre, on nous amène un patient provenant d'un autre service pour effectuer un lavage articulaire. Nous nous présentons à M. K. à sa sortie du box d'attente, puis nous l'aidons à s'installer sur la table. Nous vérifions que la position de sa tête est confortable, proposons d'ajuster l'appui-tête. Nous discutons un peu avec lui.

M. K. est un homme d'origine indienne, assez petit et d'apparence solide. Il porte une prothèse au genou gauche et cette même jambe est douloureuse, ce qui se manifeste par une boiterie quand il marche. Il vient aujourd'hui pour un lavage du genou droit. On lui a fait une infiltration au même genou par le passé. Il parle avec un fort accent indien, ce qui le rend parfois difficile à comprendre.

Nous effectuons une première observation psychomotrice dès la rencontre avec le patient, car « l'homme est présent dans son corps, par son corps même lorsqu'il parle dans le dialogue de la rencontre »¹¹². Nous notons la façon de marcher, de se tenir, les qualités toniques de la

¹¹¹ Wunenberger. 2006, p. 69.

¹¹² Buytendijk, F. in Joly & Labes. 2008, p. 60.

personne. Cette prise de contact initiale est le support sur lequel nous construisons nos hypothèses cliniques et nous permet de nous adapter dès les premiers instants à ce que nous percevons. C'est ce qu'explique Denise Liotard :

Cette relation thérapeutique très particulière entre le psychomotricien et le sujet est une rencontre de l'ordre de l'intime. Un corps à corps symbolique et asymétrique où les qualités du regard, les tonalités de la voix, la musicalité des paroles, le toucher, les odeurs, les couleurs, les gestes et mouvements, le tonus, la bienveillance, la réceptivité de l'un et/ou l'autre des protagonistes, les paroles souvent métaphoriques, induisent une influence, une relation transférentielle et une relation contre-transférentielle particulières, dans la mesure où ce qui se passe dans le corps se passe dans une relation implicite à l'autre.

Dès le premier entretien nous sommes sensibles à l'ensemble de ces signes, nous en sommes des observateurs, des lecteurs et décodeurs assidus, tout simplement pour rentrer en relation au lieu où le patient, quels que soient son âge, ses symptômes, se trouve. Un de nos rôles est bien de favoriser l'établissement de cette relation qui nous engage corporellement et affectivement et qui comporte l'existence de niveaux très archaïques.¹¹³

Nous n'avons pu rencontrer M. K. avant le geste, car il était envoyé d'un autre service. En l'absence de présentation préalable, notre premier contact avec ces patients est assez brutal. Entre autres, nous ne pouvons leur demander la permission d'assister à l'intervention, puisque nous nous trouvons déjà dans la salle lorsqu'ils entrent. Dans un contexte où l'autorité médicale peut se faire pesante, il se peut que les patients vivent notre présence comme une énième obligation sur laquelle ils n'ont pas de prise.

Nos questions sont destinées à faire connaissance avec M. K. et à détourner son attention des préparatifs de l'équipe. Nous les posons généralement plutôt en chambre, car cela nous permet d'amorcer une réflexion sur le patient : nous récoltons des informations sur son histoire, son vécu de séjours précédents à l'hôpital, ses représentations sur le geste et ses éventuelles anticipations anxieuses. Cependant, dans des situations comme celle-ci, nous nous voyons obligées d'engager la conversation une fois en salle. M. K. a une histoire médicale que nous n'avons pas le loisir d'explorer en détail. Par exemple, la pose de prothèse n'a pas été un succès puisqu'il a encore mal : quelle est donc la confiance qu'il accorde au corps médical ? Par ailleurs, M. K. a des difficultés à être compris et à nous comprendre en raison de ses origines, d'où une communication verbale entravée. Cela peut être un facteur d'insécurité, car la perte de repères liée à l'environnement peut être exacerbée par un bain langagier et culturel non familier.

¹¹³ Liotard, D. *in* Potel. 2000, p. 57.

Nous commençons par inviter M. K. à s'installer : il s'agit d'un moment important de la séance. Dans la grande salle, la table d'intervention est très étroite, et les mouvements sont très limités, d'autant plus que le patient ne doit pas bouger les mains : la personne peut éprouver un ressenti d'enfermement, de passivité forcée. Notre aide à l'installation est le premier accompagnement, destiné à apporter un confort et à faciliter un recentrage sur soi, à retourner aux sensations pour apaiser les appréhensions, et à se concentrer sur l'instant, alors que les patients se projettent souvent vers le moment des injections.

M. K. ne montre aucune réaction particulière au moment de l'application de la Bétadine. Certains patients trouvent très désagréable la sensation de froid que cela entraîne, mais je ne constate aucune modification de sa respiration, de son tonus ou de son expression.

M. K. n'est pas déstabilisé par la sensation de froid : je suppose alors qu'il n'est pas particulièrement anxieux, ou du moins que son anxiété éventuelle ne se manifeste pas par une hypersensibilité tactile. Cela va probablement faciliter le geste car il risque moins de se crispier en sentant le médecin manipuler son genou.

A ce stade, mes observations restent des hypothèses. Il est complexe d'analyser le plus objectivement possible, car ma vision dépend de mes interprétations. Henri Wallon souligne à quel point ce peut être délicat : « La grande difficulté de l'observation pure comme instrument de connaissance, c'est que nous usons d'une table de référence sans le plus souvent le savoir, tant son emploi est irraisonné, instinctif, indispensable. [...] Un mouvement n'est pas un mouvement mais ce qu'il nous semble exprimer. Et, à moins d'une grande habitude, c'est la signification supposée que nous enregistrons, en omettant plus ou moins d'indiquer le geste lui-même. »¹¹⁴

Dans le cadre de notre stage, le fait d'être deux amène toutefois un peu plus d'objectivité, car nous pouvons discuter ensuite de nos ressentis respectifs. Malgré tout, nous avons aussi tendance à nous influencer l'une l'autre dans ces conversations. Nous avons plusieurs fois constaté que nos regards sur les patients et la façon dont nous analysions leurs réactions pouvaient diverger. Bien que notre perspective soit nécessairement subjective, elle n'en reste pas moins un moyen valable de récolter des indices sur ce qui se passe réellement chez le patient. Nos hypothèses sont testées à mesure que nous entrons en relation. Même si certaines s'avèrent fausses, elles nous donnent l'occasion de nous interroger.

Je commence donc à lui proposer un travail sur la respiration lorsque le médecin, Agathe,

¹¹⁴ Wallon. 1941, p. 47.

s'apprête à démarrer l'anesthésie. Je lui explique de porter son attention sur ses cycles respiratoires, d'inspirer et de souffler sans chercher à les modifier dans un premier temps. Puis je lui suggère de respirer profondément et je suis moi-même mes conseils en posant mes mains sur mon ventre.

Un travail sur la respiration est le plus souvent proposé, du moins en première intention. Notre objectif est de recentrer le patient sur lui-même et d'induire un état le plus proche possible de la relaxation. Pour cela, la respiration est un cycle vital qui me semble particulièrement accessible au premier abord, contrairement à des sensations plus diffuses et passant plus par l'intellect, telles que les appuis, la lourdeur ou la chaleur. Le rythme de la respiration est immédiatement perceptible et son contrôle permet une maîtrise d'autres signes végétatifs fondamentaux, comme le rythme cardiaque ou le tonus. Cela permet de ralentir directement l'action du système sympathique, impliqué dans les réactions de stress et d'anxiété. Dans leur ouvrage sur les bienfaits de la respiration, Sandra et Olivier Stettler indiquent qu'en respirant en conscience, « ce n'est plus le système limbique qui est aux commandes mais le néocortex. La pensée consciente, grâce à la respiration, permet de calmer le jeu de cette effervescence biologique et émotionnelle. »¹¹⁵

Ces premiers accompagnements verbaux sont aussi assez simples pour me permettre de voir si le patient se saisit ou non de mes propositions : je peux alors essayer de comprendre pourquoi, afin d'adapter mon discours. Par exemple, le choix du vocabulaire a son importance en relaxation, en raison des visualisations qu'il provoque. C'est pourquoi je suis attentive à ne pas utiliser de termes mal à propos et à montrer concrètement ce dont je parle. Ainsi, lorsque je propose de « souffler », j'expire moi-même en même temps afin de suggérer dans ma voix, par la prosodie, la baisse d'intonation et la diminution du tonus, que l'action peut se faire très naturellement.

Je laisse d'abord M. K. respirer à un rythme normal puis je lui propose de le ralentir un peu : il me paraît important de laisser d'abord sa liberté au patient, de lui donner aussi le temps de se familiariser avec ses sensations avant de chercher à avoir une action. Le fait de prendre conscience de la façon dont on fonctionne est déjà thérapeutique en soi. Je garde aussi à l'esprit le fait que le patient est placé de fait dans une position passive : à moi de ne pas renforcer cette posture, dans la mesure du possible, mais de lui permettre au contraire de retrouver un libre-arbitre lorsque cela est possible.

Dans un deuxième temps, j'invite ici M. K. à ralentir un peu le rythme comme je constate

¹¹⁵ Stettler. 2004, p. 25.

que sa respiration est assez rapide. Le fait de respirer plus lentement amène moins d'oxygène au sein de l'organisme : « ce phénomène d'hypoventilation va avoir pour effet de ralentir toutes les activités corporelles », ce qui va favoriser l'apaisement psychique et physique¹¹⁶.

Je suis placée juste à côté de M. K., au niveau de son buste, et suffisamment proche pour être la personne la plus immédiatement visible pour lui. Je regarde tantôt son visage, tantôt ses mains, tantôt le reste de son corps, afin de mesurer sa façon de s'adapter aux consignes et ses éventuelles modifications toniques. M. K. ne me regarde pas ; il fixe un point indéfini mais suit mes conseils avec application : il respire lentement, calmement, puis expire sans bloquer le souffle.

Je me place de façon à occuper tout un côté du champ de vision de M. K. Cela me permet de prendre au moins autant de place que le médecin et ses outils (qui se trouvent plus loin, au niveau de son genou). Certains s'efforcent de voir quand même ce que fait le médecin, mais d'autres, comme M. K., se concentrent plutôt sur moi.

Par ailleurs, je suis proche de lui, à ce que Edward Hall appelle une « distance intime »¹¹⁷ (jusqu'à 40 cm) : le corporel est ici au premier plan de la relation. « A cette distance particulière, la présence de l'autre s'impose et peut même devenir envahissante par son impact sur le système perceptif. »¹¹⁸ Cet écartement varie tout au long de la séance et selon ce que je perçois. J'ai remarqué que j'avais tendance à spontanément me rapprocher du patient lorsque celui-ci montrait des signes de souffrance ou d'anxiété.

Cette distance réduite peut être vécue comme maternante et sécurisante : certains patients la recherchent et manifestent des conduites d'agrippement, par le regard ou en demandant à ce que nous prenions leur main. Mais certains autres – ou les mêmes à d'autres moments – montrent par un évitement du regard ou une variation tonique que je dois leur donner plus d'espace, sous peine de devenir trop intrusive : telle cette dame qui, en fin de geste, relâche d'elle-même sa main dans la mienne comme pour me signifier qu'elle n'a plus besoin de moi. Il faut souligner que les gestes du médecin peuvent eux-mêmes être perçus comme une effraction de l'intimité : j'ai donc à éviter de renforcer ce sentiment potentiel par mes actions. C'est tout l'espace relationnel, avec ce qu'il comporte de symbolique, qui doit être géré ainsi.

Le port des masques, chez les patients comme les soignants, rend cependant cette distance plus impersonnelle car les expressions sont difficilement déchiffrables. Les plissements des yeux,

¹¹⁶ Stettler. 2004, p. 27.

¹¹⁷ Hall. 1966, p. 147.

¹¹⁸ *Ibid.*, p. 147.

les froncements de sourcils, les tensions dans le cou et les épaules sont des signes qui restent malgré tout très visibles.

M. K. grimace beaucoup dès les premiers moments de l'intervention, se crispe très vite et laisse parfois échapper quelques vocalises douloureuses. Il semble avoir très mal. Je m'interroge sur l'efficacité de mon accompagnement, qui me semble pauvre et peu adapté. Après l'anesthésie, je suppose qu'il va connaître un certain répit, mais contre toute attente, M. K. éprouve aussi de la douleur lorsqu'Agathe met en place les aiguilles pour le lavage. Agathe fait la moue, mais demande plusieurs fois au patient si tout va bien. M. K. répond que « oui », mais d'une voix manifestement douloureuse. Il ne dira jamais qu'il a mal. Cependant, sa tension s'exprime sur le plan corporel et son tonus est notamment trop élevé pour que le sérum physiologique s'écoule correctement de son genou.

M. K. ne semblait pas très anxieux avant le geste, mais en dépit de son calme apparent initial, il éprouve ensuite de la souffrance. Selon l'Association Internationale d'Etude de la Douleur (IASP), la douleur est « une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrites en ces termes »¹¹⁹. Cette définition montre les différentes composantes de la perception douloureuse, qui fait intervenir plusieurs zones corticales : « On distingue classiquement une composante 'sensori-discriminative', correspondant à la localisation, l'appréciation de l'intensité et l'identification de la nature d'un stimulus, et une composante 'affective-émotionnelle' correspondant à son caractère désagréable. »¹²⁰ Par conséquent, « douleur et souffrance ne peuvent être séparées, ce fait est à présent scientifiquement prouvé et ne considérer la douleur que sous l'angle de la nociception est à la fois parcellaire, incomplet et non-scientifique »¹²¹. On peut préciser que nos patients ressentent une douleur de type aigu, à valeur de signal d'alarme, par opposition à la douleur chronique qui, quant à elle, persiste dans le temps et entraîne d'autres effets¹²².

Les éprouvés pendant le geste sont très variables selon les personnes. Certaines n'ont jamais mal, même au cours de l'anesthésie. La plupart n'éprouvent pas de douleur après celle-ci, bien que les sensations de poids, de pression, d'étau dans le genou (à mesure qu'il se remplit de sérum) puissent être décrites comme désagréables. Les perceptions modifiées dans la zone anesthésiée provoquent un remaniement du schéma corporel, ce qui peut être angoissant. Toute

¹¹⁹ Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. 2016 (en ligne).

¹²⁰ Bouhassira, D. *in* Benhaiem. 2003, p. 48.

¹²¹ Nègre, I. *in* Célestin-Lhopiteau. 2015, p. 118.

¹²² Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. 2016 (en ligne).

projection anxieuse associée à la piqûre peut aussi majorer le ressenti douloureux. Enfin, certains patients, comme M. K., sont peut-être moins sensibles aux anesthésies.

Par ailleurs, l'expression de la douleur a une signification implicite non négligeable. Montrer sa douleur est plus ou moins acceptable selon les patients. Certains la donnent à voir mais n'en parlent pas, comme M. K. D'autres diront qu'ils ont mal mais mettront un point d'honneur à serrer les dents sans crier... On voit là des facteurs sociaux et culturels qui renvoient à diverses représentations. Exprimer sa douleur est souvent perçu comme un aveu de faiblesse¹²³.

Ces aspects sociologiques se retrouvent dans l'attitude des soignants : ceux-ci considèrent que la douleur est circonscrite et prévisible à certains moments. Ils y sont alors attentifs. A d'autres stades, comme après l'anesthésie, ils peuvent parfois avoir du mal à prendre la plainte du patient au sérieux, car elle leur semble exagérée (comme c'est le cas ici) : « Quand une souffrance affichée paraît hors de proportion avec la cause et déborde le cadre traditionnel, on soupçonne la complaisance ou la duplicité. »¹²⁴. Par ailleurs, « de nombreux travaux pointent une fréquente sous-évaluation de la douleur des patients chez les soignants »¹²⁵, peut-être en raison d'un phénomène d'habituation, ou par un mécanisme de défense psychique. L'équipe réagit en fonction de ce qui devrait se produire, plutôt que selon le ressenti réel du patient : les attentes produisent une distorsion des perceptions. Cependant, les soignants savent se remettre en question et le médecin demande systématiquement aux patients si la douleur est supportable avant de continuer, quel que soit son impression personnelle. Dans ces situations, notre observation attentive permet de garder à l'esprit que « la douleur ne se prouve pas, elle s'éprouve »¹²⁶ : historiquement, la prise en charge de la douleur a longtemps laissé à désirer, mais cela devient de moins en moins vrai car « enfin, intuition et ressentis du patient prennent leur place sémiologique »¹²⁷.

La douleur provoque chez M. K. un important recrutement tonique, tant au niveau du visage (mimiques) que des genoux. Ce recrutement est une réaction de défense contre l'agression ressentie. Julian de Ajuriaguerra souligne « l'importance de la tension musculaire comme réponse totale de l'organisme face aux exigences de l'ambiance et comme moyen de contention de l'énergie végétative » ; cette tension peut se manifester dans toute « situation conflictuelle »¹²⁸, comme celle rencontrée ici.

¹²³ Marzano. 2007, p. 323.

¹²⁴ *Ibid.*, p. 323.

¹²⁵ *Ibid.*, p. 325.

¹²⁶ *Ibid.*, p. 326.

¹²⁷ Nègre, I. in Célestin-Lhopiteau. 2015, p. 119.

¹²⁸ Ajuriaguerra, J. & G. Soubiran in Joly & Labes. 2008, p. 61.

Ajuriaguerra, dans une description des divers états toniques susceptibles d'être rencontrés en relaxation, décrit une certaine catégorie de patients « d'abord rigide » et qui mettent longtemps à relâcher cette « résistance tonique »¹²⁹, qu'il qualifie aussi de « fond de 'peur tonique' »¹³⁰. Il précise à ce sujet combien la posture du thérapeute doit être stable dans ces situations : « Avec cette large catégorie de patients, nécessité d'une attitude sûre du thérapeute qui donne des consignes topographiques nouvelles en dépit du peu de progrès. Ceci en sachant ne pas témoigner de changements qu'il n'a pas constatés, mais aussi ne pas insister sur l'apparence de non-progrès. On mesure combien lui est nécessaire une sérénité personnelle authentique. »¹³¹ Effectivement, la perte de confiance en soi est un facteur d'inhibition en séance et peut paralyser la pensée. Il existe parfois un décalage entre ce que je perçois de la situation, et ce que je peux proposer en fonction. Souvent se révèle alors chez moi un besoin de « faire », une tendance à la précipitation au détriment de la phase d'écoute et d'observation.

Bien que les propos d'Ajuriaguerra s'appliquent à des séances de relaxation en psychiatrie, il me paraît intéressant d'établir un parallèle entre ses catégorisations et les types de réactions que nous observons en salle. Peut-être que les conditions particulières dans lesquelles nous effectuons nos séances créent chez les patients des états psychiques qui les rapprochent des malades d'Ajuriaguerra : la douleur, le stress, l'anxiété sont des facteurs déstabilisants qui font probablement remonter au jour des systèmes de défense plus archaïques.

Je redirige son attention sur sa respiration, sur les mouvements de ses mains sur son ventre, mais sa jambe reste crispée. La tension d'Agathe grimpe en miroir, au point qu'elle finisse par s'énerver et s'adresser directement à moi : « Tu peux lui parler, s'il te plaît ? Là on ne va rien pouvoir faire ». Un peu paniquée, je tente alors une autre stratégie : je lui propose de visualiser un endroit où il se sente bien, et lui pose des questions sur ce qu'il voit, ce qu'il sent... L'infirmière, Alice, intervient alors d'une voix impérieuse : « Allez, détendez-vous, pensez à l'Inde ! ».

Suite à l'augmentation du tonus, le travail sur la respiration devient insuffisant. Je change alors de stratégie sans réfléchir suffisamment et me lance dans une proposition où je ne suis ni à l'aise, ni préparée, d'où un échec prévisible. Alice tente de m'aider mais son intervention passe elle aussi à côté de l'objectif.

Notre précipitation collective peut être comprise si l'on considère que nous nous sommes

¹²⁹ Ajuriaguerra, J. & M. Cahen in Joly & Labes. 2008, p. 121.

¹³⁰ *Ibid.*, p. 126.

¹³¹ *Ibid.*, p. 121.

laissées envahir par le stress. Nous voyons beaucoup de phénomènes de contagion émotionnelle en salle, que ce soit entre patient et soignants ou entre soignants. Selon Wallon, cette réalité est confirmée par l'expérience : « La contagion des émotions est un fait qui a été souvent signalé » et qui « tient à leur pouvoir expressif »¹³². C'est la nature même de l'émotion, « extériorisation de l'affectivité », qui la rend si facile à propager : « A l'émotion revient le rôle d'unir les individus entre eux par leurs réactions les plus organiques et les plus intimes » avant que cette « confusion » ou « communion » ne s'atténue par un processus de distanciation¹³³.

Dans notre cas, les soignants étant eux-mêmes sous pression, ils sont d'autant plus sensibles aux tensions des patients. La rhumatologue, Agathe, en est elle-même consciente et commente un jour à notre attention, en aparté : « c'est fou comme on se laisse influencer par le stress des patients », ajoutant que cela ne devrait logiquement pas être si puissant. Wallon explique que les émotions « anticipent sur l'intention et le discernement »¹³⁴ et « ont le pouvoir de mobiliser des réactions semblables, complémentaires ou réciproques »¹³⁵. Notre posture de psychomotriciennes est sans doute en grande partie ce qui nous permet de saisir ce qui se passe dans la salle à cet instant, et donc de nous en distancier dans un même mouvement, avant d'essayer de rétablir une certaine tranquillité. Les autres soignantes sont parfois trop prises par la tension pour pouvoir faire cette démarche sur le moment.

Devant l'échec manifeste de cette proposition, je suggère à M. K. de prendre conscience de ses appuis sur la table, de son poids qui fait s'enfoncer son corps sur la mousse. Je m'attarde notamment sur ses jambes. M. K. commence alors à se détendre : le liquide s'écoule correctement. Nous constatons que mes moments de silence provoquent un arrêt de l'écoulement tandis que le patient reste détendu pendant que je lui parle. Je termine donc l'intervention en axant plutôt mon accompagnement sur la conscience corporelle.

Face à l'échec de mes tentatives, je change une seconde fois de proposition et j'oriente directement l'attention de M. K. sur ce qui lui fait défaut : la détente corporelle, notamment dans les jambes. Il s'approprie bien mes consignes et s'en sert comme d'une aide pour maîtriser sa tension. La « recherche systématique de la pesanteur au niveau de toutes les parties du corps » a été utilisée par Ajuriaguerra au commencement des cures de relaxation qu'il mettait en place¹³⁶ : selon lui, « les premières expériences de pesanteur servent de modèle à la recherche à venir,

¹³² Wallon. 1941, p. 124.

¹³³ *Ibid.*, p. 125.

¹³⁴ *Ibid.*, p. 123.

¹³⁵ *Ibid.*, p. 124.

¹³⁶ Ajuriaguerra, J. & M. Cahen *in* Joly & Labes. 2008, p. 128.

modèle souvent directement accepté par le corps et qui permet une automatisation de plus en plus facile »¹³⁷.

Dans le cas de M. K., le fait de parler des jambes a été bénéfique. La question se pose parfois en début d'intervention, au moment de l'anesthésie. J'évite d'en parler pendant les piqûres elles-mêmes, par peur d'amener inutilement l'attention du patient sur une zone qui risque d'être déjà surinvestie à ce moment : les jambes – plus particulièrement le genou – sont souvent le lieu d'une douleur chronique, à laquelle s'ajoutent les manipulations du médecin, la douleur liée à l'aiguille, et parfois une hypersensibilité par anticipation anxieuse. Je commence donc en général par la tête et les épaules avant de descendre progressivement le long du corps sans trop m'attarder sur les cuisses, les genoux et les mollets, puis je termine par les pieds. Mais dans des situations comme celle de M. K., parler de la zone sollicitée permet aussi de mieux ressentir ce qui s'y passe exactement, voire d'y amener d'autres sensations que la douleur.

Pour M. K., le silence semble avoir été vécu comme un lâchage, tandis que mes paroles servaient de soutien sonore auquel il s'est agrippé. Certains, au contraire, se lassent vite d'un accompagnement en continu.

Cette première vignette donne à voir notre construction progressive d'une relation et nos inévitables tâtonnements au cours du geste. L'histoire de Mme Z. va montrer un autre type d'accompagnement, en lien avec une personnalité plus anxieuse.

2.2.2. Histoire de Mme Z.

Il est huit heures trente en ce matin de décembre à l'hôpital : Caroline et moi venons rencontrer Mme Z. dans sa chambre avant son lavage articulaire. L'aide-soignante, que nous avons croisée dans le couloir, vient de nous dire que cette patiente était diabétique.

Lorsque nous entrons, elle est assise confortablement sur son lit, en train de petit-déjeuner en compagnie d'un homme installé dans un fauteuil près de la fenêtre. Elle nous confirmera plus tard qu'il s'agit de son mari. Mme Z. est une femme métisse d'âge moyen, d'allure avenante, en surpoids. Ses cheveux crépus sont coupés courts et blonds décolorés. Elle souffre d'arthrose et vient aujourd'hui pour un lavage articulaire du genou droit.

Nous la questionnons sur ses expériences précédentes à l'hôpital et sur son histoire. Elle discute volontiers avec nous, nous explique que c'est la première fois qu'elle vient dans cet hôpital et qu'elle n'a jamais eu de lavage du genou. Malgré une volonté manifeste de paraître calme, Mme Z. semble anxieuse à la perspective du geste : la voix un peu tendue,

¹³⁷ Ajuriaguerra, J. & M. Cahen *in* Joly & Labes. 2008, p. 129.

elle pose beaucoup de questions, demande combien de temps va durer l'intervention, dit redouter d'avoir mal. Nous rappelons que le lavage aura lieu sous anesthésie locale. Nous reconnaissons que chaque personne est différente et que la douleur éprouvée dépend de la sensibilité de chacun. Cependant, nous la rassurons en expliquant que nous resterons à ses côtés tout au long du geste et que nous l'aiderons à se détendre.

Contrairement à ce qui s'est passé pour M. K., nous avons pu rencontrer Mme Z. avant l'intervention. Les entretiens préalables nous permettent de nous faire une idée des représentations du patient sur l'hôpital et le geste : certains manifestent de l'anxiété, telle cette dame qui nous avoue ne pas avoir dormi la nuit précédente, ou ce patient qui ne redoute pas la douleur mais « l'anticipation de cette douleur ». Leur vision du geste déclenche des émotions à l'avance : l'émotion est influencée par la pensée et vice-versa¹³⁸. Les deux systèmes fonctionnent sur un modèle de vases communicants : l'émotion peut être réduite par le processus d'intellectualisation ; mais si elle est trop forte, elle peut au contraire envahir tout l'esprit. Nous voyons régulièrement les deux phénomènes en salle d'intervention.

A ce titre, la rencontre en chambre permet l'expression des émotions et donc de désamorcer certaines représentations négatives. L'entrée à l'hôpital est un temps de plongée dans l'inconnu, où « les sens sont ébranlés, les repères temporels, affectifs, corporels bougent : les représentations de soi-même, du corps chutent, l'image narcissique est entamée : c'est l'être qui vacille. Le terrain émotionnel est mouvant. »¹³⁹ Par conséquent, accueillir chacun de nos patients permet d'instaurer « un climat plus calme et plus serein, propice à augmenter sa disponibilité à ce qui l'entoure et donc aux soins »¹⁴⁰.

L'anxiété est une réaction émotionnelle adaptative qui peut se définir comme un « sentiment indéfinissable d'insécurité ». Elle se caractérise par trois signes principaux : le « pressentiment d'un danger vague et imminent », des « réactions physiques variées » ainsi qu'une « impression pénible d'impuissance ou de faiblesse devant la menace »¹⁴¹. Comme l'expose Henri Wallon, les émotions sont des « systèmes d'attitudes qui, pour chacune, répondent à une certaine espèce de situation. [...] Il en résulte que, souvent, c'est l'émotion qui donne le ton au réel. Mais, inversement, des incidents extérieurs acquièrent le pouvoir de la déclencher presque à coup sûr. »¹⁴² L'émotion, « focalisant autour d'elle sans distinction toutes les circonstances de fait actuellement rassemblées, confère à chacune, même fortuite, le pouvoir de

¹³⁸ Wallon. 1941, p. 126.

¹³⁹ Carpentier, A. in Célestin-Lhopiteau. 2015, p. 70.

¹⁴⁰ *Ibid.*, p. 70.

¹⁴¹ Encyclopédie Larousse en ligne. 2018.

¹⁴² Wallon. 1941, p. 123.

la ressusciter plus tard comme ferait l'essentiel de la situation »¹⁴³. C'est pourquoi, par exemple, se trouver de nouveau à l'hôpital après une première intervention traumatisante peut être source de stress extrême, et ce même si le patient est conscient que la situation est différente : la raison vient du fait que ces associations entre une émotion et une expérience « constituent des complexes affectifs irréductibles au raisonnement »¹⁴⁴, aussi appelés « boucle mémorielle négative » par Sandra et Olivier Stettler¹⁴⁵. Un de nos objectifs est d'éviter tout traumatisme qui rendrait justement de prochaines interventions plus difficiles.

D'autres patients sont au contraire inquiets car ils n'ont jamais eu l'occasion d'être hospitalisés auparavant. A travers ces éventails de réactions, nous constatons une fois de plus que le rapport aux expériences stressantes est toujours très personnel. Dans le cas de Mme Z., c'est la nouveauté du geste qui est angoissante. Un recrutement tonique est déjà perceptible dans sa voix. Certaines personnes ne cherchent pas du tout à savoir ce qui va se passer, tandis que d'autres veulent connaître chaque détail à l'avance. Lors de notre entretien avec Mme Z., j'ai l'impression qu'elle recherche un sentiment de contrôle grâce aux informations que nous lui apportons.

Nous montons en salle d'intervention à neuf heures. Le médecin, Agathe, arrive peu après et nous salue, puis nous demande si nous avons vu les patients. Caroline explique que Mme Z. est angoissée et qu'elle est en surpoids : nous savons d'expérience que cela rend fréquemment les lavages plus difficiles. Il est en effet plus délicat de repérer les structures de l'articulation lorsqu'elles sont entourées de tissus graisseux. Par ailleurs, le liquide anesthésiant provoque une sensation de brûlure plus intense en se diffusant dans ces tissus. Nous parlons aussi de la patiente à l'infirmière, Alice. Celle-ci nous demande si l'utilisation de gaz Meopa nous semble indiquée. Nous lui répondons que Mme Z. ne nous a pas semblé anxieuse au point d'avoir besoin de ce dispositif.

Les soignants ont pris du retard ce matin, et Mme Z. n'est emmenée en salle qu'à dix heures vingt, presque deux heures après notre entretien avec elle.

Je constate dès son arrivée qu'elle est beaucoup plus stressée à présent. Bien qu'elle ne parle pas, sa démarche est saccadée ; sa respiration est thoracique, courte et rapide. Elle jette des regards furtifs un peu partout, ce qui m'évoque une hypervigilance. Lorsqu'elle s'allonge sur la table d'intervention, elle se laisse tomber et reste ensuite parfaitement immobile, comme tétanisée par l'appréhension. Alice lui dit de toucher les bords de la table pour « prendre ses repères avec les mains », car celle-ci est étroite – d'autant plus que notre

¹⁴³ Wallon. 1941, p. 123.

¹⁴⁴ *Ibid.*, p. 123.

¹⁴⁵ Stettler. 2004, p. 23.

patiente est imposante. Mme Z. ne comprend pas le conseil de l'infirmière et empoigne les bords, mains serrées. Alice prend donc ses mains et les place sur la poitrine, en expliquant qu'elle ne devra pas les bouger. Je lui demande ensuite si elle est bien installée, si elle se sent à l'aise, et si la position de sa tête est confortable.

Nous sommes souvent un premier relais pour le médecin et l'infirmière : nous donnons notre avis sur l'anxiété du patient ou nous transmettons des informations sur des examens complémentaires à réaliser avant l'intervention. Nous favorisons la communication entre les différents étages et leur permettons d'anticiper certaines situations.

Lorsque nous accueillons Mme Z. en salle, il est manifeste qu'elle éprouve de la peur. La dégradation de son état émotionnel s'explique en partie par la longue attente qui est souvent imposée aux patients : ceux-ci doivent se présenter très tôt à l'hôpital pour être enregistrés puis accueillis dans le service, mais les interventions ne commencent pas avant neuf heures. Certains patients n'arrivent en salle qu'en toute fin de matinée. Cela contribue à accentuer leur tension.

Sa démarche, sa respiration, son regard signent autant de réactions de défense : le rythme de la respiration et le recrutement tonique dans les jambes sont notamment des adaptations végétatives au stress, destinées à l'origine à faciliter une lutte ou une fuite éventuelles par une sécrétion d'adrénaline¹⁴⁶.

Par ailleurs, le fait que Mme Z. ne s'exprime pas et qu'elle réagisse de façon plus ou moins automatique à nos paroles pourrait être interprété comme une diminution de l'activité du système cortical, au profit du système limbique, qui joue un rôle important dans la gestion des émotions¹⁴⁷ et est particulièrement impliqué dans des contextes où la survie est potentiellement mise en jeu. Son attitude une fois allongée sur la table semble d'ailleurs pointer dans ce sens, car le tonus de Mme Z. s'effondre brusquement : cela n'est pas sans rappeler le comportement de certains animaux qui feignent la mort en situation de stress extrême.

Nous nous positionnons à gauche de Mme Z. pour ne pas gêner Agathe, qui va intervenir sur le genou droit. C'est au tour de Caroline d'accompagner la patiente, mais je reste proche d'elles car j'ai le sentiment que Mme Z. a besoin d'un soutien supplémentaire.

Alice lui demande si elle a bien reçu la prémédication habituelle, puis enchaîne : « Est-ce que vous avez envie de dormir ? Ça donne envie de dormir, c'est pour être plus détendu ». Or, Mme Z. semble encore plus agitée par cette remarque. Face à nos questions, elle

¹⁴⁶ Stettler. 2004, p. 19.

¹⁴⁷ Bouhassira, D. *in* Benhaiem. 2003, p. 48.

explique avoir déjà eu des opérations, mais sous anesthésie générale. « Pourquoi ce n'est pas une anesthésie générale ? », nous demande-t-elle. Caroline lui répond qu'il n'y en a pas besoin car il ne s'agit pas d'une intervention lourde.

En passant, Alice me lance un regard et lève les yeux au ciel. Puis elle s'adresse à la patiente, lui dit avoir lu dans son dossier qu'elle était antillaise et l'encourage à parler de la Guadeloupe. Alice évoque une collègue originaire de Guadeloupe elle aussi. Mme Z. répond de bonne grâce à ses questions. Puis Alice lui dit de s'imaginer en Guadeloupe : la patiente ferme alors les yeux quelques instants, mais les rouvre bientôt.

Suite à mon observation psychomotrice dans la rencontre, j'adapte ma position spatiale en choisissant de resserrer notre soutien physique.

La précision que donne Alice sur l'effet attendu des prémédications me semble généralement intéressante, car c'est pour les patients une occasion de se recentrer sur ce qu'ils ressentent et de comparer leur état actuel à celui passé. Il se peut que sa suggestion serve aussi de prédiction auto-réalisatrice. Néanmoins, cela n'est pas efficace pour Mme Z., qui se demande peut-être pourquoi on l'encourage à dormir alors que le geste n'est pas sous anesthésie générale.

Elle sous-entend d'ailleurs qu'elle aurait préféré une anesthésie complète : cela peut être interprété comme une volonté de prise de distance et de détachement physique de la situation anxiogène. Mme Z. appréhende manifestement la douleur à venir. Or, comme dans le cas de M. K., sa souffrance (ici liée à l'anxiété) semble être minimisée par les soignantes, dans leur attitude sinon dans leurs paroles. Néanmoins, nos collègues gardent généralement pour elles leurs réactions et soutiennent les patients quand elles sentent qu'ils en ont besoin.

Mme Z. bouge fréquemment ses mains, comme si elle ne savait pas quoi en faire. Elle murmure quelque chose, trop bas pour que je puisse l'entendre. Son attitude est extrêmement tendue. Caroline finit par lui suggérer : « Vous voulez qu'on vous tienne... » en esquissant un geste vers sa main ; Mme Z. acquiesce aussitôt avec ferveur, « Oui, s'il vous plaît ». Caroline prend sa main gauche et pose une main sur son épaule. La main droite de Mme Z. s'agite encore et elle nous demande, timide : « Est-ce que vous pourriez... ? ». Je lui propose alors de tenir son autre main.

Je repense un bref instant à une phrase d'Alice, qui m'avait un jour parlé d'une patiente anxieuse venue un mardi, en notre absence. Face à ses demandes répétées, Alice avait fini par lui dire : « Vous n'êtes plus une petite fille ». Je me demande à ce moment si Mme Z. n'en rajoute pas un peu. Je me reprends ensuite, car là n'est pas la question : peu importe

qu'elle en fasse trop ou non ; elle a quoi qu'il en soit grand besoin d'être rassurée. Son anticipation anxieuse est bien présente, et je suis justement là pour l'accompagner afin de réduire cette souffrance.

Au cours de ce deuxième temps, une agitation motrice remplace l'immobilité de départ chez Mme Z. Cela suggère une décharge instinctive afin d'évacuer l'excès de tension interne. Les paroles qui lui échappent peuvent aussi être des moyens d'extérioriser cette tension. Son tonus est par ailleurs remonté et crée une carapace afin de la protéger.

Son agitation suggère aussi un besoin de s'agripper, ce qui évoque une réaction de tout-petit. Dans les situations de stress intense, nous avons souvent observé chez les patients une remontée de comportements plus archaïques qui prenaient le relais. C'est pourquoi la remarque d'Alice qui me vient à l'esprit à cet instant est en réalité une description exacte de ce qui est en train de se produire : Mme Z. redevient partiellement une « petite fille » et adopte certains comportements d'apparence infantile.

J'ai failli être influencée par la perspective d'Alice : dans le travail d'équipe, il est parfois difficile de ne pas perdre de vue sa propre analyse. La nécessité de garder un certain recul sur les réactions des uns et des autres est primordiale. Pour nous, psychomotriciennes, l'objectif est de préserver ou de rétablir autant que possible le bien-être et confort du patient. Pas conséquent, le fait de croire ce qu'exprime Mme Z. est un préalable incontournable à la relation de confiance que nous nous efforçons d'établir.

La proposition de contact faite par Caroline apporte une réponse sur ce même plan archaïque et procure une contenance. La « contenance corporelle » désigne « la capacité du psychomotricien à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction [...]. Cette capacité de contenance fait appel tout autant à notre corps qu'à notre appareil psychique. »¹⁴⁸ Elle se manifeste par une qualité de présence « suffisamment apaisante, sécurisante, ferme et solide, afin d'aider chacun de ses patients à une intériorisation psychique de ses affects, de ses sensations, de ses éprouvés, de ses émotions. »¹⁴⁹ Il s'agit d'une part d'« accueillir [des] expressions corporelles très primitives et régressives »¹⁵⁰, dans une fonction quasi maternelle ; et d'autre part, d'amener un cadre afin d'aider les patients à sortir de cette régression dans un second temps. Ce cadre est matériel, mais aussi mental : il dépend de « la disponibilité psychique du thérapeute qui va faire appel, à l'intérieur de lui, à sa

¹⁴⁸ Potel. 2010, p. 324.

¹⁴⁹ *Ibid.*, p. 326.

¹⁵⁰ *Ibid.*, p. 330.

propre capacité à être, en même temps, un réceptacle et un séparateur »¹⁵¹, c'est-à-dire à penser ce qui se passe en même temps qu'il le reçoit.

Dans un souci d'unification corporelle et de soutien renforcé, Caroline ne se contente pas de prendre la main de Mme Z., mais touche aussi son épaule. Par ces deux points de contact, elle offre à la patiente une perception plus globale de tout le membre supérieur. Par ailleurs, l'épaule est un renflement orienté vers l'extérieur, d'où un toucher moins intime que si ma binôme était venue contacter une partie plus interne ou en creux, telle que l'intérieur du bras ou du coude. Il est d'ailleurs fréquent de poser la main sur l'épaule dans un geste de réconfort ou d'amitié.

J'ai au départ quelques difficultés à trouver une place adéquate pour soutenir Mme Z. sans entraver le travail d'Agathe. Alice me demande de me déplacer : « Tu es trop de côté, il va falloir que tu sois plus en arrière ». Je me positionne donc derrière la tête de la patiente et je me penche un peu sur elle afin de tenir sa main, posée sur son ventre. Lorsque je prends sa main, je constate qu'elle tremble un peu ; Caroline me dira quant à elle avoir eu la sensation d'un courant électrique. Mme Z. attrape seulement mon pouce au départ, mais je lui propose de tenir plutôt ma main entière. Je pose également une main sur son épaule droite, pour une meilleure contenance et des points de contact identiques à ceux de Caroline. Je prends le temps de m'installer confortablement et de bien m'ancrer au sol, afin de rester dans cette posture le temps qu'il faudra sans éprouver de tension.

Mme Z. fixe fréquemment la porte du box par lequel elle est entrée, derrière Caroline. A mesure de l'avancée du geste, elle gardera la tête tournée dans cette direction, mais aura plus souvent tendance à regarder Caroline elle-même. Il se peut qu'elle garde aussi cette orientation en raison de ma propre position, qui m'oblige à me pencher sur elle.

Alice tente de rassurer la patiente en réexpliquant pourquoi nous sommes présentes, et précise « Elles vont vous aider à respirer ». Mme Z. bloque aussitôt sa respiration et se tend visiblement : « A respirer ? Ça veut dire que ça va faire très mal ? ». Nous lui assurons que non, et que c'est simplement pour que le geste se passe au mieux, dans la détente. J'aimerais lui redire, comme nous l'avons fait en chambre, que le vécu douloureux varie beaucoup selon les individus. Cependant, étant donné son état de stress et consciente que ce type de réponse floue peut être anxiogène, je lui rappelle simplement que l'intervention est sous anesthésie. Cette précision – sans doute encore trop vague pour elle – ne l'apaise pas.

Ma position spatiale et ma posture doivent tenir compte des contraintes de l'environnement

¹⁵¹ Potel. 2010, p. 331.

tout en assurant un dialogue tonico-émotionnel de qualité : je vais représenter pour la patiente un ancrage à la fois matériel et symbolique. Pour tenir la main de Mme Z., je dois me pencher sur elle : cela peut être inconfortable et perçu comme intrusif, bien que cette proximité ait aussi une connotation de maternage. Par ailleurs, je me trouve derrière sa tête : elle ne peut donc pas me voir, ce qui peut être ressenti comme menaçant. Pour compenser, j'essaie de ne pas la toucher autrement qu'avec ma main et de ne pas respirer directement au-dessus d'elle.

Lorsque Mme Z. attrape mon pouce, ce geste maladroit m'évoque sur le moment le réflexe d'agrippement d'un tout-petit, comme expliqué précédemment pour d'autres de ses réactions. Son regard fixé sur la porte peut lui aussi être un signe d'agrippement à cette sortie qui représente sa délivrance prochaine. Mais il peut aussi s'agir plus littéralement d'une tentation de fuite.

La phrase d'Alice annonçant que nous allons aider Mme Z. à respirer provoque un effet inverse de celui attendu : la patiente s'est sans doute imaginé qu'elle ne pourrait plus respirer en raison de la douleur.

Il peut être délicat de bien choisir ses mots afin de rester vrai tout en se montrant rassurant : selon les personnes, une même affirmation peut être interprétée différemment. Pour expliquer le processus d'anesthésie locale, Alice compare souvent le geste au fait d'aller chez le dentiste : certains sont tranquilisés par le parallèle avec cette situation commune, mais d'autres, qui ont de mauvais souvenirs d'interventions dentaires, s'inquiètent au contraire de ce rapprochement. Comme nous connaissons peu leur histoire et leurs vécus corporels, nous n'avons malheureusement pas beaucoup la possibilité d'anticiper sur leurs réactions.

Mme Z. étant en situation de stress intense, nous aurions néanmoins pu prévoir sa réaction et expliciter les paroles d'Alice. Lorsqu'une personne est en proie à une émotion, sa lecture psychique du monde est colorée par une interprétation conforme à cette émotion. Ici, sous l'effet de l'anxiété, tout l'environnement est perçu comme une menace potentielle.

Mme Z. bloque sa respiration après une inspiration brusque. Elle augmente ainsi son tonus pneumatique, comme pour soutenir son corps et lutter contre l'effondrement. Comme l'observe Pascale Poirier, « le blocage des inspirs joue le rôle d'une carapace protectrice » et peut aussi être le signe d'une « peur de se vider qui provoque la rétention »¹⁵². Ce faisant, Mme Z. se coupe aussi de son environnement : « La respiration peut être entendue comme une métaphore dans le corps de la manière d'être en relation avec le monde extérieur. Elle est passage de dedans vers le dehors et inversement »¹⁵³.

¹⁵² Poirier, P. *in* Potel. 2010, p. 280.

¹⁵³ *Ibid.*, p. 280.

Alice lui parle par moments lorsqu'elle passe à côté de la table, mais Mme Z. finit par fermer les yeux avec force comme pour ne plus la voir : surprise, Alice lui demande alors « Vous êtes avec moi ? » puis « Pourquoi vous fermez les yeux quand je vous parle ? ». Mme Z. ne répond pas mais sa respiration est rapide et saccadée ; ses yeux se posent un peu partout, comme pour tenter de s'accrocher en vain à quelque chose. Ils reviennent très souvent vers la porte.

Le geste n'a toujours pas commencé. A mesure que le médecin et l'infirmière se préparent, Mme Z. s'agite de plus en plus. Nous essayons de détourner son attention en lui parlant, mais elle se dit « angoissée » et marmonne tout bas des phrases paniquées, telles que « Je ne vais pas pouvoir ». Elle sursaute à chaque bruit, même infime : l'ouverture d'un opercule, le froissement d'une blouse enfilée sont pour elle des sources de tension terribles. Elle nous dira plus tard qu'à ce stade de l'intervention, elle a failli plus d'une fois se lever et partir.

Les perceptions sensorielles de Mme Z. sont manifestement affectées par l'anxiété : elle montre des signes d'hypersensibilité auditive et ferme les yeux comme pour ne plus être soumise à des stimuli peut-être trop désorganisant. Les allées et venues de l'infirmière, ses brèves prises à partie quand elle s'arrête près de la table peuvent être anxiogènes en raison de leur imprévisibilité et de l'agitation qu'elles créent autour de la patiente.

On observe toujours les mêmes réactions de stress et tentatives d'agrippement ou de fuite par le regard. Mme Z. est sur le point de céder à la panique et de refuser l'intervention. La peur peut entraîner des comportements instinctifs de survie, qui pourraient sembler illogiques ou disproportionnés à première vue. On voit ici à quel point ce n'est pas l'événement lui-même mais la façon dont il est vécu qui importe. Par exemple, les soignantes nous ont dit avoir déjà vu des patients quitter les lieux au dernier moment avant le geste. J'ai moi-même eu l'occasion d'assister à une infiltration du poignet très délicate, sous gaz Meopa et hypnose conjugués : lors d'une précédente hospitalisation, le patient s'était enfui de la salle en pleine intervention, une aiguille encore plantée dans le corps. Henri Wallon confirme que « l'émotion est tout particulièrement apte à susciter des réflexes conditionnels. Sous leur influence, elle peut souvent paraître en opposition avec la logique ou l'évidence. »¹⁵⁴ Dans le ressenti de Mme Z., accepter le geste devient quasiment une question de vie ou de mort. Ici notre soutien a probablement contribué à la retenir et à lui permettre de garder un certain contrôle sur ses réactions.

Au fil de nos séances, nous avons constaté que le fait de discuter avec le patient était un

¹⁵⁴ Wallon. 1941, p. 123.

moyen efficace de détourner son attention de l'action autour de lui et de le mettre en confiance avec nous. Nous commençons généralement l'accompagnement proprement dit lorsque le médecin s'apprête à effectuer l'anesthésie locale : la transition est ainsi plus fluide. Pour certains patients, détourner l'attention par la parole peut même être utile tout au long du geste.

On pourrait penser que discuter risque d'éloigner les personnes de leurs ressentis : nous leur posons des questions sans rapport direct avec leur situation présente, ce qui est susceptible de créer un décalage un peu plus tard, lorsque nous leur demandons de se concentrer sur eux-mêmes. Cette façon de faire est *a priori* plus intellectuelle que corporelle. Malgré tout, à mon sens, cela s'inscrit à part entière dans notre démarche psychomotrice. En pratique, commencer directement notre accompagnement par une proposition de relaxation serait abrupt, dans un contexte où le patient ne nous connaît pas et ne sait pas vraiment à quoi s'attendre. Pour qu'une certaine confiance puisse s'instaurer, nous avons besoin d'un minimum d'échanges préalables. Ces quelques mots nous permettent d'établir un contact et de faire ressentir au patient que nous sommes là pour lui. Cela nous évite de le plonger aussitôt dans la passivité mais lui fait sentir que nous l'accueillons en tant que sujet avec son histoire, son vécu et ses émotions. Chacun reste libre de s'en saisir ou non : certains répondent à peine aux questions et nous passons alors à autre chose. Par ailleurs, ces conversations nous permettent de porter l'attention sur des pensées plus positives : le principe est le même que pour les inductions en relaxation.

Lorsque je lui demande si elle a des enfants et quel âge ils ont, Mme Z. fait un effort visible, hésite, « Vingt ans... Vingt-et-un ans. Heu, non... », et finit par lâcher, honteuse, « Je sais plus ! ». J'essaie de minimiser son embarras en plaisantant : « Pas facile de s'en souvenir, ça change tous les ans ».

Son stress n'a fait que monter depuis son entrée en salle et devient à ce stade presque insoutenable, alors que – mais aussi parce que – le geste n'a pas encore commencé. Je me demande à plusieurs reprises si nous allons avoir besoin du gaz Meopa, et vérifie du coin de l'œil que nous avons bien une bouteille à disposition.

Mme Z. se plaint plusieurs fois de trembler, comme si elle ne supportait pas de voir son corps lui échapper : « Je tremble, pourquoi je tremble comme ça... », nous répète-t-elle. Nous la rassurons et lui expliquons que ses tremblements sont certainement dus au stress. Mais elle reste préoccupée et commente soudain : « Avec le cortisol, ma glycémie va monter ». Mme Z. étant diabétique, je me rends compte qu'elle s'inquiète doublement en raison de sa maladie.

Ma tentative pour détourner son attention est un échec : Mme Z. est dans l'incapacité de se concentrer suffisamment pour me répondre. Elle se focalise tout entière sur le danger imminent.

Ses tremblements la gênent, comme si cette perte de contrôle sur son corps était un signe de faiblesse ou menaçait toute sa maîtrise d'elle-même. Il n'est pas rare que nos patients aient du mal à accepter les signes visibles de leurs émotions. Il paraît naturel de vouloir garder son sang-froid, et ce d'autant plus en situation de stress. Mais il me semble que nous vivons aussi dans une société où nous sommes censés rester toujours maîtres de nous-mêmes, et notamment éviter toute manifestation corporelle involontaire, y compris l'expression d'émotions en public.

Par ailleurs, des signes qui peuvent nous sembler anodins, comme les tremblements, peuvent prendre une tout autre signification pour le patient selon son histoire corporelle : dans le cas de Mme Z., ils peuvent être évocateurs pour elle d'une hypoglycémie et représenter par conséquent une raison supplémentaire de s'inquiéter. Nos perceptions de notre corps dépendent de notre rapport avec nous-mêmes, de nos antécédents et de notre vécu quotidien.

Alice oblige Mme Z. à respirer plus lentement et plus profondément. Elle insiste avec autorité, punctuant ses instructions d'un « recommencez, je veux vous voir faire ». Caroline commente à la patiente qu'elle arrête de trembler quand elle s'applique à respirer ainsi.

Après un temps, Agathe s'inquiète du risque d'hyperventilation, tout en se montrant désireuse de respecter notre accompagnement. D'une voix douce, elle suggère à Mme Z. qu'elle peut peut-être reprendre une respiration normale à présent.

Je décide d'enchaîner sur une proposition restant suffisamment concrète, et demande à Mme Z. de porter son attention vers le ressenti de ses appuis. J'évoque notamment l'idée d'une lourdeur puis commence à énumérer les différentes parties de son corps en contact avec la table d'intervention. Elle ne montre pas de réaction puis me dit finalement, alors que j'en arrive au bassin : « Excusez-moi, qu'est ce que vous avez dit ? ». Je réexplique ma proposition et précise que plus on se sent lourd, plus on est physiquement détendu. Mais je n'insiste pas devant son absence de réponse et ses difficultés manifestes à se concentrer. Caroline, Mme Z. et moi respirons un temps de manière synchronisée, dans le silence. Je sens que Mme Z. parvient peu à peu à se contenir et que sa peur panique diminue, bien qu'elle reste très anxieuse.

Alice ressent le besoin d'être plus directive avec Mme Z. Nous adoptons généralement une voix enveloppante, contenant, que nous estimons adaptée à notre objectif de relaxation. Or, cette patiente avait manifestement besoin d'être particulièrement soutenue, peut-être par des

instructions plus énergiques que d'habitude.

Caroline donne à Mme Z. un retour en temps réel sur ce qu'elle observe : nous mettons souvent en mots ce que nous voyons pour permettre au patient de mieux se percevoir lui-même et de mieux analyser ses ressentis. Verbaliser permet une symbolisation, donc une certaine prise de recul sur ce qu'on éprouve : il se produit une « réduction de l'émotion par le contrôle ou par la simple traduction intellectuelle de ses motifs ou circonstances »¹⁵⁵.

Agathe intervient rarement au cours de notre accompagnement, mais se montre toujours attentive à ce qui pourrait mettre en danger le patient : ici, elle reste vigilante sur le risque d'hyperventilation. A cet égard, elle contribue à créer un cadre sécurisant.

Ma proposition autour des appuis se solde par un échec : l'effort de visualisation qu'elle exige est sans doute trop important pour Mme Z. L'idéal dans cette situation aurait peut-être été de lui permettre de se mouvoir, en lui faisant par exemple faire des gestes inspirés de la méthode de relaxation Dupont¹⁵⁶. Mais toute proposition dynamique est bien sûr impossible en salle d'intervention. Nous revenons alors à la respiration : ce travail fonctionne bien mieux, alors qu'il me semblait *a priori* un peu trop répétitif. C'est peut-être justement son caractère très simple qui l'a rendu efficace. Par ailleurs, il était sans doute mal avisé de ma part de demander à Mme Z. de se détendre : cela revenait à lui faire abandonner la carapace tonique qui était à ce moment-là un soutien essentiel pour elle. Dans ces situations où les patients sont particulièrement vulnérables, nous nous devons d'être d'autant plus attentifs à leurs défenses et de les respecter.

Le moment vient enfin de commencer le geste : avant l'anesthésie, le médecin doit effectuer une ponction de liquide articulaire. Comme elle le fait toujours, Agathe prévient la patiente au préalable : « Je vous dis quand j'y vais », puis annonce la piqûre par un « j'y vais ». Mme Z. se tend, serre nos mains avec force et grimace. Je sens Agathe extrêmement concentrée et elle-même anxieuse ; j'ai le sentiment qu'elle redoute une difficulté inopinée. A la fin de la ponction, Mme Z. se détend un peu, relâche sa prise sur Caroline et moi, puis plie et déplie ses doigts avant de reprendre nos mains.

L'anesthésie se passe ensuite selon le même schéma : la tension de la patiente monte, mais elle reste silencieuse, puis elle se relâche après l'injection. Elle montre des signes de douleur, mais j'ai l'impression que l'intensité reste supportable. Elle commente une nouvelle fois qu'elle tremble. Un peu plus tard, elle lâche nos mains et nous dit d'un ton d'excuse : « J'ai peur de vous faire mal ». Nous lui assurons que ce n'est pas le cas, et j'ajoute que nous la

¹⁵⁵ Wallon. 1941, p. 126.

¹⁵⁶ Guiose. 2007, p. 55.

préviendrons si elle serre effectivement trop fort.

Après l'anesthésie, Mme Z. n'éprouve plus de douleur, mais elle continue de ressentir les gestes du médecin, ce qui alimente son anxiété. Alarmée, elle s'en indigne au départ : « Je vous sens ! ». Agathe lui rétorque alors un peu sèchement : « Je vous ai prévenue que le genou n'était pas mort : vous avez des sensations, c'est normal. » Puis Agathe lui demande si les sensations sont supportables, ce que confirme Mme Z.

A l'annonce de la piqûre, Mme Z. renforce sa carapace tonique par anticipation de l'intrusion à venir. Son état de tension fait peser une pression importante sur le médecin. Cependant, le stress éprouvé par la patiente diminue au cours du geste : l'alternance entre des phases actives de tension et des pauses où peut revenir une détente est plus facile à supporter que l'attente. Cette succession permet certainement à la patiente de focaliser son attention sur une seule étape à la fois, et de s'autoriser un répit après chacune d'elles. Elle confère aussi un certain rythme, donc une structure cyclique qui soutient Mme Z. Ce phénomène est similaire à ce que connaissent les tout-petits, qui vivent l'alternance entre le recrutement et le relâchement tonique comme des repères dans une réalité encore peu compréhensible.

Pendant l'intervention, la douleur éprouvée par Mme Z. ne semble pas très intense, contrairement à ce que laissait craindre son anxiété anticipatoire. On aurait pu s'attendre à ce que sa douleur soit majorée par la peur : c'est peut-être le cas, mais elle reste à un seuil acceptable. Lorsque j'ai tenté d'évaluer sa douleur *a posteriori* à l'aide de l'échelle comportementale pour personnes âgées (ou ECPA)¹⁵⁷, test d'hétéro-évaluation de la douleur, j'ai obtenu un score compris entre 10 et 14 sur 32, ce qui pourrait – à titre indicatif – équivaloir à une intensité de 3 à 4 sur 10 sur une échelle numérique.

Cependant, Mme Z. éprouve toujours des sensations, ce qui est source de crainte : toute perception inconnue ou non identifiée reste potentiellement un danger à ses yeux.

Elle exprime également une peur de nous faire mal, peut-être par projection sur nous de sa propre peur d'avoir mal. Cette inquiétude est souvent présente chez les patients anxieux lorsqu'ils serrent nos mains : ceux-ci sont conscients de ne pas maîtriser leur force quand ils s'accrochent à nous. A mon sens, le maintien d'une relation de confiance et d'un accompagnement de qualité nécessite que nous soyons sincères avec eux et attentives à notre propre confort avant tout.

Agathe décrit tout ce qu'elle fait à mesure qu'elle effectue le lavage. Mme Z. se détend visiblement au fil du temps, bien qu'elle reste muette et continue de serrer nos mains.

¹⁵⁷ Attal, Durgun & Laurent. 2012, p. 5.

Lorsqu'Agathe annonce qu'il ne reste plus qu'à injecter les corticoïdes, la patiente se crispe et s'étonne que ce ne soit pas fini. Nous expliquons que l'injection se fait à travers l'aiguille déjà en place, donc sans nouvelle piqûre. Alice précise cependant que la glycémie peut monter à cause de la cortisone, d'où la nécessité de rester vigilante et de suivre son protocole de contrôle. Mme Z. acquiesce et ajoute : « Ça m'a déjà envoyée à l'hôpital ». Au moment de faire le pansement, Alice nous signale que nous pouvons lâcher les mains de la patiente, mais je décide de garder un contact sur son épaule jusqu'à la fin du pansement, pour maintenir une sensation d'enveloppe tant que le corps reste « troué ». Avant de sortir, Mme Z. nous remercie beaucoup, visiblement soulagée, et regarde Caroline en partant.

A mesure que le geste progresse, l'anxiété de Mme Z. diminue, sans doute en raison du peu de douleur éprouvé comparativement à ce qu'elle avait imaginé. Malgré tout, sa vigilance reste en alerte face à toute difficulté potentielle, comme au moment de l'injection de cortisone.

Sa remarque sur une expérience précédente à l'hôpital apporte une explication supplémentaire à son anxiété. Lorsque nous rencontrons les patients en chambre, ceux-ci ne nous disent souvent pas tout sur leur histoire. Il arrive qu'ils omettent des informations importantes, parfois justement parce qu'elles se rapportent à des faits douloureux. Le diabète, maladie chronique, est susceptible d'influencer le rapport de Mme Z. à son corps. Beaucoup de patients que nous avons rencontrés en éducation thérapeutique, atteints d'autres pathologies chroniques, disaient avoir la sensation que leur corps leur échappait, les trahissait, ou manquait de fiabilité. Cela montre à quel point « la maladie touche notre être au monde, notre conscience de nous-même, et, de proche en proche, [...] la totalité de la personne »¹⁵⁸. Un aspect insidieux des modifications de l'image du corps provient d'un « sentiment d'infériorité organique » produit par la pathologie : ce sentiment « touche aux racines mêmes de l'identité et du dynamisme d'un être » et « perturbe l'affirmation de soi tout au long de la vie ». Par conséquent, « la maladie, surtout chronique, risque fort d'activer de telles structures biopsychiques, produisant aussi bien une résistance accrue qu'un affaiblissement du sujet qui perd sa vitalité »¹⁵⁹.

Pour les soignantes, notre accompagnement est nécessaire tant que les injections ne sont pas terminées, mais l'étape du pansement leur paraît moins importante. Or, comme nous représentons pour les patients un soutien physique autant que psychique, il nous est nécessaire de faire attention à la façon dont nous lâchons le contact, surtout quand il a été aussi rapproché que

¹⁵⁸ Wunenberger. 2006, p. 62.

¹⁵⁹ *Ibid.*, p. 64.

pour Mme Z. Une séparation mal gérée ou hâtive peut créer un sentiment d'abandon ou d'arrachement. C'est pourquoi j'ai choisi de prolonger un peu ce moment.

De même, le départ du patient en fin d'intervention n'est pas à considérer à la légère. Nous prenons le temps d'annoncer aux patients que nous reviendrons les voir d'ici la fin de matinée pour discuter avec eux du déroulement du geste. Lorsque Mme Z. est sur le point de partir, elle regarde Caroline : est-ce parce qu'elles ont maintenu un contact par le regard tout au long de l'intervention ? Mme Z. a peut-être elle aussi éprouvé le besoin d'adoucir la séparation.

Lorsque nous venons retrouver Mme Z. dans sa chambre en fin de matinée, celle-ci nous accueille par un « mille excuses ! ». Elle est assise dans son lit, seule, mais calme et détendue ; son dos repose contre le dossier et ses jambes sont couvertes d'un drap. Une poche de glace forme un renflement sur son genou. Mme Z. se sent manifestement coupable, voire honteuse, de sa réaction en salle, et nous avoue que c'était finalement « plus de peur que de mal ». Nous la rassurons et lui répétons qu'il est bien normal d'être anxieux en de telles circonstances. Elle nous remercie mille fois et nous confie qu'elle avait beaucoup prié au préalable pour que tout se passe bien, de même que toute sa famille, son mari et ses enfants. Elle pense avoir eu beaucoup de chance, dit que nous sommes « deux anges envoyés du ciel » et loue aussi Agathe et Alice. Elle conclut en nous assurant que nous aurons notre diplôme sans problème car « vraiment, c'était parfait » et nous avoue qu'elle aurait quitté la salle si nous n'avions pas été là.

La réaction de culpabilité de Mme Z. fait écho à ses tentatives de maîtrise d'elle-même en salle : comme exposé plus haut, cette volonté de ne pas perdre la face est fréquente chez les patients. Mais leurs difficultés à lâcher prise proviennent peut-être aussi du caractère instinctif des comportements dictés par l'anxiété : dans ces moments, leur corps est susceptible de leur devenir comme étranger, ce qui peut être source d'inquiétude et de résistances.

Mme Z. conclut notre discussion par des allusions à sa foi et nous qualifie d'« anges ». Au-delà de l'exagération bien naturelle liée au soulagement que le geste se soit bien passé, sa remarque m'a interpellée. Ce n'est pas la première personne à nous faire le même type de confiance. Chez certains patients se dessinent en filigrane des représentations de l'ordre de la croyance. Pour décrire ces situations en termes psychodynamiques, des phénomènes de transfert puissant se créent parfois pendant notre accompagnement en salle. Tout se passe comme si nous étions investies d'une confiance qui nous dépassait et qui dépassait les patients eux-mêmes :

ceux-ci n'ont pas de mots pour décrire la relation particulière qui se crée dans ces moments de tension extrême et de grande vulnérabilité émotionnelle. C'est peut-être pour cette raison qu'ils attribuent un sens spirituel à notre présence, démunis face au sens à donner à leurs ressentis.

Les explications apportées par Jean-Jacques Wunenberger sur le corps et le sacré peuvent apporter un début de réponse à ces observations. Il indique que la distinction entre profane et sacré peut être considérée comme « une structure permanente de la conscience humaine », qui « conduit à percevoir le réel selon deux modalités, d'une part ce qui est proche, accessible, disponible, [...] et d'autre part ce qui est réservé, tenu à l'écart, soumis à des conditions de perception et d'appropriation »¹⁶⁰. Il rappelle que « la notion de sacré est solidaire depuis longtemps de la corporéité »¹⁶¹, et que même si notre société a peu à peu désacralisé le corps, nous avons encore tendance à lui donner cette valeur :

Dans cet ordre d'idées, le corps n'est pas seulement perçu comme une masse de chairs et d'organes, mais comme un territoire ambigu : d'un côté, il fait bien partie du moi dont il est la surface visible, de l'autre il est une réalité énigmatique, support de la vie et de la mort, et donnant prise peut-être à des manifestations surnaturelles [...]. Ces croyances en [...] une liaison humanité-divinité, en un caractère non possessif et non objectivable du corps, restent largement répandues, même si les individus n'en font pas état consciemment.¹⁶²

2.3. Analyse comparée des vignettes

Que conclure de ces récits sur notre action en tant que psychomotriciennes ?

Les vignettes que j'ai choisies présentent des points communs qui se retrouvent par ailleurs dans nombre de nos accompagnements.

Tout d'abord, nos hypothèses, nos propositions et leurs adaptations en temps réel s'appuient sur une lecture corporelle approfondie de nos patients. Nous prenons en compte les paramètres spatiaux et temporels, la motricité, le tonus et la vigilance. Nous travaillons à partir de tout ce qu'exprime le corps et interprétons ces observations à la lumière de ce que nous pouvons constater des paroles et du comportement de la personne que nous accompagnons : « c'est bien le croisement des données observées et des données théoriques sur le fonctionnement corporel et mental qui fait toute la richesse et l'intérêt d'une technique d'observation »¹⁶³. Dans nos analyses

¹⁶⁰ Wunenberger. 2006, p. 189.

¹⁶¹ *Ibid.*, p. 189.

¹⁶² *Ibid.*, p. 191.

¹⁶³ Potel. 2010, p. 308.

émerge donc « la complémentarité d'une objectivation évaluante et d'un regard clinique subjectivant »¹⁶⁴.

Par exemple, pour estimer l'intensité de la douleur ressentie, je garde en tête plusieurs paramètres décrits dans des dispositifs d'évaluation de la douleur. Parmi ces tests, j'utilise notamment Algoplus, test d'évaluation de la douleur aiguë normalement destiné aux personnes âgées présentant des troubles de la communication verbale. Les critères pris en compte dans Algoplus incluent les crispations du visage, la qualité du regard, les plaintes exprimées, l'attitude corporelle, ainsi que les comportements du patient¹⁶⁵. Néanmoins, les histoires cliniques développées montrent que je ne me limite pas à cette grille et que je prends en compte d'autres paramètres, ainsi que mes propres éprouvés face au patient.

En fonction de ce que nous recueillons dans la relation, nous élaborons un projet thérapeutique. Dans ce contexte particulier, il s'agit souvent d'aider à gérer la douleur et/ou l'anxiété, ainsi que de recentrer sur la conscience corporelle. Ce projet est mené grâce à des moyens d'action qui peuvent notamment inclure le toucher thérapeutique et différentes techniques de relaxation. Ces outils font intervenir un dialogue verbal mais aussi tonique, ce qui permet une contenance et un soutien tant corporel que psychique, afin de faciliter la résilience des individus face au stress des interventions. Par nos actions, nous avons principalement une influence sur la sphère tonico-émotionnelle de nos patients : c'est sur elle que l'impact de ces gestes invasifs est le plus important.

Bien que nos accompagnements suivent globalement la même trame, chaque personne est différente et cela exige de nous adapter en temps réel à ce qui se déroule dans la salle. Malgré l'existence de mécanismes universels d'adaptation au stress, chaque patient les associe entre eux de manière très individuelle : certains ont besoin de contrôler la situation, d'autres trouvent un mieux-être dans la régression, d'autres encore voient leur sensibilité modifiée ou ont des réactions végétatives... Comme le signale Jacques Corraze, « la réaction de stress [...] [nécessite] la prise en compte de variables individuelles autant biologiques que psychologiques »¹⁶⁶.

Dans les deux histoires citées, la contenance a eu une grande importance. Cependant, la différence majeure entre leurs comportements provient de leurs éprouvés principaux : chez M. K., la douleur était globalement au premier plan, tandis que chez Mme Z., c'est l'anxiété qui s'est manifestée le plus clairement.

Une autre opposition marquante est leur rapport à la communication verbale. M. K. a peu

¹⁶⁴ Potel. 2010, p. 308.

¹⁶⁵ Attal, Durgun & Laurent. 2012, p. 13.

¹⁶⁶ Corraze. 2009, p. 165.

exprimé ses ressentis pendant le geste, mais il s'est montré très attentif à mes paroles et a eu besoin d'un soutien verbal. Au contraire, Mme Z. a beaucoup parlé tout au long de l'intervention, mais le langage n'a pas été un outil pertinent, puisqu'il a souvent été interprété à travers le filtre de ses interprétations anxieuses. C'est donc un travail sur le toucher, niveau de communication corporel, plus archaïque et immédiat, qui a permis un accompagnement adéquat. Cette diversité de réactions est peut-être aussi liée à des profils sensoriels différenciés.

La grande variabilité des personnalités et des comportements ne nous permet jamais d'être sûres de notre efficacité : nous cheminons instant après instant aux côtés de ceux qui nous sont confiés, sans savoir à l'avance ce qui va être efficace. Ce tâtonnement est nécessaire mais n'en reste pas moins inconfortable. Que faire quand la situation est bloquée et que nous ne trouvons pas de solution ?

2.4. Et quand cela ne fonctionne pas ?

J'ai présenté ici des situations où notre accompagnement s'est soldé par une réussite, ce qui a généralement été le cas. Celui-ci s'est parfois même avéré superflu, lorsque les patients n'étaient pas anxieux ou douloureux. Cependant, dans certains autres cas, il m'est arrivé de me sentir inutile alors que le patient manifestait de la douleur. Cela s'est notamment produit lorsque le patient refusait de m'accorder sa confiance, tel ce monsieur qui m'a coupée plusieurs fois d'un « ne vous inquiétez pas » alors que je lui faisais des suggestions concernant sa respiration.

De fait, notre situation en salle d'intervention n'est pas propice à une alliance thérapeutique adéquate : nous manquons de temps pour nous présenter, le patient ne pratique souvent aucune technique de relaxation et ne connaît pas la psychomotricité. Ajouter ces inconnues à l'environnement étranger explique les réactions de défense, même involontaires, que nous avons parfois rencontrées. Nous demandons toujours si les patients sont d'accord pour être accompagnés, mais certains n'osent peut-être pas refuser notre présence. Par ailleurs, même les patients qui pensent être prêts à recevoir notre intervention de bonne grâce peuvent éprouver des résistances dont ils ne sont pas maîtres : « Le refus ou l'acceptation ne sont jamais des processus purement verbaux ou purement idéiques. Ce sont aussi des réactions toniques d'un 'corps donnant' ou d'un 'corps refusant'. »¹⁶⁷

¹⁶⁷ Ajuriaguerra, J. in Joly & Labes. 2008, p. 172.

La relaxation est un exercice qui peut se révéler difficile en raison de son caractère régressif. « Les conditions physiques et relationnelles de l'exercice invitent le malade, ainsi que nous l'avons montré, à accepter une expérience régressivante. [...] Au point de vue affectif, il s'agit d'une expérience de dépendance plus grande que celle que chacun vit fantasmatiquement au cours de son sommeil quotidien, puisque le partenaire est présent [...] et témoin de l'exercice »¹⁶⁸. Compte tenu de ces facteurs, un certain type de patients peut avoir des difficultés ou une réticence à se relaxer en présence d'autrui : « c'est généralement plus facile pour [eux] en l'absence de quiconque ». Dans ces situations, « le thérapeute sent la nécessité d'une grande discrétion » et doit ajuster son accompagnement en fonction. Pour ces patients « se rebellant parfois consciemment contre toute dépendance »¹⁶⁹, nous aurions besoin de temps afin de leur apprendre à se détendre eux-mêmes.

Même pour des patients désireux d'être accompagnés, nos propositions peuvent être difficiles à suivre d'emblée. Idéalement, il serait préférable de rencontrer chacun d'entre eux avant leur hospitalisation, afin de pouvoir nous entretenir avec eux et de commencer quelques exercices de relaxation en vue du geste, comme cela se pratique dans les préparations à l'accouchement par exemple. Le jour de l'intervention, il nous faudrait aussi plus de temps avec chaque patient en chambre pour approfondir notre relation et leur faire expérimenter de nouveau un état de détente avant la situation réelle. Cela correspondrait mieux à l'objectif de la relaxation, qui est d'amener les pratiquants vers l'autonomie. Malheureusement, cette séance préalable est compliquée à mettre en place en raison du peu de temps que nous avons le matin pour voir les patients : c'est un véritable ballet d'infirmiers, internes et aides-soignants qui se succède dans les chambres afin de régler toutes les questions administratives et médicales avant l'intervention. En l'absence de ces mises en condition, le patient doit pour l'heure gérer deux paramètres non familiers en même temps : la douleur et notre accompagnement.

Que penser des accompagnements où nous avons échoué à apporter un mieux-être ? Avec un peu plus d'expérience, nous aurions peut-être pu trouver un moyen de nous réajuster. Selon Denise Liotard, nous pouvons être limités par des facteurs humains dans la relation :

Si [...] des thérapies échouent – et comment ne pas reconnaître que c'est souvent le cas – c'est que [les thérapeutes] n'ont pas pu recevoir et entendre les messages émis en secret par [...] le patient et qu'ils ont été incapables de prendre la position qui en découlait.

¹⁶⁸ Ajuriaguerra, J. & M. Cahen *in* Joly & Labes. 2008, p. 145.

¹⁶⁹ *Ibid.*, p. 122.

La raison est que recevoir et entendre ne sont pas ici des mots qui relèvent du registre de l'intelligence et de la volonté ; ils requièrent la possibilité de devenir pour telle ou telle personne l'interlocuteur [...].¹⁷⁰

S'adapter à la position qui convient au patient n'est donc pas toujours faisable, en raison de nos personnalités propres : « chaque thérapeute, quelle que soit l'ampleur de son champ relationnel, reste limité par son appartenance à un réseau particulier et, en conséquence, par le caractère restreint de son aptitude à se modifier sous la pression du non-familier »¹⁷¹.

Toutefois, cette réalité peut être nuancée en pratique par notre positionnement professionnel. Un patient inaccessible de prime abord peut être mieux compris à condition de se placer dans une attitude particulière de réceptivité. C'est cette posture que j'apprends à construire jour après jour au cours de ce stage.

¹⁷⁰ Liotard, D. *in* Potel. 2000, p. 57.

¹⁷¹ Roustang, F. *in* Potel. 2000, p. 58.

3. Discussion

3.1. L'apprentissage de la posture du psychomotricien

3.1.1. Un être plus qu'un faire

On cite souvent l'engagement corporel du psychomotricien comme une des compétences essentielles de ce thérapeute. Or, un des principaux enseignements de ce stage a consisté à comprendre qu'être psychomotricienne est avant tout une posture, une lecture particulière de l'humain qui se caractérise en premier lieu par une attitude d'écoute et d'observation. Les histoires cliniques développées précédemment montrent bien, à mon sens, les difficultés que j'ai parfois éprouvées à donner toute sa place à cette rencontre entre deux sujets. Cela demande une mise en disponibilité qui me semble nécessaire à un engagement ultérieur de qualité : il s'agit de recevoir en soi avant de restituer et d'agir en fonction de ce que l'on nous apporte.

Cela a souvent entraîné chez moi une certaine opposition entre le désir de faire – faire du bien, soigner, soulager la douleur ou l'angoisse – et la nécessité de mettre de côté mes bonnes intentions pour être réceptive aux besoins réels du patient dans l'instant présent. En somme, il me fallait abandonner toute idée d'urgence alors que l'environnement pointait dans ce sens. Au contraire, me recentrer sur moi-même me donnait une qualité de présence qui me permettait de représenter pour le patient un repère stable et tranquille au milieu de l'effervescence alentour. J'ai compris en cela que l'engagement corporel si souvent mis en valeur en psychomotricité n'est pas synonyme d'action, mais plutôt de présence à soi, condition *sine qua non* d'engagement dans la rencontre. Ce que je faisais n'était thérapeutique que dans la mesure où mes propositions s'appuyaient sur la réalité de la personne à accompagner, et non sur mes propres bonnes intentions. Il s'agit là de ce que Pascal Bourger nomme le « dialogue psychomoteur », « le centre et le pivot de la thérapie » : « Quelle que soit la problématique du patient, notre manière d'être en relation avec lui sera déterminante quant à l'efficacité des propositions que nous pourrons lui faire et donc de son traitement. »¹⁷²

Je parlerai à titre d'exemple d'une patiente reçue en salle pour une biopsie osseuse et opérée sous gaz Meopa. Au cours de l'intervention, je me suis contentée de tenir sa main, tout en restant attentive à tout ce qu'elle pouvait exprimer ou montrer afin de m'y adapter. J'ai placé toute ma concentration dans ma main en contact avec la sienne. Il m'a semblé « ne rien faire » mis à part être présente, disponible et au service de cette personne qui se trouvait avec moi en cet

¹⁷² Bourger, P. in Potel. 2000, p. 74.

instant. Pourtant, je n'éprouvais pas le besoin de faire mieux, ou d'en faire plus. Or, celle-ci a été extrêmement touchée par ce simple contact prolongé : à la fin de l'intervention, elle m'a serré la main encore longtemps et, profondément émue, n'en finissait pas de me remercier. Je me suis trouvée émue à mon tour. N'avais-je vraiment « rien » fait qui puisse justifier une telle réaction ? Peut-être avais-je sous-estimé la puissance d'un contact humain lorsque le corps est soumis aux exigences des instruments chirurgicaux et des machines. Lui tenir la main lui a probablement permis de se ressentir comme sujet dans la relation. Notre action thérapeutique peut se situer à des niveaux très archaïques, comme ici où ma présence se rapportait à un maternage. Dans de tels moments, la puissance de l'émotion ressentie par les deux protagonistes est un indice de ce qui se joue entre les deux corps en relation, tandis que l'esprit tarde à saisir, à analyser et à hasarder des hypothèses en guise d'explication.

En ce sens, on peut dire que le psychomotricien est comparable à un récepteur-émetteur. Comme l'affirme Pascal Bourger, « la capacité contenante du psychomotricien, directement en lien avec des notions d'impression et d'expression, semble très proche de la fonction contenante de la mère ». Or, « cette capacité d'impression au sens d'être un réceptacle pour l'autre, sans craindre d'être détruit, dépend largement de notre possibilité d'imprégnation par l'autre. Un peu à l'image des enveloppes d'un oignon qui représenteraient les différents niveaux de protection de notre noyau psychique, protections qui pourront ou non être franchies en fonction de notre évolution. » Quant à l'expression, elle serait « la capacité à émettre par l'expressivité de notre corps et des mots qu'on utilise ». Pascal Bourger précise qu'« Ainsi notre faculté d'impression-expression sera fonction non seulement de notre disponibilité psychique, de notre état tonique mais également de notre histoire tonico-psychique. Un corps et un psychisme 'hypertendus' ou complètement perméables ne permettent pas une attitude d'écoute, d'imprégnation favorable à l'élaboration d'une expression. Il est donc important de travailler notre capacité à l'imprégnation élaboratrice. »¹⁷³

Les équipes soignantes ont semblé entrevoir que notre action thérapeutique ne relevait pas en premier lieu de nos actions mêmes. Alice m'a ainsi expliqué que les psychomotriciennes stagiaires avaient toutes des personnalités différentes et que cela se retrouvait dans nos manières d'être et d'agir. Le Dr G. nous a fait partager un point de vue similaire lorsqu'elle a déclaré : « On sent très bien ce que vous savez bien faire, ce que vous aimez bien faire et où vous voulez aller quand même, même si vous ne l'exprimez pas ou... Ça se ressent. Et puis, il y en a qui parlent

¹⁷³ Bourger, P. *in* Potel. 2000, p. 76.

aux patients, il y en a qui ne parlent pas. Il y en a qui sont proches des équipes, il y en a qui sont moins proches. Il y en a qui sont plus intéressés par [...] le tête-à-tête, il y en a qui sont au contraire intéressés par le groupe... » Nos compétences dépendent de nos centres d'intérêt. On est donc psychomotricien avant tout avec ce que l'on est : « Dans notre pratique professionnelle où la relation à l'autre au niveau psychique et somatique est au premier plan, nous ne pouvons faire abstraction de notre personnalité, de nos émotions et donc de notre subjectivité. »¹⁷⁴

3.1.2. Confiance et empathie comme clefs de la relation

De cette première caractéristique découle une autre réalité : notre action, notre efficacité ne dépendent ni exclusivement de nous, ni de nos patients : pour nous comme pour eux, il est nécessaire de s'engager dans la rencontre sans se centrer exclusivement sur nous-mêmes, mais en laissant se déployer un espace tiers où vont pouvoir se produire des choses sur lesquelles nous n'avons aucune influence.

A mon sens, il est donc important d'avoir confiance dans les possibilités infinies de la rencontre : « Avant d'être un technicien du corps, il importe que le psychomotricien soit un objet-thérapeute suffisamment souple, 'malléable', confiant dans sa capacité à accompagner l'autre, pariant que l'aventure aura du sens, tout en lui offrant un espace pour se soigner. »¹⁷⁵ Nous avons à accepter de nous laisser traverser, transformer, car nous sommes nous-mêmes les objets médiateurs. Cela se rapporte à cette phrase de Fabien Joly : « Le sens de la psychomotricité c'est l'expérience du corps en relation. »¹⁷⁶ Il s'agit bien d'une expérience à vivre sans chercher à la maîtriser.

Quelles sont les caractéristiques de notre relation si particulière avec nos patients ?

Avant tout, il me paraît primordial de considérer la personne en tant que sujet et de s'appuyer sur ses ressources. Notre posture doit donc rester humble : « Être psychomotricien thérapeute, c'est avant tout tenir compte en priorité de l'individu sujet, avec ses propres richesses intérieures qui vont lui permettre de créer sa vie. Nos actions thérapeutiques vont s'envisager comme de véritables processus de transformation qui auront pour but de favoriser chez nos patients une plus grande fluidité entre les vécus primitifs inscrits dans le corps et les voies du langage verbal. »¹⁷⁷ Giselle Soubiran, lorsqu'elle définit la psychomotricité, met elle aussi en avant le fait de « valoriser le sujet et stimuler son potentiel inactif » ainsi que de « délimiter

¹⁷⁴ Bourger, P. in Potel. 2000, p. 75.

¹⁷⁵ Liotard, D. in Potel. 2000, p. 61.

¹⁷⁶ Joly, F. in Joly & Labes. 2008, p. 23.

¹⁷⁷ Potel. 2010, p. 12.

l'écart entre son 'vouloir faire' et son 'pouvoir faire' »¹⁷⁸. Cela confirme ma vision du travail en psychomotricité comme d'un partenariat qui se construit à partir des souhaits du patient et qui va mettre à profit ses compétences. Nous avons à cheminer avec nos patients pour les soutenir dans ce projet délicat qui consiste à être acteur de sa vie.

Or, pour réellement rencontrer nos semblables sur un pied d'égalité, il est nécessaire d'éprouver de l'empathie. Ce concept désigne « un geste vers l'autre pour connaître, comprendre ou expliquer son comportement » et met en œuvre « un changement de perspective spatiale, une façon de se mettre à la place occupée par l'autre »¹⁷⁹. « Indispensable pour comprendre autrui, cette notion s'appuie sur le vécu corporel et sensible du thérapeute qui accueille cet 'envahissement' du patient, tout en le reconnaissant comme bien séparé de lui. »¹⁸⁰ Pour Martin Buber, en l'absence d'empathie, le soignant peut avoir un regard diagnostique juste et peut en conséquence « réparer » certaines problématiques ; mais « il n'accomplira pas ce que sa tâche a d'essentiel : la régénération du centre atrophié de la personne. On n'y parviendra que si [...] on saisit l'unité latente ensevelie sous les décombres de l'âme qui souffre. »¹⁸¹

Personnellement, j'irai même jusqu'à avancer que nous allons au-delà de l'empathie dans la relation : notre moteur principal est à mon sens la bienveillance, qui est permise par l'empathie mais la dépasse pour aller vers le non-jugement et le soutien inconditionnel. Ce simple sentiment est d'ailleurs souvent ce qui permet à nos patients de commencer à être bienveillants avec eux-mêmes et à se reconnaître tels qu'ils sont, avec leurs failles et leurs limitations. Carl Rogers nomme la bienveillance « acceptation inconditionnelle » et la considère, avec l'empathie, comme un des paramètres déterminant l'efficacité d'une relation d'aide. Le troisième est la congruence, « adéquation entre ce que le thérapeute exprime et ce qu'il ressent réellement »¹⁸². J'ai observé à plusieurs reprises à quel point les personnes que je rencontrais manquaient de bienveillance envers elles-mêmes. On peut aussi citer l'exemple de Mme Z., qui était gênée par ses tremblements incontrôlés et luttait contre ses ressentis avec beaucoup de culpabilité, comme s'il s'agissait d'un avilissement. Je noterai en passant que pour ressentir de la bienveillance envers les autres, il est nécessaire d'en avoir pour soi-même, ce qui ne va pas toujours de soi et demande un réel apprentissage au quotidien.

Malgré ces beaux idéaux, le psychomotricien n'est pas toujours maître de ses sentiments et éprouver de l'empathie ne se commande pas. Certains patients m'ont laissée de marbre et ma

¹⁷⁸ Giromini. 2014, p. 17.

¹⁷⁹ Hochmann. 2012, p. 173.

¹⁸⁰ Liotard, D. *in* Potel. 2000, p. 58.

¹⁸¹ Buber, M. *in* Hochmann. 2012, p. 119.

¹⁸² Hochmann. 2012, p. 115.

capacité à me projeter m'a alors semblé purement intellectuelle, dans un mouvement volontaire de décentration. Je ressentais alors de la culpabilité, comme si j'avais failli à une obligation implicite, même si l'empathie « n'implique pas nécessairement un partage de sentiments »¹⁸³.

A l'inverse, il m'est arrivé de verser dans la sympathie, sentiment proche de l'empathie mais où « j'éprouve à mon tour dans mon corps [...] des émotions similaires » à celles ressenties par le patient¹⁸⁴. Le cas s'est par exemple posé avec une patiente pour laquelle le médecin a dû effectuer une biopsie en plus du lavage articulaire prévu au départ. A l'annonce du geste supplémentaire, je n'ai pu m'empêcher de redouter cette perspective, car je connaissais la douleur généralement bien plus intense éprouvée par les patients à l'occasion de ces interventions. J'ai remarqué au fil de l'année que je maîtrisais moins ce type d'élans spontanés lorsque j'étais fatiguée ou préoccupée. Comme le psychomotricien agit avec son être, tout impact sur celui-ci peut avoir une influence sur la relation. Il est donc primordial de bien se connaître et de respecter ses propres limites.

Par ailleurs, j'ai compris que mes propres représentations sur la douleur, sur l'anxiété, sur les ressentis du patient se répercutaient sur mes perceptions et donc sur mon accompagnement. J'anticipais parfois des difficultés inexistantes ou, à l'inverse, j'étais surprise par des réactions que je n'avais pas su déceler. En somme, j'ai pris conscience de l'importance du filtre de ma conscience. Bien que cela reste à travailler, être attentive à ces dérives possibles me permet d'en tenir compte dans ma relation avec mes patients.

Je terminerai sur cette relation particulière en précisant que la spécificité du psychomotricien est bien sûr l'aspect corporel auquel il accorde une importance primordiale : « La spécificité des pratiques psychomotrices ne tient pas [...] dans l'insistance que mettent les psychomotriciens à souligner, avec juste raison, le caractère *relationnel* de leur pratique (depuis quelques années les psychologues cliniciens, les ergothérapeutes, les orthophonistes font entendre à ce propos le même discours). » Il faut aller plus loin et rappeler que « leur champ d'action est celui de la *motricité en relation* ou plus précisément qu'ils sont chargés des pédagogies ou des thérapies à médiation corporelle. Cette définition est juste car leur pratique se veut à la fois corporelle et relationnelle »¹⁸⁵.

3.1.3. Questionnements, intuition et réflexion clinique

Au cours de l'année, il m'est souvent arrivé d'éprouver des doutes sur les accompagnements et les ateliers que je proposais en stage : étaient-ils efficaces ? Aurais-je pu faire mieux ? Étais-je

¹⁸³ Hochmann. 2012, p. 173.

¹⁸⁴ *Ibid.*, p. 173.

¹⁸⁵ Le Camus. 1984, p. 81-82.

passée à côté d'éléments importants ? C'est par exemple ce que j'ai évoqué dans l'histoire de M. K., lorsque j'ai constaté que celui-ci avait toujours mal malgré ma présence.

Ces questionnements m'ont aidée à aller plus loin dans ma pratique et à chercher des solutions. J'adhère à la perspective de Pascal Bourger, pour qui « être interpellé et démuné en début de prise en charge est une attitude à préserver à l'égard de notre pratique professionnelle. Et c'est le questionnement permanent de notre clinique qui nous permettra d'avancer et d'adapter notre pratique aux bouleversements de la société. »¹⁸⁶

Mais mes interrogations devenaient délétères quand elles finissaient par me paralyser et m'amener à douter de mes compétences. Cet aspect de ma personnalité a notamment été relevé par le Dr G., qui a qualifié mes hésitations de « timidité »¹⁸⁷. Comment utiliser mes questions pour avancer tout en sachant les dépasser ou les mettre de côté quand le besoin s'en fait sentir ?

Peut-être n'ai-je tout simplement pas à répondre à tous mes questionnements : ce stage a été pour moi un apprentissage de l'humilité nécessaire à tout thérapeute. Comme l'explique Pascal Bourger, nos interrogations sont destinées à nous accompagner en permanence et font partie d'un processus normal : « Au début d'une prise en charge, on ne sait pas grand-chose et si peu après. En se fondant sur des hypothèses, nous allons essayer d'aider le patient à exprimer un malaise, en l'aidant à chercher, à avancer, par la facilitation d'un mode d'expression particulier. »¹⁸⁸ Nous n'avons pas à trouver des réponses à sa place, mais à chercher avec lui. Pour cela, nous pouvons tout simplement exprimer nos questionnements à la personne que nous accompagnons. Pourquoi garder secrets nos doutes sur notre efficacité, comme je l'ai fait avec M. K. ? Est-ce par peur de perdre en crédibilité ou de rendre notre inutilité ressentie encore plus réelle ? Quoi qu'il en soit, l'insécurité se transmet aussi par les non-dits et s'éprouve même lorsque nous cherchons à la dissimuler. Communiquer permet au contraire de dédramatiser, voire de débloquer la situation, en commençant par reconnaître auprès du patient que notre action n'est pas suffisante avant de chercher des pistes ensemble.

Par ailleurs, je me suis rendu compte que je cherchais trop souvent à supprimer complètement la douleur ou l'anxiété. Tout résultat en demi-teinte me semblait être un échec. J'aurais pu au contraire me satisfaire des petites réussites : mes patients auraient peut-être éprouvé encore plus de douleur ou d'anxiété sans ma présence. Il est donc dangereux de ramener toutes les insuffisances de la thérapie à un manque de compétences personnelles. Soigner en psychomotricité exige la participation de deux personnes : m'en extraire par manque de confiance revient en fait à me couper de la relation.

¹⁸⁶ Bourger, P. *in* Potel. 2000, p. 79-80.

¹⁸⁷ Communication personnelle, 2 février 2018.

¹⁸⁸ Bourger, P. *in* Potel. 2000, p. 72.

Lorsque la relation soignant-patient ne m'a pas suffi pour comprendre ce qui se jouait, les échanges en binôme ont été moteurs pour analyser ce que je vivais. Cette réflexion sur le matériel clinique est pour moi nécessaire, d'une part pour effectuer un travail réellement thérapeutique, et d'autre part, pour progresser en tant que jeune professionnelle¹⁸⁹. En discutant à plusieurs, nous pouvons construire ensemble des solutions aux problèmes que nous rencontrons. De même, les échanges menés en ateliers d'analyse des pratiques, les conversations que j'ai eues avec mon directeur et avec mes camarades étudiantes se sont toujours avérées très riches.

Pour cela, nos connaissances sont aussi d'une aide précieuse : selon Catherine Potel, « des postulats théoriques [...] sont nécessaires pour garantir une mise en pensée de notre travail auprès des patients, quels qu'ils soient »¹⁹⁰. Bien sûr, il ne s'agit pas de tout ramener à la théorie pour qu'elle fasse office de « rempart contre l'émergence de sensations et d'émotions », mais plutôt de « développer une clinique, la travailler en l'étayant par la théorie »¹⁹¹.

Cependant, tout au long du stage, la théorie est venue pour moi dans un second temps, après les rencontres avec les patients. J'ai souvent agi intuitivement au départ, avant de revenir plus méthodiquement sur ce qui s'était passé. J'étais gênée par ce fonctionnement, car j'avais l'impression d'agir sans réfléchir et de manquer de rigueur. J'aurais voulu prendre le temps de peser chacune de mes propositions avant de me lancer. Pourtant, j'ai constaté que je n'avais pas nécessairement besoin de beaucoup réfléchir pour que mes hypothèses soient justes.

En fin de compte, il me semble qu'utiliser son intuition est une démarche légitime quand elle est maîtrisée. Stéphane Grisi rapproche l'intuition de l'empathie et considère qu'elles font partie des ressources du soignant : « Empathie et intuition [...] constituent toutes deux des méthodes particulières d'acquisition d'une compréhension rapide et profonde. Le thérapeute empathise pour accéder à certains sentiments ; il emploie l'intuition pour découvrir des idées. » Il en découle que « la connaissance empathique aboutit souvent à la connaissance intuitive. »¹⁹²

La démarche du clinicien est donc pour moi indissociable d'une part de spontanéité dans la rencontre, qui ne sera ramenée à des connaissances que plus tard. Cela est particulièrement valable en psychomotricité, profession créative qui fait appel à notre individualité :

En plus de nos formations universitaires, personnelles, de nos expériences qui contribuent à notre identité, ce sont avant tout nos qualités humaines, nos individualités, nos corporéités, qui nous permettent de trouver les voies de la rencontre, pour cela nos

¹⁸⁹ Bourger, P. *in* Potel. 2000, p. 73.

¹⁹⁰ Potel. 2010, p. 323.

¹⁹¹ Bourger, P. *in* Potel. 2000, p. 73.

¹⁹² Grisi, S. *in* Hochmann. 2012, p. 175.

intuitions nous guident en même temps que nos trouvailles, nos erreurs, nos tâtonnements, nos assurances. Toute cette errance et cette créativité seront référées dans l'après-coup à nos cadres théoriques pour penser notre clinique. Le plus difficile, mais non moins nécessaire, étant de rendre compte verbalement de ce qui se passe dans ces aventures limites, extrêmes, qui nous impliquent tant.¹⁹³

Carl Rogers va encore plus loin dans ce raisonnement, car selon lui « toute démarche scientifique a des bases subjectives » : quelle que soit la discipline du chercheur, celui-ci commence par avoir une démarche d'imprégnation intuitive par rapport au phénomène qu'il étudie, « pour accepter que se forme en lui l'hypothèse ». Or, « cette phase affective initiale est souvent passée sous silence au profit de la méthodologie, qui n'est que seconde »¹⁹⁴.

L'histoire de la psychomotricité montre d'ailleurs que les découvertes intuitives ont beaucoup contribué à son développement. On peut citer l'exemple de Victor de l'Aveyron : ce jeune garçon, « privé pendant les premières années de sa vie de toute forme d'éducation humaine » puis recueilli et confié au médecin Jean Itard, présente des troubles psychomoteurs sévères. Itard « comprend très tôt que Victor est rééducable et engage avant l'heure une forme de rééducation psychomotrice visant à pallier les carences éducatives. Le paradigme de la psychomotricité est posé intuitivement, il ne sera validé scientifiquement que deux cent ans plus tard »¹⁹⁵. De même, le terme « psychomoteur » a été utilisé pour la première fois en 1843 par Wilhelm Griesinger, psychiatre allemand, pour décrire l'hypotonie du déprimé. « Ses travaux portent sur un modèle des réflexes psychiques incluant les réactions vasomotrices consécutives à certaines émotions » : comme le souligne Denis Grabot, « c'est donc de l'observation clinique qu'est né l'usage d'un terme visant à décrire les effets moteurs de troubles d'origines psychiques. L'exploration expérimentale du fonctionnement du cerveau ne viendra que plus tard. »¹⁹⁶

3.1.4. Trouver sa propre identité professionnelle

Comme je l'ai expliqué précédemment¹⁹⁷, la psychomotricité est partagée par deux écoles principales qui opposent d'un côté, une démarche plutôt neuroscientifique, et de l'autre, un courant plus psychanalytique. Or, les uns et les autres parlent en fait d'une même méthode dans leurs ouvrages, à savoir la nécessité d'être humble et de placer ses observations cliniques en

¹⁹³ Liotard, D. in Potel. 2000, p. 58.

¹⁹⁴ Hochmann. 2012, p. 118.

¹⁹⁵ Grabot, D. in Potel. 2010, p. 24-25.

¹⁹⁶ *Ibid.*, p. 26.

¹⁹⁷ Cf. *supra* p. 25-26.

premier avant de chercher à les rapporter à une théorie. Cela se retrouve par exemple chez Catherine Potel et Jacques Corraze : là où l'une affirme que « l'humilité reste [...] un axe de conduite » et que tout psychomotricien doit « continuer à s'interroger et à intégrer le doute et la recherche dans [ses] efforts de réflexion, qui sont les clés de voûte de toute démarche clinique »¹⁹⁸, l'autre préconise d'« adopter l'humilité dont le réalisme clinique est porteur »¹⁹⁹. Au-delà de la nécessité de rassembler leurs points de vue – rendue possible à mon sens par la notion commune de corps en relation sur laquelle s'appuient tous les psychomotriciens – que penser de cette communauté de pensée apparemment ignorée des uns et des autres ? Si chacun se laisse guider par sa clinique, pourquoi aboutissent-ils à des interprétations si différentes ?

Toute observation est influencée, parfois malgré nous, par un ensemble de croyances et de représentations qui nous constituent. Chacun a donc un regard différencié sur sa pratique et « il n'y a pas de clinique qui ne soit orientée par des préconceptions théoriques »²⁰⁰. En ce qui me concerne, j'ai choisi pour l'instant de puiser en partie dans ces deux écoles de pensée principales. Manier plusieurs postures théoriques me semble permettre une plus grande flexibilité mentale, donc une meilleure compréhension de la personne. Comme je l'ai montré dans ma partie clinique, chacune des deux positions peut apporter des éclairages intéressants, bien que je garde quelques réserves sur d'autres idées avancées par l'une comme par l'autre.

Par exemple, la perspective neuro-développementale apporte une rigueur et une volonté de recherche scientifique bienvenues. La rééducation structurée d'un trouble a ses mérites et peut sans conteste apporter un mieux-être. Mais la sémiologie ne suffit pas : faire du symptôme « le seul critère à partir duquel se construit toute thérapeutique ne va pas sans poser problème. [...] Le trouble psychomoteur est-il réductible à la seule mesure, fût-elle statistiquement valide ? Est ici posée toute la question de la clinique et de la part de subjectivité que comporte la rencontre avec un sujet présentant des troubles. »²⁰¹

Le point de vue inspiré de la psychanalyse utilise des concepts intéressants, qui permettent d'expliquer beaucoup d'observations cliniques et dont certains peuvent être rapprochés de découvertes récentes des neurosciences²⁰². Pour comprendre les troubles de son patient, le psychomotricien cherche à les saisir dans la relation :

Les termes de vécu corporel, de contre-transfert émotionnel, d'empathie..., viennent témoigner des effets sur notre corps et psyché de la rencontre avec l'autre. Ces effets ne

¹⁹⁸ Potel. 2010, p. 445.

¹⁹⁹ Corraze. 2009, p. 91.

²⁰⁰ Potel. 2000, p. 19.

²⁰¹ Rodriguez, M. *in* Potel. 2010, p. 176.

²⁰² Trégouët. 2012, *RT Flash* (en ligne).

sont pas mesurables, quantifiables mais constituent néanmoins des indices fiables (pour le clinicien exercé à cette écoute) de ce détour par l'autre qui est à la base de toute communication humaine. On peut d'ailleurs s'étonner que cette évidence que constitue le nécessaire détour par l'autre pour 'communiquer' ses états (mentaux, corporels) ne suffise pas à convaincre les plus sceptiques que l'étude de tout comportement humain, si elle se veut réellement objective, se doit paradoxalement de prendre en compte cette part irréductible de subjectivité.²⁰³

Néanmoins, la psychanalyse a aussi ses limites. Il me paraît notamment réducteur d'avancer que « le sujet ne s'accomplit que dans la dialectique entre, d'une part le narcissisme, et d'autre part le sexuel » et que « le conflit est à l'œuvre dans toutes les étapes de la vie »²⁰⁴. A mon sens, nos conflits psychiques ne peuvent nous définir entièrement et nous invitent à les dépasser. Par ailleurs, les psychomotriciens peuvent émettre des hypothèses sur le psychisme sans pour autant devoir se réclamer de la psychanalyse.

Il faut enfin rappeler que pour choisir une appartenance théorique, nous sommes tributaires de notre époque : comme le rappelle Serge Fauché, l'histoire de la psychomotricité « est faite de successions et de juxtapositions de discours où l'imaginaire et la raison se sont mêlés pour fabriquer diverses figures de vérité » sans pour autant « [dissiper] le mystère des connivences du corps et de l'esprit »²⁰⁵. Il se peut que l'avenir mène à une conceptualisation plus unifiée.

Pour l'instant, il nous faut accepter la « complexité des processus à l'œuvre et reconnaître la multifactorialité étiopathogénique des troubles psychomoteurs », ce qui « nous amène à postuler qu'il n'existe pas en ce domaine de prééminence de la psyché sur le soma ».²⁰⁶ A cet égard, une posture intermédiaire intéressante est proposée par Bernard Meurin, qui invite à considérer la dualité corps-esprit non plus comme une différence de substance mais d'expression. « L'homme s'exprime sous deux aspects : par son organisme et par son esprit » : il s'agit donc de « penser l'homme en tant que puissance à agir et à penser », comme le concevait Baruch Spinoza²⁰⁷. Cette perspective a aussi le mérite de rendre aux patients leur puissance, leur rôle d'acteurs de leur vie : il peut s'agir là d'une des spécificités du psychomotricien, liée au regard qu'il porte sur son patient et sur l'humain en général²⁰⁸.

²⁰³ Rodriguez, M. *in* Potel. 2010, p. 178.

²⁰⁴ Potel. 2010, p. 445.

²⁰⁵ Fauché. 1993, p. 316.

²⁰⁶ Rodriguez, M. *in* Potel. 2010, p. 187.

²⁰⁷ Girardier *et al.* 2016, p. 100.

²⁰⁸ *Ibid.*, p. 102.

3.1.5. Conclusion sur notre spécificité

Quel bilan tirer de ce que j'ai appris au cours de mon stage sur le rôle du psychomotricien ?

A mon sens, notre première spécificité provient du fait que nous utilisons tout ce que nous sommes pour notre action thérapeutique. Cette importance de la personnalité, de la créativité et des centres d'intérêt se retrouve bien évidemment dans de nombreuses autres professions, mais combien d'entre elles ont aussi pleinement et sciemment recours à tout notre être, dans ses diverses facettes présentes et passées, aussi bien psychiques que corporelles et émotionnelles ? Dans son entretien avec nous, le Dr G. parle à la fois des « tripes [à mettre] sur la table », de « l'âme » et du « cœur » que nous avons à développer dans nos soins²⁰⁹ : bien qu'elle ne se réfère pas exclusivement à la psychomotricité dans cette description, son point de vue est intéressant dans la mesure où c'est la profondeur de notre engagement dans la relation qui vient ainsi déterminer la qualité de la thérapie.

La perspective des responsables de nos instituts de formation vient conforter et compléter cette vision : ceux-ci mettent en avant une « identité psychocorporelle du psychomotricien », qui se construit tout au long de son cursus grâce à une transmission de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être²¹⁰. A la fin de nos trois années d'études, notre identité personnelle s'est ainsi enrichie d'une identité professionnelle, « plurielle et singulière à la fois. Plurielle dans ses apprentissages, singulière dans son vécu. »²¹¹.

Ce sont donc à la fois l'engagement de tout notre être et nos savoir-être tournés vers le psychocorporel qui feraient de nous des thérapeutes particuliers. Notre spécificité ne vient pas d'une technique ni d'une théorie distinctive, car la psychomotricité est plutôt « un dispositif et une pratique qui proposent une certaine façon de faire et ont pour repère principal de considérer le corps dans toute sa complexité : existentielle, expressive, émotionnelle, identitaire. Dispositif et pratique qui s'intègrent dans des théorisations de l'humain beaucoup plus larges. »²¹²

Notre engagement et nos savoir-être, comme l'écoute, l'observation, le sens clinique, ne sont eux-mêmes pas spécifiques de la psychomotricité : ces qualités sont nécessaires à tout bon soignant. Même les caractéristiques que j'ai décrites plus haut comme essentielles à l'apprentissage de notre posture spécifique de psychomotriciens ne nous sont pas réservées : nous ne sommes pas les seuls à nous occuper de la relation ou de l'empathie. Il est bien sûr indispensable d'être un bon soignant pour être un bon psychomotricien. Mais c'est notre lecture

²⁰⁹ Communication personnelle, 2 février 2018.

²¹⁰ Gatecel, A. & F. Giromini in Potel. 2010, p. 443.

²¹¹ *Ibid.*, p. 444.

²¹² Potel. 2010, p. 13.

corporelle poussée qui colore tous ces invariants et leur donne une dimension particulière.

Par exemple, Alice a exprimé dans son entretien qu'elle sentait quand un patient était anxieux, sans pour autant analyser ses observations intuitives : « Je me base beaucoup par rapport à comment ils se comportent... Si, dès qu'ils arrivent, ils disent 'est-ce que ça va faire mal, j'ai peur que ça fasse mal...', donc là, je me dis : ce patient, ça va être compliqué à gérer la douleur. Il y a des patients qui arrivent cool, détendus [...] Mais il y en a d'autres patients qui sont anxieux, qui ont peur, 'est-ce que ça va me faire mal ?...' [...] Et on sent... [...] dès le début, que ça ne va pas trop bien se passer. »²¹³ Les grilles de lecture des divers professionnels de santé sont complémentaires entre elles : un kinésithérapeute aura une observation plus fine du corps anatomique et fonctionnel, un médecin saura détecter des signes somatiques invisibles aux yeux du non-initié... Quant à nous, c'est notre approche relationnelle et émotionnelle du corps qui nous distingue. Pour Fabien Joly, notre travail se distingue d'autres pratiques ou professions par un projet thérapeutique qui se préoccupe « de la relance d'une bonne habitation corporelle, des relances des liens corps psyché et du plaisir du fonctionnement de la sphère psychomotrice »²¹⁴.

Ces considérations peuvent paraître évidentes à la lecture ; mais dans ce cas, pourquoi est-il si souvent difficile de définir clairement ce que nous faisons et de nous différencier d'autres métiers ? Je pense, comme Catherine Potel, que notre embarras provient de la complexité même des représentations autour du concept de corps dans nos sociétés. Notre position d'intermédiaires, si délicate à tenir, « ne souligne-t-elle pas là un statut paradoxal du corps qui est à la fois nous-mêmes et médiateur de l'être que nous sommes ? Le psychomotricien prend 'à bras-le-corps' ce double aspect du corps »²¹⁵. Cela nous confère à la fois un avantage, soit « [notre] grande capacité [...] à [nous] adapter aux différentes pathologies rencontrées et à développer des médiations de travail – médiations qui s'appuient sur des techniques, mais qui ne se satisfont pas d'elles seules – qui [nous] demandent une écoute, une disponibilité et une créativité indispensables », mais aussi des inconvénients : « le risque d'éclatement des pratiques et des réflexions, le risque de perdre le fil de notre spécificité »²¹⁶.

On peut ajouter à ces difficultés le fait que la psychomotricité est un métier jeune et en plein essor : par conséquent, son identité est encore mouvante. A titre d'exemple, le décret faisant apparaître pour la première fois le terme de « psychomotricien » date de 1985²¹⁷. Selon Pascal Bourger, « cette profession se façonne au fil du temps par la personne qui l'exerce mais

²¹³ Communication personnelle, 24 janvier 2018.

²¹⁴ Joly, F. in Potel. 2000, p. 36.

²¹⁵ Potel. 2000, p. 18.

²¹⁶ *Ibid.*, p. 18.

²¹⁷ Giromini. 2014, p. 96.

également par sa conception et sa représentation générale. Ainsi les premiers psychomotriciens peuvent avoir des difficultés à se reconnaître dans les élaborations actuelles. »²¹⁸

3.2. Vers une meilleure reconnaissance de la profession

Au cours de mes discussions avec les équipes et les patients de l'hôpital, je me suis rendu compte qu'ils ne mentionnaient pas un aspect de notre discipline pourtant important à mes yeux : le manque de reconnaissance de la psychomotricité. C'est au contraire une problématique récurrente pour de nombreux psychomotriciens. Par exemple, beaucoup mènent une lutte contre « la non-reconnaissance financière d'un métier, admis dans les conventions à équivalence bac + 2 »²¹⁹, et ont aussi un sentiment d'être moins bien considérés que d'autres professions de santé : « les psychologues, psychanalystes, ou médecins seraient mieux considérés 'socialement' que les psychomotriciens, éducateurs, infirmiers, orthophonistes »²²⁰.

Pourquoi nos revendications sont-elles si peu visibles de l'extérieur ? Les psychomotriciens ne se fédèrent-ils pas suffisamment en tant que professionnels ? Manquent-ils de théorisations pour se faire connaître ? Catherine Potel estime qu'ils ont mis longtemps à « sortir du 'faire corporel' et investir la dimension théorique de leur travail – afin de transmettre au mieux l'intérêt de ce regard particulier dans les équipes pluridisciplinaires »²²¹. Je pense que nous pouvons œuvrer chacun à notre niveau pour favoriser une meilleure reconnaissance, auprès de nos collègues soignants comme de la communauté scientifique au sens large.

3.2.1. Le travail en équipe : savoir communiquer

Le début de ma discussion met en lumière la difficulté à faire comprendre ce qui se joue entre nos patients et nous. Comment expliquer nos connaissances et nos compétences, quand une partie de ce que nous faisons est invisible ? La psychomotricité, par son exigence d'écoute et de mise en disponibilité, n'a rien de spectaculaire à première vue. Notre action est largement incompréhensible de prime abord pour un regard extérieur : en conséquence, se contenter de montrer ce que nous mettons en œuvre ne suffit pas toujours.

Je m'en suis rendu compte à plusieurs reprises : il m'est arrivé d'éprouver beaucoup d'émotions dans la relation, notamment à travers des propositions de toucher thérapeutique. Or, quand j'en parlais ensuite avec Caroline, celle-ci n'avait pas du tout ressenti ni observé les mêmes

²¹⁸ Bourger, P. in Potel. 2000, p. 65.

²¹⁹ Potel. 2010, p. 99.

²²⁰ *Ibid.*, p. 100.

²²¹ *Ibid.*, p. 100.

choses que moi. Ce qui se passe entre deux personnes dans ces relations est largement invisible, et ce d'autant plus pour un œil non averti. Cela s'est retrouvé dans une conversation que j'ai eue un jour avec Agathe : celle-ci s'est demandé si nous ne trouvions pas notre stage trop redondant. Sa question m'a étonnée car j'avais le sentiment que chaque personne était différente, mais je me suis rendu compte que cela n'était pas forcément évident de prime abord. De même, lorsqu'Agathe nous a parlé de séances d'hypnose auxquelles elle a assisté, elle a exprimé sa surprise d'avoir constaté que cette technique fonctionnait sur les patient malgré un dispositif très simple : « Au début ça m'étonnait, ça me surprenait. [...] Parce que sinon, ce qu'elle leur dit... [...] Moi, ça ne me paraît même pas... (...) Ça ne va pas marcher son truc ! ». Or, la relaxation s'appuie sur des mécanismes comparables à ceux de l'hypnose. Communiquons-nous suffisamment autour de notre lecture corporelle du patient pour expliquer nos accompagnements ? Comment dire en termes simples ce que nous observons, et comment l'amener quand on ne nous pose pas la question ? Il faut en effet rappeler que le service est soumis à des exigences de temps très contraignantes. Nous n'avons que peu de temps pour discuter, et aucun moment spécifiquement dédié où nous nous réunissons pour parler des patients. Par conséquent, les interventions ne donnent généralement pas lieu à une relecture.

Cette démarche didactique me semble primordiale pour s'insérer au mieux dans n'importe quelle équipe pluridisciplinaire, mais reste difficile à mettre en place. Le sujet de mon mémoire m'a aidée à engager un dialogue avec les soignantes, mais il serait possible et souhaitable d'aller plus loin dans l'échange. Par exemple, il faudrait aussi discuter avec les décideurs pour se faire connaître. Établir une communication de qualité nous permettrait de mieux appréhender nos interlocuteurs, de nous ajuster à leurs attentes et à leurs discours respectifs, pour favoriser une compréhension mutuelle. C'est aussi ce que préconise Anne Carpentier, psychologue clinicienne en chirurgie cardiaque à l'hôpital. Elle explique que travailler « dans un service où le clivage corps/psychisme est très ancré, suscite certaines résistances et idées préconçues. » C'est pourquoi cela demande au thérapeute « de l'adaptation, de la souplesse, de l'humilité. Savoir observer, attendre, et proposer au bon moment... et au fur et à mesure, abandonner, lui aussi, certitudes ou schémas que son parcours et sa formation ont forgé en lui. C'est cet esprit d'ouverture qui doit pouvoir se déployer au fil de l'expérience afin d'exercer au mieux son art : écouter pour favoriser la rencontre. » Pour cela, il est essentiel de communiquer, car « c'est en donnant présence, écoute, en favorisant des temps d'échanges pluridisciplinaires qu'une collaboration de qualité, une relation de confiance peuvent s'établir » avec l'équipe²²².

²²² Carpentier, A. *in* Célestin-Lhopiteau. 2015, p. 69.

Un exemple de communication réussie peut illustrer cette dynamique positive. Il arrive que nous pâtissions d'erreurs commises par les précédents stagiaires. Ainsi, le Dr G. était au départ plutôt opposée à une prise en charge individuelle de patients. Au cours de notre entretien avec elle, il est apparu qu'elle avait eu par le passé une mésaventure avec un étudiant. Celui-ci avait mené une séance de psychomotricité et avait effectué son bilan sans lui en parler au préalable. Or, le bilan avait montré « des troubles de la cognition », d'où les difficultés du Dr G. à gérer dans un deuxième temps l'annonce hâtive faite au patient. La rhumatologue nous a ainsi mises en garde contre le fait de « prendre une initiative sans collaboration ». Par la suite, nous avons discuté à nouveau de la possibilité de mener des séances individuelles et le Dr G. nous a invitées à prendre contact avec deux de ses patientes.

Le travail en équipe concerne bien sûr les soignants au sens large, mais il est encore plus important entre psychomotriciennes : Caroline et moi en avons fait l'expérience. Nous nous sommes aperçues au cours de l'année que nous étions très complémentaires dans nos approches. Caroline est souvent plus portée par la spontanéité et le ressenti tandis que j'ai plutôt tendance à analyser intellectuellement. Cela s'est retrouvé dans les visions de nous qu'avaient les soignantes : par exemple, le Dr G. nous a confirmé que nous nous complétions très bien²²³.

Notre travail en binôme a été facilité par des références théoriques souvent similaires, d'où une compréhension mutuelle : « Le travail en couple thérapeutique nécessite de la part des cothérapeutes [...] d'avoir le même cadre de référence interne et de pouvoir travailler en complémentarité. [...] Cette cohérence de pensée à une référence commune facilite grandement les échanges inter thérapeutes autant pendant la séance qu'en dehors. On se rend compte, au fil des prises en charge, qu'elle génère une stabilité qui permet un renforcement de l'étayage proposé aux patients et aux relations qui les unissent. »²²⁴

3.2.2. Penser la recherche pour objectiver sans déshumaniser

La communication avec les équipes est un des leviers les plus immédiats nous permettant de nous faire connaître. A plus grande échelle, il est aussi important que les psychomotriciens présentent des études et des évaluations montrant le bien-fondé de leurs actions. Cela me paraît essentiel pour être mieux reconnus et pour dépasser le simple point de vue au cas par cas afin d'atteindre une certaine généralisation de nos résultats : c'est seulement par une démarche scientifique rigoureuse que les hypothèses peuvent devenir des faits, ou du moins gagner en

²²³ Communication personnelle, 2 février 2018.

²²⁴ Bourger, P. *in* Potel. 2000, p. 79.

crédibilité. Faire des évaluations systématisées permet aussi d'accélérer et de structurer notre propre réflexion sur l'efficacité de nos prises en soin. Néanmoins, ces recherches ne doivent pas déformer la clinique ni imposer une explication unique à l'extrême variabilité de l'humain : toute médecine est destinée à rester un art, soumise à l'individualité de chacun. Par conséquent, le concept de vérité ou de validation scientifique est très relatif et seule la réalité de nos patients doit nous guider.

Il s'agit donc de savoir concilier « l'impératif actuel d'objectivité scientifique – objectivation des symptômes et des troubles, description d'une démarche thérapeutique programmée, tests d'évaluation étalonnés – et la subjectivité clinique – écoute du langage secret du symptôme, compréhension psychodynamique de la personnalité du patient, investissement de la créativité corporelle singulière de chacun »²²⁵. Nous avons à trouver nos outils spécifiques tout en sachant résister à ce que Catherine Potel décrit comme un « conformisme » : « Nous vivons en effet aujourd'hui dans un monde en recherche de certitudes. Les évaluations scientifiques redeviennent le maître mot du milieu médical et psychiatrique, et si les progrès liés aux avancées de la science sont bien évidemment souhaitables, la course à la vérité diagnostique peut parfois nous entraîner fort loin de l'écoute et de la compréhension nécessaires à toute démarche thérapeutique. »²²⁶

Pour donner un exemple concret lié à mon stage, certaines infirmières hypnothérapeutes du service de rhumatologie demandent aux patients et aux médecins de rédiger des témoignages suite aux accompagnements qu'elles effectuent : il s'agit d'expliquer en quelques lignes ce qui s'est passé et ce que chacun a ressenti. Elles rassemblent ensuite ces commentaires et s'en servent pour promouvoir l'utilisation de l'hypnose à l'hôpital.

De notre côté, nous pourrions aussi mettre en place des évaluations pour mieux asseoir notre profession, et construire nos propres dispositifs afin d'objectiver ce qui peut l'être, grâce à ce que nous observons dans nos pratiques cliniques. Par exemple, même un paramètre *a priori* difficilement objectivable comme le tonus peut être comparé à des degrés d'effort : quand nous serrons la main d'un patient, nous pouvons apprécier l'intensité de sa tension. Met-il une force similaire à celle qu'il emploierait pour saisir une feuille ? Un livre ? Un dictionnaire ? A l'heure actuelle, nous nous servons encore de nombreux tests aussi utilisés par d'autres professionnels, comme les ergothérapeutes ou les psychologues, ce qui n'aide pas à nous différencier.

Si les psychomotriciens n'effectuent pas de recherches pour prouver les théories sur

²²⁵ Potel. 2010, p. 62.

²²⁶ *Ibid.*, p. 55.

lesquelles ils s'appuient, un autre risque est que d'autres chercheurs s'y attellent à leur place. Cela peut être très positif en soi, mais les validations ainsi faites ne se référeront pas forcément à des références théoriques psychomotrices qui les sous-tendent pourtant. Par exemple, une étude publiée tout récemment démontre l'importance du toucher dans la régulation de la douleur. Les psychomotriciens connaissent depuis longtemps la puissance du « dialogue tonico-émotionnel » décrit par Julian de Ajuriaguerra, mais l'étude a été réalisée par des neuroscientifiques, et sa description sur des sites de vulgarisation ne mentionne pas ce concept : « Cette étude est la dernière en date d'un ensemble croissant de recherches qui explorent un phénomène appelé 'synchronisation interpersonnelle', par lequel les individus imitent physiologiquement les personnes qui les entourent. »²²⁷ De plus, l'étude s'est intéressée à la synchronisation des fréquences cérébrales grâce au toucher : cette découverte est importante, mais il serait bon que les chercheurs ne considèrent pas le sujet clos avant d'avoir aussi exploré l'aspect physique du toucher à travers le tonus musculaire. Si nous voulons être reconnus internationalement, il nous faut donc défendre les concepts et les théories qui fondent notre travail mais manquent de visibilité sur la scène scientifique mondiale. La psychomotricité elle-même n'a pas d'équivalent dans les pays anglo-saxons²²⁸, et les premières équivalences de diplômes, accordées en 2011, se contentent de lui attribuer le nom de « rééducation psychomotrice », par l'appellation « *Bachelor Degree in psychomotor rehabilitation* »²²⁹. Il reste encore beaucoup à faire pour notre profession.

Les stages expérimentaux sont un autre moyen de se faire connaître dans des milieux encore peu investis par les psychomotriciens. Dans mon cas, notre présence est déjà bien installée puisque des étudiants sont accueillis depuis cinq ans, mais le risque associé est de verser dans une routine qui finisse par étouffer la pensée. Comment continuer à développer ce terrain de stage sans sombrer dans une répétition stagnante ?

3.2.3. Quel avenir pour notre stage expérimental ?

Nous continuons bien sûr d'apporter des compétences et des idées nouvelles, comme l'a souligné le Dr G. dans son entretien. Notre regard permet aux équipes de se remettre en question : « En général, quand on est stagiaire et qu'on est jeune, on est plein d'idées, et c'est ça qui est magnifique. [...] Quand on est à l'hôpital et qu'on a des jeunes qui tournent régulièrement,

²²⁷ « *The study is the latest in a growing body of research exploring a phenomenon known as 'interpersonal synchronization', in which people physiologically mirror the people they are with.* » University of Colorado at Boulder. 2018, *ScienceDaily* (en ligne).

²²⁸ Rodriguez, M. in Potel. 2010, p. 162.

²²⁹ Giromini. 2014, p. 167.

ça apporte forcément. C'est indispensable pour l'hôpital : nous, de faire de la formation pour vous, et les jeunes, de nous dire ce qui est bien, ce qui n'est pas bien, et de nous faire progresser. »²³⁰ Malgré les années, la succession de stagiaires aux regards neufs contribue certainement à une réflexion globale en vue d'une amélioration continue.

A travers mes conversations avec les équipes soignantes, j'ai eu le sentiment que la présence continue de stagiaires avait contribué à clarifier les perceptions sur notre profession. Pourtant, certaines observations m'ont au contraire donné l'impression d'être passée à côté de mon objectif. Par exemple, je suis restée mal à l'aise devant la tendance d'Alice à recommander l'hypnose pour les patients angoissés. Il est arrivé qu'elle se laisse convaincre de notre capacité à gérer nous-mêmes cette anxiété, mais cela n'a pas toujours été le cas, et les décisions ont parfois été prises dans l'urgence sans nous demander notre avis. Cela montre pour moi qu'elle doutait en toute bonne foi de l'efficacité de notre accompagnement dans des situations complexes. Qu'en penser ? Était-ce dû à nos inévitables insuffisances en tant que jeunes professionnelles, ou à une représentation étriquée de la psychomotricité ? L'intégration de changements et de pratiques nouvelles est sans doute un processus à envisager sur le long terme, avec son lot de piétinements et de retours en arrière. Quoi qu'il en soit, c'est à nous de nous positionner et de réexpliquer autant de fois que nécessaire ce que nous faisons. La difficulté de cette démarche est qu'elle doit être proposée à bon escient tout en respectant les idées et les manières de faire de nos collègues, afin qu'aucun des membres de l'équipe, nous comprises, ne campe aveuglément sur ses positions.

Nous sommes arrivées dans le service de rhumatologie en nous laissant définir, dans une certaine mesure, par le cadre mis en place les années précédentes. Si nous voulons faire évoluer les choses, il faudra dès l'amont du prochain stage commencer à renégocier notre action avec la tutrice, les équipes et les prochains étudiants. Du côté de l'institution, les différents acteurs impliqués dans l'accueil des psychomotriciens pourraient ainsi formuler leurs besoins et leurs attentes, qui ont peut-être évolué depuis les débuts des conventions avec l'école. Du côté des stagiaires, de nouvelles propositions pourraient être faites afin de continuer à développer la psychomotricité au sein du service : par exemple, mettre en place des bilans psychomoteurs plus étoffés et réfléchir à des dispositifs d'évaluation, ou faire des séances de relaxation avant les gestes invasifs et non plus seulement pendant ces gestes. C'est ainsi, selon moi, que se construit au quotidien la place du psychomotricien, en partenariat avec les soignants comme les patients.

²³⁰ Communication personnelle, 2 février 2018.

Conclusion

Voilà cinq ans que des psychomotriciens en formation se succèdent au sein de l'hôpital. Les enquêtes que j'ai menées indiquent que notre présence est appréciée et reconnue par les soignants comme par les patients. Certains aspects de notre action restent néanmoins à expliciter. On peut rapprocher ce fait de quelques insuffisances de communication avec les équipes : des efforts supplémentaires pourraient être faits dans ce sens pour une meilleure compréhension mutuelle et une visibilité accrue de la psychomotricité. D'autre part, l'institution demande des évaluations afin de valider scientifiquement les effets de nos accompagnements : de prochains étudiants pourraient mettre en place des études plus poussées sur l'impact de nos prises en soin. Ce stage reste à construire par les générations suivantes pour continuer à faire avancer la réflexion autour de notre profession. C'est par notre intégration dans des milieux nouveaux et par la diversité de nos thérapies que nous pourrions défendre au mieux notre place à part.

Être psychomotricien, c'est revendiquer et vivre une conception spécifique de l'humain. Cette perspective est originale dans nos cultures occidentales empreintes de dualisme, et en particulier dans l'approche du monde médical. L'histoire de la psychomotricité, faite de déchirements entre diverses aspirations théoriques, est le reflet de l'écartèlement qui imprègne nos représentations du corps et de l'esprit comme deux réalités séparées. Sa posture peut paraître inconfortable, notamment dans un contexte hospitalier où l'organisation du soin repose sur des segmentations. Une partie des difficultés que j'ai éprouvées en tant que jeune psychomotricienne découle de cette différence fondamentale. Notre identité particulière me paraît pourtant répondre à un besoin chez ceux que nous accompagnons. La psychomotricité nous invite à nous mouvoir et à nous émouvoir. En se penchant sur notre manière d'être au monde, elle se confronte résolument au mystère de l'être et nous interroge sur notre positionnement en tant qu'humains.

Bibliographie

Albaret, J.-M. & N. Noack (1994). *Manuel de l'échelle de coordinations motrices de Charlop-Atwell*, Editions du Centre de Psychologie Appliquée.

https://www.researchgate.net/publication/319470055_Manuel_de_l%27echelle_de_coordinations_motrices_de_Charlop-Atwell (consulté le 23 avril 2018)

Assié, G. *et al.* (2012). « EBM : Médecine Basée sur les Preuves », mémoire de Diplôme Inter-Universitaire de Pédagogie Médicale, Universités Paris V et Paris VI.

Attal, N., I. Durgun & A. Laurent (2012). « Recommandations du CLUD pour l'évaluation d'une douleur aiguë ou chronique chez l'adulte et l'enfant hospitalisé », Guide d'évaluation de la douleur des Hôpitaux Universitaires Paris Ile-de-France Ouest.

Ballouard, C. (2008). « Les fondements historiques de la psychomotricité », *Contraste*, n°28-29, p. 17-26.

Benhaiem, J.-M. (sous la dir. de) (2003). *L'hypnose médicale*, Paris : Med-Line, éd. de 2012.

Berger, V. & D. Ziri (2016). « La psychomotricité en rhumatologie », livret explicatif à l'attention des soignants de l'hôpital C.

Bes de Berc, M. (2017). « L'urgence de la communication », mémoire de Master Sciences et Technologies Mention Santé, Université Pierre et Marie Curie, Paris VI.

Boutinaud, J. (sous la dir. de). (2017). *Thérapies psychomotrices : 10 cas cliniques commentés*, Paris : In Press, coll. « Cliniques Psychomotrices ».

Brenot, P. (1998). *La relaxation*, Paris : Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? ».

Célestin-Lhopiteau, I. (sous la dir. de). (2015). *Soigner par les pratiques psycho-corporelles : pour une santé intégrative*, Paris : Dunod.

Collectif (2013). *Livret d'accueil des stagiaires*, Pôle ostéo-articulaire de l'hôpital C.

Corraze, J. (2009). *La psychomotricité : un itinéraire*, Marseille : Solal, coll. « Psychomotricité ».

Delassus, É. (2017). « Coexister avec la douleur et l'exigence de sens pour le patient », Conférence « La douleur dans tous ses sens... L'essence de la douleur... », septième journée départementale de soins palliatifs (réseau Émeraude 58), Magny-Cours, France.

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01618454/document> (consulté le 20 février 2018)

Dias Da Silva, L. (2013). « Approche psychomotrice et transdisciplinaire de la douleur chronique », *Evolutions Psychomotrices*, vol. 25, n°102, p. 217-226.

Diouf, P. (2012). « Compte-rendu sur la médecine rationnelle et les autres médecines 'parallèles' : le choix des patients », Journées d'études des 24-25 septembre 2012.
<http://www.orient-mediterranee.com/spip.php?article1138> (consulté le 11 janvier 2018)

Fauché, S. (1993). *Du corps au psychisme : histoire et épistémologie de la psychomotricité*, Paris : Presses universitaires de France.

Girardier, N. *et al.* (sous la dir. de) (2016). *La psychomotricité entre psychanalyse et neurosciences. Histoire, actualités et perspectives : pour une pensée en mouvement*, Paris : In Press, coll. « Cliniques Psychomotrices ».

Giromini, F. (2014). *Giselle Soubiran : des fondements à la recherche en psychomotricité*, Paris : De Boeck – Solal.

Grabot, D. (2004). *Psychomotricien : émergence et développement d'une profession*, Marseille : Solal.

Grim, O. (2008). « La course de la tortue. Témoignage », *Contraste*, 2008, n°28-29, p. 87-104.

Guiose, M. (2007). *Relaxations thérapeutiques*, Paris : Heures de France.

Hall, E. (1966). *La dimension cachée*, Paris : Seuil, éd. de 1971.

Hermant, G. (2008). « La psychomotricité dans le monde. Origines, évolutions, actualités et perspectives », *Contraste*, vol. 28-29, n°1, p. 27-40.

Hochmann, J. (2012). *Une histoire de l'empathie : connaissance d'autrui, souci du prochain*, Paris : Odile Jacob.

Imbert, G. (2010). « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », *Recherche en soins infirmiers*, n°102, p. 23-34.
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm>

Joly, F. & G. Labes (sous la dir. de) (2008). *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*, Montreuil : Papyrus.

Le Camus, J. (1984). *Pratiques psychomotrices : de la R.P.M. aux thérapies à médiation corporelle*, Bruxelles : Pierre Mardaga.

Lecomte, J. (2005). « Les caractéristiques des tuteurs de résilience », *Recherche en soins infirmiers*, n°82, p. 22-25.
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-22.htm>

Leloup, J.-Y. et al. (2008). *Santé globale, médecine plurielle*, Saint-Julien-en-Genevois : Jouvence.

Marzano, M. (2007). *Dictionnaire du corps*, Paris : Presses Universitaires de France.

Piaget, J. & B. Inhelder (1966). *La psychologie de l'enfant*, Paris : Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? », éd. de 2011.

Potel, C. (sous la dir. de) (2000). *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Paris : In Press, éd. de 2010.

Potel, C. (2010). *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse : Erès, éd. de 2013.

Scialom, P., Giromini, F. & J.-M. Albaret (sous la dir. de). (2011). *Manuel d'enseignement de la psychomotricité*, Paris : De Boeck – Solal.

Stettler, O. & S. (2004). *Respirez pour mieux vivre*, Saint-Julien-en-Genevois : Jouvence.

Tchedre, S. (2017). « 'Tenez-moi la main' : la psychomotricité dans l'accompagnement de lavages articulaires », mémoire de psychomotricité, Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière, Université Pierre et Marie Curie, Paris VI.

Thanel, M. (2011). « L'empathie dans la société actuelle : repenser la place du corps au sein de la relation interindividuelle », mémoire de psychomotricité, Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière, Université Pierre et Marie Curie, Paris VI.

Tourmen, C. (2007). « Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion », *Santé Publique*, Hors-Série (vol. 19), p. 15-20.

Wallon, H. (1941). *L'évolution psychologique de l'enfant*, Paris : Armand Colin, coll. « Coursus », éd. de 2002.

Wunenburger, J.-J. (2006). *Imaginaires et rationalité des médecines alternatives*, Paris : Les Belles Lettres.

Ziri, D. (2017). « Le rôle du psychomotricien en éducation thérapeutique », mémoire de psychomotricité, Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière, Université Pierre et Marie Curie, Paris VI.

Sitographie

Agence Nationale de Sécurité du Médicament (2012). « Meopa : Antasol, Entonox, Kalinox, Oxynox ».

<http://ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-stupefiants-et-des-psychotropes/Medicaments-a-risque-d-usage-detourne-ou-de-dependance/Medicaments-a-risque-d-usage-detourne-ou-de-dependance/MEOPA-ANTASOL-ENTONOX-KALINOX-OXYNOX> (consulté le 20 avril 2018)

Base de données publique des médicaments (2017). « Atarax 25 mg, comprimé pelliculé sécable – Notice patient ».

<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=61519586&typedoc=N> (consulté le 20 avril 2018)

Base de données publique des médicaments (2017). « Doliprane 500 mg, gélule – Notice patient ».

<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=67119691&typedoc=N> (consulté le 20 avril 2018)

Bontoux, D., D. Couturier & C.-J. Menkès (2013). « Thérapies complémentaires – acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi – leur place parmi les ressources de soins », Rapport de l'Académie Nationale de Médecine.

<http://www.academie-medicine.fr/wp-content/uploads/2013/07/4.rapport-Th%C3%A9rapies-compl%C3%A9mentaires1.pdf> (consulté le 20 avril 2018)

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (2012). Définition : « Aider ».

<http://www.cnrtl.fr/definition/aider> (consulté le 20 avril 2018)

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (2012). Définition : « Entourer ».

<http://www.cnrtl.fr/definition/entourer> (consulté le 20 avril 2018)

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (2012). Définition : « Soutenir ».

<http://www.cnrtl.fr/definition/soutenir> (consulté le 20 avril 2018)

Collectif (2018). « L'appel de 124 professionnels de la santé contre les 'médecines alternatives' », *Le Figaro*.

<http://www.lefigaro.fr/vox/societe/2018/03/18/31003-20180318ARTFIG00183-l-appel-de-124-professionnels-de-la-sante-contre-les-medecines-alternatives.php> (consulté le 20 avril 2018)

Durel, L. (2018). « Étude : Les Français de plus en plus adeptes des médecines douces », *Actu Santé*.

<https://www.actusante.net/actu/etude-francais-de-plus-plus-adeptes-medecines-douces-8309> (consulté le 20 avril 2018)

Encyclopédie Larousse en ligne (2018). « Anxiété ».
<http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/anxi%C3%A9t%C3%A9/11295> (consulté le 20 avril 2018)

Encyclopédie Larousse en ligne (2018). « Biopsie ».
<http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/biopsie/11571> (consulté le 20 avril 2018)

Encyclopédie Larousse en ligne (2018). « Lavage articulaire ».
http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/lavage_articulaire/17135 (consulté le 20 avril 2018)

Erner, G. (2018). « Hôpital public : en état d'urgence ? », France Culture, Émission « L'invité des matins ».
<https://www.franceculture.fr/emissions/linvite-des-matins/hopital-public-en-etat-durgence> (consulté le 20 avril 2018)

Erner, G. (2018). « Hôpital public : en état d'urgence ? Deuxième partie », France Culture, Émission « L'invité des matins ».
<https://www.franceculture.fr/emissions/linvite-des-matins-2eme-partie/hopital-public-en-etat-durgence> (consulté le 20 avril 2018)

Fagon, J.-Y. & C. Viens-Bitker (2012). « Médecines complémentaires à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris ». Rapport du Comité d'Orientation en matière de Médecines Complémentaires.
https://www.aphp.fr/sites/default/files/presse/1091/Rapport_Med_Compl_AP-HP-05-20122.pdf (consulté le 20 avril 2018)

Fédération Française de Sophrologie (2015). « La sophrologie ».
<http://www.federation-sophrologie.org/> (consulté le 20 avril 2018)

Fondation pour la recherche médicale (2016). « Les 'médecines complémentaires' à l'épreuve de la science ».
<https://www.frm.org/medecines-complementaires> (consulté le 20 avril 2018)

Goldstein, P., I. Weissman-Fogel, G. Dumas & S. Shamay-Tsoory (2018). « Brain-to-brain coupling during handholding is associated with pain reduction », Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America.
<http://www.pnas.org/content/115/11/E2528> (consulté le 20 avril 2018)

Hopital.fr (2015). Dossier : « Médecines alternatives et complémentaires ».
<https://www.hopital.fr/Vos-dossiers-sante/Prises-en-charge/Medecines-alternatives-et-complementaires> (consulté le 20 avril 2018)

Légifrance : le service public de la diffusion du droit. (2004). « Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, abrogé au 8 août 2004 ».

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006066735&dateTexte=20100924> (consulté le 20 avril 2018)

Légifrance : le service public de la diffusion du droit. (2016). « Code de la santé publique, article L1110-5-3 ».

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=25154BDC70142129903FF17B5D1F9F60.tplgfr29s_2?idArticle=LEGIARTI000031971181&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180417 (consulté le 20 avril 2018)

Ministère de l'Éducation Nationale (2016). « Devenir Enseignant. La deuxième année de master MEEF : une année en alternance ».

<http://www.devenirenseignant.gouv.fr/cid98897/la-annee-master-meef.html> (consulté le 20 avril 2018)

Olivier, V. (2014). « Burn-out : pourquoi les soignants sont en première ligne », *L'Express*.

https://www.lexpress.fr/actualite/societe/burn-out-pourquoi-les-soignants-sont-en-premiere-ligne_1317205.html (consulté le 20 avril 2018)

Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (2016). « Définition ».

<http://www.sfetd-douleur.org/definition> (consulté le 20 avril 2018)

Trégouët, R. (2012). « Édito : Les neurosciences vont-elles confirmer la psychanalyse ? », *RT Flash*.

<http://www.rtflash.fr/neurosciences-vont-elles-confirmer-psychanalyse/article> (consulté le 20 avril 2018)

University of Colorado at Boulder (2018). « Holding hands can sync brainwaves, ease pain, study shows », *ScienceDaily*.

<https://www.sciencedaily.com/releases/2018/03/180301094822.htm> (consulté le 20 avril 2018)

Annexes

Annexe I : Questionnaire à destination des soignants

- 1) Pour vous, qu'est-ce que la psychomotricité ?

- 2) Qui vous a proposé au départ de faire intervenir des psychomotriciens pendant les gestes / journées d'éducation ? Pourquoi avez-vous accepté ?

- 3) Aviez-vous des attentes particulières ?
Ce que vous avez observé correspondait-il à ces attentes ? Pourquoi ?

- 4) Avez-vous observé des différences dans la façon de procéder des stagiaires d'une année sur l'autre ?

- 5) Pour vous, quel est l'intérêt de notre présence en salle d'intervention / en éducation thérapeutique ?

- 6) Que faisons-nous d'après vous ? Et quel est notre rôle par rapport à vous ?

- 7) Observez-vous des différences entre les jours où nous sommes absentes et ceux où nous sommes présentes ? Si oui, lesquelles ?

- 8) Diriez-vous que d'autres professionnels (sophrologue, etc.) pourraient faire la même chose que nous ?

Annexe II : Entretien avec les équipes soignantes

[Italiques] : fichier audio peu compréhensible

24 janvier 2018 - Entretien avec Agathe, médecin rhumatologue (gestes invasifs)

Moi : [...] Comme je me dis, peut-être qu'on ne communique pas assez sur ce qu'on fait, etc., et sur notre posture, ça peut être intéressant d'avoir aussi votre vision par rapport aux autres stagiaires.

Agathe : Oui.

Moi : Parce que du coup, vous, depuis le début, les 5 ans, vous avez suivi les différentes stagiaires en psychomot ?

Agathe : Sans doute, si tu dis que ça fait 5 ans... Ça fait 5 ans Alice qu'on a des stagiaires ?

Moi : Apparemment on est les cinquièmes.

Agathe : D'accord, tu vois, j'aurais dit moins... Oui, je crois que ç'a toujours été avec moi dès le départ.

Alice : J'en ai vu trois qui sont venues, trois.

Moi : D'accord.

Agathe : Oui, j'ai pas l'impression qu'il y en ait eu cinq, mais attends...

Alice : Le premier groupe, une fille qui est partie au Canada, je me rappelle...

Agathe : Oui, oui...

Alice : Après il y en a eu une deuxième, puis vous je crois.

Moi : D'accord.

Alice : Pour moi c'est trois.

Agathe : Non, il n'y a pas que trois...

Alice : Peut-être quatre.

Agathe : Quatre, je pense que vous êtes les quatrièmes.

Moi : Ah, on est peut-être les quatrièmes.

Alice : Voilà, peut-être quatre, c'est ça.

Agathe : Oui, je dirais quatre.

Moi : Oui, je croyais que c'était la cinquième. OK. Et c'était Mme B. qui vous avait proposé au début ?

Agathe : Oui, sauf que quand je suis arrivée, elles étaient là un mercredi matin. Mme B., je sais pas si je l'ai vue à ce moment-là... C'est Alice qui a dû m'expliquer... le principe, la nouvelle organisation, et voilà. Mais bon, moi, ça posait pas de problème, au contraire... Même si au départ je ne connaissais pas exactement quels étaient leurs champs d'action et leurs attentes, à partir du moment où ça n'entravait pas mon travail... voire, c'était censé l'améliorer, il n'y avait aucun problème.

Moi : D'accord, OK. Et est-ce que vous aviez des attentes particulières ? Vous connaissiez la psychomotricité, ou pas du tout ?...

Agathe : Non. Non non, je connaissais mal la psychomotricité.

Moi : D'accord.

Agathe : Oui, donner une définition j'aurais eu du mal... Enfin si, heu... Mais peut-être plus, *[je pensais]* plutôt au handicap en général, *[pour]* la psychomotricité.

Moi : Chez l'enfant, et les choses comme ça... ?

Agathe : Voilà, des patients qui avaient des problèmes de coordination, des maladies neurologiques... Voilà, je le voyais plus sous cet angle-là.

Moi : Oui, c'est ça oui, sous cet aspect. D'accord. Et aujourd'hui du coup vous avez l'impression... de cerner mieux ou... ?

Agathe : De cerner mieux, oui parce que vous m'avez chacune un peu apporté des choses et expliqué aussi vos travaux, un peu tous différents quand même.

Moi : Oui. Oui oui.

Agathe : Et... Oui j'ai l'impression de mieux cerner. *[rises]*

Moi : Pour vous, c'est quoi l'intérêt qu'on soit là avec vous, en salle d'intervention ?

Agathe : L'aspect pratique pour moi, ici, c'est bien sûr la détente du patient, le fait qu'il soit plus centré sur sa respiration que sur sa douleur... Donc ça me fait gagner en simplicité, *[enfin au niveau]* du geste ; *a priori* le geste se passe mieux.

Moi : Oui, d'accord. Et est-ce que vous voyez une différence avec les jours où on n'est pas là, par exemple ?

Agathe : Clairement, pour les patients qui sont anxieux oui, après bon... Comme aujourd'hui par exemple, tu vois, je n'aurais pas vu de différence...

Moi : Oui.

Agathe : Mais pour des gens qui, en effet, sont déjà anxieux avant d'arriver, et on sait qu'en général pour ces patients-là c'est beaucoup plus compliqué à gérer, que nous ça nous demande de... D'essayer de les détendre, de leur changer les idées, de leur expliquer encore plus... Et en plus souvent ça ne marche pas, du coup on est moins concentrés sur notre technique du geste, donc c'est vrai que pour des gens comme ça, vous êtes un apport vraiment intéressant.

Moi : Oui, donc à la limite... Enfin, j'imagine : la place d'un psychomotricien dans l'idéal, ce serait qu'il repère les patients anxieux, qu'il vienne exprès pour eux...

Agathe : Oui, voilà, tout à fait.

Moi : Et que le reste du temps, en fait vous n'avez pas vraiment besoin de notre intervention.

Agathe : Non... Oui, oui tout à fait. On peut le voir comme ça.

Moi : Même si je ne sais pas si c'est très faisable...

Agathe : Voilà [rires] même ce n'est pas si simple !

Moi : Est-ce qu'aussi, vous avez observé des différences entre les stagiaires d'une année sur l'autre ? Il y avait des choses très différentes qui étaient proposées, ou globalement, on a fait à peu près les mêmes choses ?

Agathe : Hmm... La majorité parlait... évoquait, [*je dirais sur*] la respiration. Ce qui est un peu nouveau peut-être chez vous, c'est quand vous dites au patient de penser à ses appuis...

Moi : Ah oui !

Agathe : Voilà, ça, c'est la première fois que je l'entendais.

Moi : D'accord.

Agathe : Parmi les quatre précédents. [...] [*C'est une autre*] chose [*où*] je trouve que ça marche bien aussi pour les gens : je pense qu'ils visualisent bien les choses, comme ça, et pas que la respiration parce que... La respiration, ce n'est pas toujours facile pour tout le monde.

Caroline et moi : Oui.

Agathe : Et aussi de bien respirer, c'est... Moi je vois bien, personnellement, [*des fois*] j'ai plutôt la respiration qui peut être bloquée, et j'arrive pas forcément à bien [...] de respirer, ce n'est pas si simple. Donc cette technique-là, moi je trouve ça intéressant. Après... Il y a eu plus des psychomotriciennes qui utilisaient un peu l'évasion par les voyages...

Moi : La visualisation...

Agathe : Voilà, par les vacances...

Moi : Oui, d'accord.

Agathe : Ça, ça revenait souvent aussi.

Moi : Oui.

Agathe : Après, ça dépend comment le patient... S'il accepte ou pas de partir : il y en a qui en effet, évoquaient facilement des choses et d'autres qui restaient bloqués, qui... ça ne les intéressait pas, en fait.

Moi : D'accord, oui.

Agathe : Voilà, sinon... L'approche, je pense, est à peu près identique, dans la présentation au patient, dans votre position par rapport à lui... Le fait que vous passiez avant... Je crois qu'elles... Oui, je crois qu'elles le faisaient toutes, avant.

Moi : Oui, elles le faisaient au moins l'an dernier c'est sûr.

Agathe : L'an dernier oui. Je ne sais plus si la première passait dans les salles... Bon, je ne suis pas sûre en fait.

Moi : D'accord. Elles l'ont peut-être mis en place l'an dernier.

Agathe : Oui.

Moi : Nous globalement, on trouvait que c'était intéressant, et comme ça, ça nous permet aussi de voir s'ils sont angoissés ou pas, déjà.

Agathe : Oui. Et de vous présenter, oui.

Moi : Et, du coup, bon ça va se recouper un petit peu avec ce que vous disiez avant, mais notre rôle par rapport à vous, comment vous le définiriez, si vous aviez à dire comment on se positionne ?

Agathe : Un rôle de, d'aide... Comment dire... [...] Je ne vais peut-être pas trouver les bons termes...

Aide... Aide relationnelle, mais ça ne veut rien dire...

Moi : Si, ça me parle bien ! [rires]

Agathe : Ah bon ?

Moi : Oui oui, aide relationnelle...

Agathe : Hum... Aide relationnelle...

Moi : Enfin, aide relationnelle pour le patient.

Agathe : Pour le patient, oui oui oui, bien sûr. [rires]

Moi : Et, une dernière question : est-ce que, pour vous, d'autres professionnels, par exemple sophrologues, pourraient avoir la même action que nous finalement, en salle d'intervention ?

Agathe : J'aurais tendance à dire oui comme ça, même si je ne connais pas bien toutes les techniques. La sophrologie travaille aussi sur le souffle. La méditation de pleine conscience par exemple. ...Oui. J'aurais tendance à dire oui, que ça se recoupe quand même et que, dans cette position de patient allongé qui essaie de ne pas trop se focaliser sur sa douleur, j'imagine qu'il y a d'autres techniques qui seraient également efficaces.

Moi : Oui voilà, c'est ça, l'efficacité [...]

Agathe : Après, je ne sais pas, en termes de rapidité, ou de mise en place... Je ne sais pas combien de temps mettent les autres techniques par exemple, mais j'imagine que oui... Oui oui.

Moi : C'est ça, [*que*] ce seraient des solutions intéressantes.

Agathe : On a eu un peu d'hypnose avec Mme B., une ou deux fois ; enfin moi, j'ai eu l'occasion.

Moi : D'accord. Elle était venue [*... faire*] des gestes ?

Agathe : Oui.

Alice : Vous l'avez déjà vue faire de l'hypnose, non ?

Moi : Moi, je l'ai vue une fois.

Alice : Déjà c'est bien si tu as vu une fois.

Moi : Oui oui.

Agathe : En salle ici ?

Moi : Non, c'était en bas.

Alice : En bas ?

Moi : Oui.

Alice (en aparté à Agathe) : Non mais eux ils n'ont pas les cours, ils ne leur apprennent pas ça.

[Alice en aparté à Caroline pendant la suite de la conversation : ça ne fait pas partie de votre théorie, quoi. [...]

Caroline : On nous en parle, mais après tu sais...

Alice : On n'essaie pas de vous apprendre un peu.

Caroline : Mais tu sais, on a tellement de choses déjà à apprendre en trois ans...

Alice : Oui, mais, ça [...]

Caroline : [...] On ne peut pas tout faire.

Alice : Non. Oui, c'est sûr.

Caroline : Après on a encore d'autres techniques de relaxation.]

Agathe : C'était avec une patiente ?

Moi : Un patient oui, qui venait pour une infiltration au poignet je crois...

Agathe : D'accord.

Moi : ...mais qui avait une problématique psychiatrique aussi, et pour lui c'était une effraction assez importante, donc ils avaient fait avec du Meopa et elle était là aussi.

Agathe : D'accord. Mais les deux en même temps ?

Moi : Oui, les deux en même temps.

Agathe : Elle, ce qu'elle avait fait les deux fois où elle est intervenue, ç'avait été efficace.

Alice : Très bien.

Agathe : Oui, c'est vrai que...

Alice : Oui, mais elle a été formée...

Moi : Elle a de l'expérience.

Alice : Après, il y a des cours sur C... Voir si vous avez le droit, si c'est faisable, il faut voir avec elle, vous pouvez vous inscrire.

Moi : Oui... Après -

Alice : Mais est-ce que vous avez le droit, ça c'est autre chose. De vous inscrire.

Moi : Et puis ça ne fait pas partie du cursus... En psychomotricité ils nous apprennent d'autres techniques.
Agathe : Oui, bien sûr.
Moi : Du coup, ce que je trouvais intéressant aussi c'était de voir si nos techniques à nous peuvent être efficaces.
Alice : En tout cas Mme B., quand elle le fait, moi je trouve que c'est efficace, je t'assure.
Moi : Tu penses que c'est bien, oui...
Alice : Ah oui, très.
Agathe : Oui, alors que... Enfin, au début ça m'étonnait, ça me surprenait. Mais je crois qu'il y a la voix aussi...
Alice : l'intonation...
Moi : Oui.
Agathe : Et elle est vraiment très proche du patient. Sa tête, elle la tient, presque comme ça par les épaules et devant elle. Parce que sinon, ce qu'elle leur dit... C'est...
Alice : Oui, oui.
Agathe : Moi, ça ne me paraît même pas [...] ça ne va pas marcher son truc ! Parce qu'elle leur parle, justement, des voyages...
Alice : Voyages... [...]
Agathe : Elle leur dit de visualiser, beaucoup... Et, bon, c'est vrai que ça avait marché...
Moi : Oui, finalement, c'est plus la présence physique aussi...
Agathe : Aussi. Je pense que ça joue un rôle là-dessus aussi, oui.
Moi : D'accord. Et du coup, pour vous aujourd'hui, c'est quoi la psychomotricité, si... en deux mots ?
Agathe : En deux mots ! [rires]... humm... Alors c'est le...
Moi : La question [piège] !
Agathe : [rires] Si si, c'est le rapport entre l'esprit et le corps, hmm...
Moi : Oui. [rires]
Agathe : Non mais c'est vrai !
Moi : Oui oui, non mais... Vous avez parfaitement...
Agathe : C'est une définition qui s'en approche... De ce que m'avait expliqué au départ votre collègue. Et... Tu veux dire, en général ou par rapport à ce mercredi matin ?
Moi : Oui, en général ; je me disais, quelle idée vous vous en faites, vous...
Agathe : Oui. Eh bien c'est... Peut-être faire prendre conscience au patient... Oui, de son corps dans l'espace, et dans sa perception aussi mentale. Voilà, pour améliorer certaines douleurs ou certains handicaps...
Moi : Oui.
Agathe : Pour les travailler en tout cas, pour améliorer ces problèmes-là, quoi.

24 janvier 2018 - Entretien avec Alice, infirmière (gestes invasifs)

Moi : [...] Du coup oui, toi c'est pareil, tu as suivi les stagiaires depuis le début ?

Alice : Oui.

Moi : Et pareil, c'était Mme B. qui t'en avait parlé ?

Alice : Mme B. au début, et moi je trouvais ça très bien pour les, comment dire, pour les patients...

Moi : Oui.

Alice : Pour moi c'était bénéfique pour les patients et j'étais pour. Et puis voilà quoi, j'étais... Je trouvais que c'était positif pour les patients, du fait qu'il y ait une présence. Moi tu me vois, des fois je ne peux pas être toujours à côté du patient, je suis obligée de m'occuper des examens...

Moi : Oui.

Alice : Donc je ne suis pas toujours présente à côté d'eux. Et tu as des patients des fois qui me disent « vous pouvez me tenir la main ? ». Des fois, quand vous êtes là, présentes, c'est vous qui faites un peu le relais.

Moi : Oui.

Alice : Pour moi, je trouve ça positif.

Moi : Parce que tu as beaucoup de choses à faire finalement, pendant le geste, tu gères beaucoup de choses en même temps...

Alice : Oui, parce qu'il y a le matériel stérile à donner au médecin, en plus après il y a les prélèvements, il faut que je gère tous les papiers, et entre chaque patient tout doit être clôturé. Donc ça me prend 5-10 minutes, et pendant les 10 minutes, je ne suis pas présente. Voilà, donc c'est pour ça.

Moi : Oui. Et tu constatais que les patients étaient anxieux ?...

Alice : Oui. Enfin moi, plusieurs fois je constatais le patient « donnez-moi votre main... »... Alors des fois ma collègue était là, c'est elle qui tenait la main, et ça les rassure que quelqu'un leur tienne la main. Soit à côté d'eux, présent.

Moi : Oui oui.

Alice : Voilà. Et surtout leur parler. D'avoir une présence. Le docteur est concentré, elle ne peut pas toujours parler avec le patient, comme vous l'avez constaté ; donc c'est nous qui faisons un peu le relais.

Moi : OK. Et tu avais des attentes particulières au départ, quand les stagiaires sont arrivés, ou tu étais... ?

Alice : Non, je me suis adaptée avec eux... Je les laissais... Bon par contre, c'est Mme B. qui a géré ça : elle leur a dit au début, chacun votre tour, vous vous mettez près du patient, une *[reste en]* retrait, l'autre est proche, donc je pense que c'est Mme B. qui a géré ça, moi je ne m'en suis pas mêlée.

Moi : D'accord, OK. Oui, toi tu...

Alice : Non, je me suis pas mêlée, je vous ai laissées faire.

Moi : D'accord. Et du coup même question, est-ce que toi, tu as observé des différences entre les stagiaires d'une année sur l'autre ?

Alice : Alors moi je trouve que vous êtes toutes différentes. Déjà, pourquoi vous êtes différentes pour moi : déjà, vous n'avez pas le même caractère, la même personnalité...

Moi : Oui.

Alice : Par exemple, toi et ta collègue, moi je vois que toi [elle me désigne], disons, tu es plus souriante que ta collègue... Ça c'est... Par exemple, quand tu parles aux patients, tu parles différemment que ta collègue.

Moi : Oui. Oui oui.

Alice : Et l'intonation n'est pas la même.

Moi : C'est sûr.

Alice : Bon voilà, vous êtes différentes. Après... Voilà, c'est comme nous quand nous avons des élèves infirmières, il y en a qui... On ne peut pas juger, même, on est tous... Ça vient du trait de caractère, de la personnalité, après vous essayez d'appliquer votre théorie, mais c'est pas toujours évident avec les patients... Voilà. Mais vous êtes toutes différentes, pour moi.

Moi : Oui.

Alice : Après j'ai vu des collègues qui étaient plus réservées, où des fois je *[me]* disais « ah, elle a du mal à parler avec les patients » ; ou une de tes collègues, à un moment ; elle était vraiment très... Je vais dire... Très jolie. C'était – je ne sais plus comment elle s'appelait, comme fille. Une... Qui est d'origine africaine, je ne sais même plus son prénom. Et j'avais vu des patients qui la draguaient. Et à un moment, il y avait un patient qui lui disait, « mais vous êtes jolie », et tout. Et elle, elle n'osait pas répondre. Et à un moment,

moi je suis mêlée, j'ai dit « écoutez monsieur, c'est indiscret, on n'est pas là non plus... ». Et après, je lui ai dit « tu sais, tu aurais dû quand même ne pas te laisser faire, quand c'est comme ça il faut... » Voilà quoi, je veux dire, il arrive un moment... On est des professionnels, on n'est pas là non plus pour se faire draguer.

Moi : Oui.

Alice : Et elle, je pense qu'elle était très timide. Donc je lui ai dit. Après, c'est à elle de... Et elle m'a dit « non, c'est ma façon de répondre ». J'ai dit « oui, mais méfie-toi, parce que des fois tu peux avoir des patients qui sont psy et... ». On ne sait jamais. Il faut quand même cadrer. Je lui ai dit parce que moi, ça fait trente ans que je suis infirmière, et il y a des patients... Voilà, il n'y a pas de limites. Donc c'est pour ça, il faut vraiment montrer qu'on est des professionnels, on n'est pas leurs copains, leurs copines...

Moi: Hmm hmm.

Alice : Et voilà. Donc après, on peut... Comment dire, je vois des patients, des fois, on leur pose quelques questions sur leur vie intime, en disant « vous avez des enfants ? »... Et eux, en retour, ils veulent savoir aussi notre vie privée.

Moi : Eh oui.

Alice : Et c'est là où est la barrière. Et donc c'est délicat. Mais ça arrive, donc des fois, même [Agathe] a eu des soucis avec des patients, ils voulaient savoir sa vie privée...

Moi : Ah oui... D'accord.

Alice : Donc c'est délicat. Donc moi j'aime pas trop débiller ma vie privée. Voilà. Mais il y a quelques cas comme ça. Donc c'est très... Il faut bien montrer qu'on est des professionnels.

Moi : Il faut faire au cas par cas, quoi.

Alice : Cas par cas. Il y a des patients, par exemple la première patiente qu'on a eue ce matin, qui était dans le juridique, moi j'ai pas trop parlé avec elle parce que j'avais pas trop d'atomes crochus.

Moi : Oui.

Alice : Bon voilà, il y a des patients, on a peut-être plus d'atomes crochus, on a des petites choses en commun, on arrive à... Mais c'est pas toujours évident. Mais moi je garde toujours mes distances avec les patients, j'essaie d'avoir un rôle éducateur avec eux, comme par exemple, il y a des patients qui sont obèses, je leur dis « bon, est-ce que vous avez pensé à une diététicienne... ». Bon, mais de toute façon... Voilà, un peu d'éducation, comme hier j'avais une patiente qui était obèse, je lui ai dit « bon, il faut vous prendre en main », mais le souci c'est que des fois des médecins ne leur disent pas.

Moi : Oui.

Alice : Ou... Voilà, c'est ça. Mais moi, j'ai plutôt ce rôle-là. Mais je ne veux pas être leur copain, leur copine, je garde mes distances... A la fin, j'essaie de quand même leur faire un sourire. Bon, pendant l'intervention, il y a le masque, donc on est un peu... J'essaie de les rassurer, mais... Voilà. C'est pas toujours évident, mais à force, on acquiert un peu d'expérience.

Moi : Tu marques bien le cadre.

Alice : Voilà. Je garde... Et après je leur dis, des fois ils veulent que je reste près d'eux, je dis « là je suis désolée, je ne peux pas, j'ai des examens... ». Alors il y a des patients, si tu veux... Des fois, ils sont un petit peu immatures, ils ne comprennent pas qu'on ne peut pas rester près d'eux... Même les médecins leur disent « Vous savez, Alice elle est occupée, elle ne peut pas rester près de vous ». Donc tu vois, d'un patient à l'autre, des fois c'est pas facile. On essaie de... On fait au mieux.

Moi : Oui. C'est très différent, quoi...

Alice : C'est très différent d'un patient à l'autre. Et nous, le gros souci ici c'est que les patients, on ne connaît pas, moi je ne connais pas leur contexte psychologique, qu'ils ont, leur vie familiale... Tu as des patients qui sont dépressifs... On ne le sait pas forcément. Ou des contextes psychiatriques. Donc quand ils arrivent là, on les considère tous pareils. Et après, on juge par rapport... Comme ils se comportent. Donc il y a des patients qui vont être relax, d'autres qui vont crier... C'est très, disons, d'un patient à l'autre... Voilà. Et ça, ça vient de leur passé. Leur vécu, disons, et puis, peut-être qu'il y a des patients qui ont eu des souffrances, et que... Voilà, ils reportent ça pour le geste, tu vois.

Moi : Oui, ça les a marqués...

Alice : Ça les a marqués, donc... Voilà. Donc on essaie de faire au mieux... Donc c'est pour ça, lorsqu'ils viennent, souvent, ils ont des prémédications, et si vraiment ils sont trop souffrants, on peut leur faire du Meopa, le gaz hilarant, qu'on fait, bon... Et ça nous est arrivé, tu l'as déjà vu, où on leur fait ça. Si vraiment ils crient, ils ne supportent pas... Donc on leur fait ça et puis après ça se passe bien. Donc il faut s'adapter en fonction de chaque patient.

Moi : Oui oui.

Alice : Voilà, je ne sais pas si ça te convient, ma réponse...

Moi : Si si, très bien. Et du coup pour toi, l'intérêt de notre présence en salle -

Alice : Moi je trouve bénéfique. Voilà, comme je te dis, c'est positif, c'est bénéfique, moi je vous apprécie, que ce soit vous ou vos autres collègues, mais par contre vous êtes toutes différentes.

Moi : Oui, bien sûr.

Alice : Mais voilà, c'est bénéfique et j'espère que pour vous aussi c'est bénéfique.
[Elle parle en aparté avec une aide-soignante]

Moi : Pour toi, c'est quoi notre rôle, qu'est-ce qu'on fait ?

Alice : Vous avez un rôle... Ça vient de votre formation, comme vous avez des cours de théorie sur la psychologie... Vous faites beaucoup de psychologie, et de la psychomotricité, vous voyez comment se comportent les patients vis-à-vis de la douleur.

Moi : Oui.

Alice : Donc vous reportez... Là, vous avez... C'est la pratique, quoi, disons, vous êtes sur le terrain, et puis vous dites « bon, en théorie, on m'a appris ça... » et voilà, donc pour vous, c'est bénéfique. C'est un stage pratique.

Moi : Oui. Oui oui.

Alice : Voilà. Pour moi, c'est... C'est comme nous, lorsqu'on a des cours à l'école, sur la théorie, sur les pathologies ; et puis après on va dans le service et après on s'adapte en fonction des patients.

Moi : Des patients, oui. Et du coup, par rapport à toi, notre rôle... Tout à l'heure, tu parlais de relais ; tu nous considères comme un relais, en fait... ?

Alice : Non, pas un relais. Vous appliquez vos cours, votre théorie sur la psychomotricité, et voilà. Vous êtes... Pour moi, c'est... C'est la pratique, quoi, par rapport à vos cours de théorie.

Moi : Oui. Et est-ce que tu vois des différences entre les jours où on est absentes, les jours où on est présentes, pour les patients ?

Alice : Ah ben oui, moi je vois une différence. Que des fois, quand vous n'êtes pas là, je dis à Agathe, « ah ben là, c'est dommage qu'elles ne soient pas là... ». Tu sais, on voit, quand même. Pour moi, c'est positif, ça c'est sûr. Vous êtes toutes différentes, mais c'est positif. Mais on s'adapte.

Moi : Et est-ce que pour toi, d'autres professionnels, par exemple je ne sais pas, sophrologue -

Alice : Je ne connais pas trop les autres.

Moi : Pourraient faire -

Alice : Je ne peux pas me baser. Je ne peux pas te dire, parce que je ne connais pas trop.

Moi : D'accord, OK.

Alice : Je ne peux pas dire.

Moi : Il n'y a que l'hypnose que tu as -

Alice : Alors j'ai vu Mme B. avec l'hypnose, alors après bon... C'est une autre façon de relaxer les patients...

Moi : Oui.

Alice : Mais le fait que vous soyez présentes, c'est sûr, ça aide beaucoup. Je vois. Et après, ce qui est bénéfique, c'est que vous allez voir les patients pour voir comment ils ont jugé votre présence.

Moi : Oui.

Alice : C'est ça qui est intéressant.

Moi : C'est vrai, on va les voir après.

Alice : Voilà. [rires]

Moi : Et du coup dernière question : pour toi, si tu devais définir la psychomotricité aujourd'hui, en général, qu'est-ce que tu dirais ?

Alice : C'est compliqué parce que je ne connais pas trop vos cours théoriques.

Moi : Oui.

Alice : Mais je sais que vous faites beaucoup de cours sur la psychologie, et puis sur le comportement des patients par rapport à leur souffrance. Donc pour moi c'est de la pratique, comme je te dis, et...

Moi : Oui...

Alice : Comme je ne connais pas vos cours, tu vois, je... Mais je sais que pour vous c'est de la pratique, quoi. Vous apprenez ça. Vous êtes en troisième année ?

Moi : Oui.

Alice : Voilà, donc vous avez de l'expérience. Voilà.

Moi : Et, est-ce que... Ça m'y fait penser juste parce que tu as parlé des prémédications : est-ce que tu penses que grâce à ce genre d'accompagnement en salle, on pourrait faire prendre moins de médicaments aux gens par exemple, ou...

Alice : Moi je pense, franchement, la prémédication ça les aide – ça aide beaucoup à ce qu'ils soient détendus.

Moi : Oui.

Alice : Il y a des patients, des fois, ils ne les prennent pas, je sens qu'ils sont crispés. L'anti-douleur plus l'Atarax, une heure avant, ça les détend.

Moi : Ça les détend bien.

Alice : Franchement, oui.

Moi : Tu vois la différence.

Alice : Pour moi de toute façon c'est bénéfique ; ceux qui n'en prennent pas, on les sent anxieux. Ça permet de les relaxer. Et même maintenant sous Meopa, le médecin, le Dr A. veut qu'ils aient de l'Atarax et de l'Oxynorm. A base de morphine.

Moi : Ah oui, d'accord.

Alice : Donc oui, moi je pense que c'est obligatoire. Moi, je trouve... Même les patients qui le refusent, souvent quand ils sont là on dit « c'est dommage que vous ne l'ayez pas pris ».

Moi : Donc finalement, nous on serait complémentaires...

Alice : Complémentaires.

Moi : Mais pas en remplacement des médicaments.

Alice : Peut-être, si. Mais j'ai du mal. Il faudrait faire un – comment on appelle ça – un groupe, de patients qui n'ont pas eu...

Moi : Des tests.

Caroline : Oui.

Alice : Des tests, oui. Ça, ce serait intéressant. Vous feriez des... Ce patient, il n'a pas eu... Ce serait pas mal, ça, comme étude. Voilà. [rires] Pourquoi pas, il y a des fois...

Moi : Oui, on ne sait jamais.

Alice : Et après, je te dis, ça dépend des antécédents des patients. C'est ça. Pour nous c'est très compliqué, parce que moi je connais pas, ils arrivent, on ne connaît pas leur vécu... Mais moi je me base beaucoup par rapport à comment ils se comportent... Si, dès qu'ils arrivent, ils disent « est-ce que ça va faire mal, j'ai peur que ça fasse mal... », donc là, je me dis : ce patient, ça va être compliqué à gérer la douleur. Il y a des patients qui arrivent cool, détendus, et... Tu vois, les deux patients qu'on a eus ce matin, ils étaient détendus.

Moi : Oui.

Alice : Mais il y en a d'autres patients qui sont anxieux, qui ont peur, « est-ce que ça va me faire mal ?... » Et on sent... On le...

Moi : Dès le début, oui.

Alice : Oui, dès le début, que ça ne va pas trop bien se passer, qu'ils seront... Voilà, que ça va être compliqué à gérer la douleur.

Caroline : Après du coup, c'est peut-être plus, pas la prémédication mais par exemple le Meopa qu'on ne va pas forcément utiliser parce qu'on est là [...].

Alice : Mais je te dis, bon ; et après ces patients, il y a des patients qui sont comme ça, qui ont refusé leur prémédication...

Moi : Oui.

Alice : Et c'est là où on leur dit aux patients, et des fois ces patients-là, je leur fais du Meopa. Alors on dit, « vous voyez, vous avez refusé ça... ». Voilà, c'est tout un concept, tu vois. Donc c'est pour ça que ces patients-là, on est obligés de leur faire du Meopa, et après ça se passe bien. On a eu une patiente comme ça, qui a dit « non, je ne veux pas le prendre, parce que j'ai peur d'être endormie après », et ça s'était mal passé. Et il a fallu faire du Meopa. C'est pour ça que je te dis, c'est tout un engrenage...

Moi : Oui. Oui oui. [Le téléphone sonne].

Alice : Et le souci, c'est en amont, il faudrait que ce soit mieux géré [...]. Avec le médecin qui impose la prémédication. Et les médecins n'imposent pas. Si le patient dit « non, je n'ai pas envie », bon ben... C'est le patient, il décide de ne pas le prendre.

2 février 2018 - Entretien avec le Dr G., médecin rhumatologue (éducation thérapeutique)

Moi : [...] Pour commencer : vous, au départ, qui est-ce qui vous avait proposé de faire intervenir les stagiaires en psychomotricité ?

Dr G : C'est [Mme B.]. [Mme B.] est psychomotricienne. Un jour, elle est venue me voir en me disant : « est-ce que ça t'intéresserait de faire participer des étudiants de psychomotricité ? ». Et ne sachant pas exactement la place que vous pourriez avoir, les unes et les autres qui êtes dans le service, je lui ai dit « si si, ça m'intéresse beaucoup ». Parce que pour moi, dans ma tête, psychomotricité, c'était la prise en charge physique et psychologique qui pouvait être expliquée, et harmonieuse à montrer aux patients, en fait. C'était de montrer que le corps et le psychisme vont de pair, et que si on fait un travail qui mixe les deux, ça montrera aux patients qu'ils peuvent réussir à faire eux-mêmes des choses. Donc c'était ça le principe. Je ne savais pas du tout où j'allais au départ, parce que... Voilà. Et il s'est trouvé que c'était une très bonne idée. [rires]

Moi : Donc vous avez accepté pour voir...? ou parce que vous aviez des attentes...

Dr G : Je fais confiance à [Mme B.], elle a beaucoup d'empathie. Elle est très branchée sur cette prise en charge avec la prise en charge de la douleur, l'hypnose... On est sur le même, vraiment sur le même état d'esprit concernant les soins à apporter en plus de la prise en charge, je dirais classique et technique, que l'hôpital peut offrir. Et je pense que ces techniques, qui ne sont pas – comment dirais-je – encadrées par des personnes qui apportent du « soft »... « Soft compétences », pour moi, c'est des compétences douces – alors, il y en a qui disent « compétences molles », moi je dis « compétences douces » [rires] – je pense que c'est très important. Et c'est fondamental parce que la prise en charge globale d'une maladie chronique, ce n'est pas : « je traite le physique, je te donne des médicaments » ; c'est : « je traite la personne ». Voilà, et la personne, elle vit avec un sacré fardeau sur la tête et ses aidants aussi. Donc il faut l'aider à prendre conscience de tout ce qu'elle peut faire, de tout ce qu'il y a à faire. Donc ça c'est intéressant. [Mme B.] pour ça, moi je l'appelle de temps en temps quand il y a des gestes agressifs à faire pour qu'elle me fasse une séance d'hypnose à un patient. Un jour, il y en a un qui ne voulait pas avoir une biopsie médullaire, et elle m'a fait une séance d'hypnose au patient et il a accepté la biopsie. Donc j'ai confiance dans cette prise en charge qui n'est pas encore reconnue à l'hôpital, qui n'entre pas suffisamment à l'hôpital, qui doit entrer à l'hôpital avec des gens sérieux. C'est pour ça que j'ai accepté qu'il y ait des étudiants de psychomotricité sous sa houlette, qui rentrent à l'hôpital et qui viennent nous expliquer ce qu'elles font et nous montrer ce qu'on peut faire pour les patients. Donc c'est ça en fait. C'est offrir une ouverture d'esprit aux soignants, aux patients, et à leurs aidants. Voilà. [rires]

Moi : Et dans ce cadre, est-ce que vous aviez des attentes particulières au départ ?

Dr G : Alors, est-ce que j'avais des attentes ? Oui, j'avais des attentes : que ça apporte quelque chose. J'avais beaucoup d'attente que ça apporte quelque chose – je ne savais pas très bien où j'allais, comme d'habitude, parce que je... Je fonce assez, comme ça. J'aime bien les initiatives qui apportent quelque chose et qui sont originales, parce que je trouve que c'est important de bousculer un peu les états d'esprit, c'est important de montrer qu'il ne faut pas stagner, et mariner dans un jus qui est certainement très facile, mais qu'il faut avancer et proposer des choses nouvelles à l'hôpital, pour pouvoir permettre aux gens de mieux se prendre en charge. Parce qu'on est trop à être dans notre circuit, en circuit fermé, et je pense qu'il faut au contraire ouvrir. Alors, ce n'est pas confortable parce qu'on se heurte à des difficultés en permanence, mais je pense que c'est quelque chose qui peut apporter énormément aux patients, et qui peut les aider à être tellement mieux pris en charge que si on ne fait pas ça à l'hôpital, je ne sais pas où on le fait.

Moi : Oui.

Dr G : Voilà. Donc c'est tout... Et j'ai toujours travaillé avec des personnes qui proposent des choses comme ça. J'ai travaillé beaucoup avec une kinésithérapeute qui n'est plus là, qui reviendra, elle va être à la retraite prochainement. Et toutes ces techniques justement, du corps et de l'esprit m'intéressent. Voilà. J'explique ça comme ça. D'ailleurs, dans les grandes – je diverge toujours un peu, vous me connaissez maintenant, mais c'est pour vous montrer que j'ai réfléchi à ça – c'est que dans les écoles – je suis très contente, j'ai un papier que j'ai tiré la semaine dernière – dans les grandes écoles où c'est pur et dur, en particulier pour le marketing et toutes ces choses-là, ils apprennent maintenant des compétences différentes. Et en particulier l'empathie, qui maintenant se propose comme étant... Et je pense que ça fait

partie, tout ça, de l'empathie, ça fait partie de la prise en charge qu'on peut avoir vis-à-vis des gens. Ça fait partie des soins qu'on offre aux gens. Et l'hôpital doit montrer l'exemple. Et mon patron me permettait de faire ça et de montrer l'exemple, justement en offrant des techniques, disons, sérieuses, originales, qui sont efficaces quand elles sont bien faites. Donc c'est pour ça que vous êtes importantes, parce que vous venez ici et vous apportez un plus. Voilà. Ça c'est mon état d'esprit. Et je le maintiens : la preuve, c'est que j'ai poursuivi. Et que je poursuis : elle me disait l'autre jour « est-ce que tu continues si je ne suis plus là ? ». Alors, c'est plus compliqué parce qu'il faut un maître de stage psychomotricien, quand même, pour que ce soit officiel...

Caroline : En fait, nous, on est là en stage expérimental, c'est-à-dire qu'elle n'est pas considérée comme notre maître de stage comme on peut l'avoir habituellement dans nos stages.

Dr G : D'accord. D'accord ; tu vois, je ne savais même pas.

Caroline : En fait, c'est notre tutrice interne.

Dr G : D'accord. Et alors, ça veut dire quoi la différence ?

Caroline : Elle n'a pas à nous apporter des compétences vraiment sur la psychomotricité, et elle nous laisse en fait libres dans le service.

Dr G : Ah d'accord, très bien. Bon ! Et ça peut continuer comme ça, alors ?

Caroline : Voilà, oui. N'importe qui peut prendre en stage. Après du coup, c'est stage expérimental, c'est pour ça qu'on est deux.

Dr G : D'accord.

Caroline : Et en fait voilà, c'est à nous de faire notre place, à nous de mettre en place les choses, tout ça.

Dr G : Et alors la personne qui vous a envoyées ici, finalement, connaît [Mme B.], c'est ça ? Ou pas ? Comment ça se passe ?

Caroline : En fait, nous, c'est les stagiaires de l'année dernière...

Dr G : Qui vous ont donné le filon.

Caroline : Voilà, qui ont mis le filon sur Facebook sur les groupes.

Dr G : Ah, parfait alors. Très bien. Bon, il faut que vous fassiez pareil, à ce moment-là. Enfin, si ça vous intéresse, à la fin, vous verrez, mais... Voilà, c'est ça qu'il faut faire. Parce que moi, je suis d'accord pour prendre des personnes en... Après il faut que les papiers, comme cette année, vous avez fait des tas de documents pour vous inscrire... Ça, il faut que ce soit fait, peut-être par Mme Simon [autre cadre de santé – orthopédie] si elle n'est plus là, [Mme B.]. Mais je ne sais pas quand est-ce qu'elle s'en va, je ne sais pas si elle doit partir d'ailleurs, je n'en sais fichtre rien.

Moi : Elle ne sait pas trop non plus, je crois...

Dr G : Non, hein, je crois que c'est... Son idée, c'est de partir en Italie, mais...

Caroline : Oui, en fait elle a envie de partir à la retraite, mais après il y a aussi des projets dans l'hôpital justement par rapport à la psychomotricité, tout ça...

Dr G : Ah !

Moi : Qui lui donnent envie de rester.

Caroline : Qui commencent petit à petit à...

Dr G : Ah, ce serait très bien, tout ça.

Caroline : Il y a une petite base de construction qui commence à se faire.

Dr G : Super.

Caroline : Et du coup, c'est un peu son dada, et c'est un projet qui lui tient à cœur, donc... S'il y a ça, elle va peut-être rester.

Dr G : Donc elle va peut-être rester. Bon, très bien, donc on verra.

Moi : Elle ne sait pas, quoi.

Dr G : Avec [Mme B.] c'est ça, c'est qu'elle ne sait jamais. Mais bon, on s'adapte, ça ce n'est pas un problème. Du moment que c'est possible de le faire, c'est ça, parce que je me disais, peut-être que ce n'est pas possible de continuer si elle n'est plus là.

Moi : Oui. Mais en fait, voilà...

Dr G : Bon d'accord, si c'est expérimental OK, d'accord.

Moi : Par contre, il faut quelqu'un qui soit prêt à être tuteur interne de stagiaires en psychomotricité, oui. Ce n'est pas impossible.

Dr G : Donc si elle est là, c'est bon, et est-ce qu'il y a d'autres psychomotriciennes sur l'hôpital, vous savez ou pas ?

Moi : Heu non, il y en a... Il y en a une à B. je crois, c'est ce qu'elle nous disait.

Dr G : Ah, eh bien c'est parfait, à ce moment-là. Donc avec B. on peut faire, puisque c'est le même GH.

Moi : Ah d'accord.

Dr G : Ce n'est pas le même hôpital mais c'est le même GH.

Moi : Oui, c'est le même groupement.

Dr G : Donc à ce moment-là, on peut passer... Si jamais on a un problème de ce côté-là... C'est elle qui l'avait remplacée quand elle avait été malade l'année dernière. Elle devait faire un atelier, elle n'était pas là, et elle nous a envoyé cette personne, que j'ai vue très très vite, parce que j'étais trop partout. Mais voilà, donc on peut passer comme ça. D'accord. Il faut le préciser, si vous le mettez aux collègues prochaines. Il faut dire que si toutefois il y a besoin d'un tuteur et que [Mme B.] n'est pas là, ce sera telle personne.

Moi : Oui. Ou quelqu'un d'autre en fait, qui ne soit pas psychomotricien éventuellement.

Dr G : Ah, ça peut être quelqu'un d'autre ?

Moi : Ça peut être, oui oui... Un infirmier...

Caroline : C'est ça, infirmier, médecin, kiné...

Moi : Psychologue... Voilà.

Dr G : Ah d'accord. Bon, parce que psychologue, on a aussi Inès, mais qui est à B., donc ça c'est possible.

Moi : Voilà.

Caroline : Et même les médecins.

Dr G : Ah, médecins aussi ?

Moi : Oui, médecins aussi, oui oui.

Dr G : Ah bon ! Ah, je ne pensais pas, moi.

Moi : C'est dans ce protocole-là, le cadre des stages expérimentaux, qui est très réglementé. Et du coup on doit être deux pour s'assurer qu'on ne soit pas en difficulté, parce que justement il n'y aura personne – potentiellement – pour nous aider sur...

Dr G : D'accord.

Caroline : Parce qu'en fait le tuteur est là pour expliquer un peu, voilà, comment est le service : là il y a ça, là il y a ça, vous, vous êtes à tel service, et vous devez faire ça, mais bon...

Dr G : Alors, il faut qu'on voie, parce qu'effectivement, c'est elle qui vous a pilotées pour faire les gestes et tout ça.

Caroline et moi : Oui.

Dr G : Eh oui. Et elle est à cheval entre plusieurs services. Moi, je ne suis que dans un service. Donc ça, il faut peut-être voir ça avec elle, comment on peut faire.

Moi : Oui, voir aussi...

Dr G : Mais on verra, sur le plan pratique, ça c'est... Le principal, c'est que ce soit possible. D'accord, OK. D'accord.

Moi : Oui, peut-être que d'ici juin...

Dr G : Mais donc, je n'attendais rien de spécifique. J'espérais beaucoup.

Moi : Oui.

Caroline : Ça marche.

Moi : Et ce que vous avez observé, est-ce que ça correspondait à ces attentes ?

Dr G : Moi, j'ai trouvé que ça avait apporté énormément, déjà aux patients. La première année, ç'a été très révélateur. Et c'est vrai que vous étiez deux la première année. Donc il y avait Estelle, et il y avait un collègue, qui était beaucoup plus effacé qu'elle, et qui apportait différemment. Et il nous a fait une séance, comment dirais-je, de test de méditation de pleine conscience – alors qu'il n'était pas spécialiste, qu'il n'avait pas appris – qui était remarquable. Alors que c'était un jeune très effacé, et alors qu'elle était très exubérante, incroyable. Et tous les deux, ils avaient une complémentarité exceptionnelle. Franchement, ç'a été, ç'a été très... Et je me suis dit, c'est important. J'ai un malade, moi, qui était venu à une séance où ils étaient là tous les deux, et la séance de méditation de pleine conscience qu'il avait faite... A transformé ce patient, qui a essayé de trouver – il habite à Strasbourg – a essayé de trouver quelqu'un sur place, et tout. Donc ça veut dire que c'était très efficace.

Moi : Ah oui, d'accord.

Dr G : Voilà, alors que... Et ce patient m'a même révélé, m'a dit « mais je n'aurais jamais cru que pour la rhumatologie, ça puisse être intéressant ». Donc c'est... Vous êtes chacun différent, et vous avez chacun une personnalité intéressante. A chaque stage, ça se, ça se révèle. Et c'est vrai que vous êtes totalement complémentaires. Et c'est intéressant. Et la première année – puisqu'on parle de la première année – ç'a

été extraordinaire, vraiment. Et ç'a été pour moi aussi une révélation. Je me suis dit « mais c'est génial ». Et c'est pour ça qu'on a lancé la suite.

Caroline : Oui oui.

Moi : D'accord.

Dr G : Voilà.

Moi : Super. Bon, ça va se recouper avec la prochaine question : est-ce que vous avez observé des différences dans la façon de procéder entre les différents stagiaires ?

Dr G : Oui. Ça dépend à la fois, probablement, de ce que vous aimez vous, et de ce que vous aimez faire, de ce que vous savez faire, je pense. Parce que justement, le... Chacun a une personnalité, il y en a qui m'ont plus marquée que d'autres, c'est clair. Mais on voit tout de suite ce que vous aimez ; c'est assez amusant, hein. [rires] C'est assez amusant, parce que... Vous êtes discrètes, vous êtes discrets en général – puisqu'il y avait ce garçon, c'était le seul – mais on sent très bien ce que vous savez bien faire, ce que vous aimez bien faire et où vous voulez aller quand même, même si vous ne l'exprimez pas ou... Ça se ressent. Et puis, il y en a qui parlent aux patients, il y en a qui ne parlent pas. Il y en a qui sont proches des équipes, il y en a qui sont moins proches. Il y en a qui sont plus intéressés par le, comment on appelle ça, le tête-à-tête, il y en a qui sont au contraire intéressés par le groupe... C'est très amusant. Donc, bon, moi je n'ai pas *d'a priori* et je trouve que vous avez tous un truc à apporter, c'est ça qui est bien. Et en général, quand on est stagiaire et qu'on est jeune, on est plein d'idées, et c'est ça qui est magnifique. Pour nous, c'est aussi une, comment dirais-je, une opportunité qu'il faut qu'on prenne en compte. On en parlait avec les collègues, quand on est à l'hôpital et qu'on a des jeunes qui tournent régulièrement, ça apporte forcément. C'est indispensable pour l'hôpital : nous, de faire de la formation pour vous, et les jeunes, de nous dire ce qui est bien, ce qui n'est pas bien, et de nous faire progresser, aussi, c'est indispensable. Oui, non mais, il faut que ce soit à double sens, hein, c'est vrai. Voilà, et c'est pour ça, je ne vous donne pas trop de trucs, mais de temps en temps je vous dis : attention là, faites gaffe à ce truc-là, parce que moi, c'est ma seule consigne, après vous faites ce que vous voulez. Et [à Caroline] ta séance la dernière fois était très bien, [à moi] l'explication que tu as fait la première fois était parfaite... Bon, on était... Non, mais on est en phase, vous vous complétez très très bien. Moi, ça me... Après, il faut voir ce qui vous plaît vous. Et il faut que vous vous sentiez bien dans... Et il ne faut pas hésiter à proposer des trucs.

Caroline et moi : Oui.

Dr G : Il ne faut pas hésiter, parce que ça c'est... Moi, j'attends beaucoup, vu que je n'y connais rien...

Caroline : Là, on a des petits projets, en plus.

Dr G : Voilà. [rires] Ça c'est très bien.

Moi : On expérimente.

Caroline : On réfléchit, on... On discute de tout ça.

Dr G : Voilà. C'est pour ça qu'il faut d'abord être sur place, et puis vous baigner dans l'ETP pour bien comprendre ce qu'on demande, ce qu'on fait, et que vous ne pouvez pas savoir d'emblée, et que moi je vous plonge dedans parce que je vous oblige à faire tout de suite un truc. Et c'est le moyen d'enlever les inhibitions et d'avancer. Si on ne fait pas ça, on n'avance pas. On est tous pareils, au début on ne sait pas, et puis après, il faut y aller, hein.

Moi : Vous nous faites confiance pour ça, c'est assez gratifiant...

Dr G : Oui mais c'est normal, je veux dire, si vous êtes là, c'est normal, moi je vous fais confiance. La confiance est partagée. Sinon ça ne sert à rien. [rires] On n'avance pas.

Caroline : Oui.

Moi : Et d'une façon plus précise... Pour vous, quel est l'intérêt de notre présence avec vous en journées d'éducation thérapeutique ?

Dr G : L'intérêt, c'est que vous voyiez ce que les patients endurent, ce que les patients n'osent pas dire en consultation et qu'ils disent ici. Vous voyez les difficultés qu'on peut avoir à les prendre en charge en consultation, vous les ressentez même s'ils n'en parlent pas forcément. Les difficultés qu'on peut avoir, et les carences qu'on peut avoir, parce qu'on ne peut pas proposer tout ce qu'on voit en éducation thérapeutique. On ne peut pas le proposer en consultation. Donc il y a une prise en charge, il y a une immense partie de la prise en charge qui saute en consultation parce qu'on n'a pas forcément le temps, et qui est proposée pendant l'éducation thérapeutique. Donc ça, je veux que vous le voyiez aussi.

Je veux que vous voyiez aussi la difficulté pour les patients de vivre avec une maladie chronique. Parce que je ne suis pas sûre qu'on rentre dans la peau du personnage aussi bien quand on est, quand on fait un soin en tête-à-tête, parce qu'on est dans le soin. Tandis que là, vous entendez la difficulté de vivre. Là,

vous êtes dans le vécu, c'est différent. Donc ressentir le vécu, ça vous permet d'adapter votre thérapeutique, et je pense qu'en entendant ça, vous pouvez mieux soigner les gens et les aider après.

Moi : Oui, ça c'est sûr.

Dr G : A mon avis. Parce que vous voyez vraiment le...

Caroline : C'est la base de notre métier aussi, c'est le vécu, en fait.

Dr G : Voilà. Et je pense qu'un groupe vous apporte beaucoup, contrairement à un tête-à-tête. Parce que, je pense à... Un kinésithérapeute, c'est la même chose : quand on avait des stagiaires kinésithérapeutes qui venaient... Vous êtes en consultation de kinésithérapie avec une proposition thérapeutique. La personne se met à nu, etc., elle va vous raconter sa vie... Souvent, ils racontent énormément de choses, c'est... On fait confiance, etc. Sauf que vous voyez cette personne, elle ne va pas vous raconter ce qu'elle va raconter dans un groupe.

Moi : Oui.

Dr G : Et dans un groupe, vous obtenez des choses qui sont certainement beaucoup plus, à mon avis beaucoup plus larges, et beaucoup plus restrictives parfois, que dans un tête-à-tête. Donc je pense que le groupe doit vous apporter.

Caroline : C'est vrai qu'en plus, on travaille beaucoup sur le groupe en psychomotricité.

Dr G : D'accord.

Caroline : Parce que le groupe, aussi, amène quelque chose comme ça, de porteur, et...

Dr G : Et quand vous êtes en cabinet, vous faites des groupes aussi ?

Moi : On peut, oui.

Dr G : Ah, je ne savais pas. Je pensais que ce n'était que du tête-à-tête.

Caroline : Non non.

Dr G : D'accord. Ah, eh bien c'est très bien. Tu vois, ça, je découvre.

Caroline : Dans plein de services où on peut travailler, dans les EHPAD, les CMP... Un peu partout en fait, on fait pas mal de groupes.

Dr G : Ah, c'est très bien. Moi je trouve que le groupe apporte souvent presque plus.

Caroline : Oui.

Moi : Ça donne une dynamique qui est très intéressante aussi.

Dr G : Oui. Oui.

Moi : Et là, ils sont entre eux... Ils discutent de leurs problèmes quotidiens, donc c'est ça, je pense que...

Dr G : C'est ça. Ce sont des échanges très riches. Je pense que ce sont des échanges entre eux ; des échanges entre eux et nous, des échanges entre nous, et entre vous, qui sont intéressants. Et quand il y a les aidants, c'est encore autre chose. C'est intéressant. Et je pense que vous pouvez faire beaucoup pour les aidants. Moi, si j'ai à dire ce que j'attends actuellement, j'attends énormément pour les aidants.

Caroline et moi : Oui.

Dr G : Parce que je pense qu'ils ne s'offrent rien. Un patient qui est malade, il est pris en charge par une équipe. Il est malade, donc il sait qu'il doit faire des trucs. Un aidant, il ne sait pas qu'il est malade. Donc il ne s'autorise pas à faire des trucs. Donc j'attends encore plus de vous pour les aidants.

Caroline : Ça marche.

Dr G : Voilà, si... Très sincèrement. Même avant, parce que dans les séances d'aidants... On en a une par mois normalement. Là, il n'y en a pas en février, c'est bizarre, je ne sais pas pourquoi, c'est parce qu'il y a les vacances ou je ne sais pas quoi...

Moi : D'accord.

Dr G : Mais il y en a une par mois. Donc c'est une seule séance. Pas beaucoup.

Moi : Ah oui, il y en a une par mois ? Et elles ne sont pas... On n'a pas eu les...

Dr G : Tu n'as pas eu les dates ? Il faut que tu les demandes.

Moi : Oui. D'accord.

Dr G : Parce que moi j'attends beaucoup, parce que je considère qu'ils ne s'autorisent rien. Et... En cancéro c'est pareil. Ils ne font rien pour les aidants. J'ai encore été voir à la Ligue, là, pour leur proposer des trucs ; ils ne font rien ! Parce qu'ils disent que les aidants ne s'autorisent pas, mais c'est pas parce qu'ils ne s'autorisent pas qu'il ne faut rien faire !

Moi : Eh oui.

Dr G : C'est ça qui m'énerve. C'est qu'au contraire, il faut faire beaucoup plus d'actions pour les aidants puisqu'ils ne s'autorisent pas, et plus on fait, plus ils comprennent qu'il faut faire et plus ils vont faire. Mais ils ne font rien. Bon. Donc je considère qu'on doit faire pour les aidants beaucoup de choses. Et je

pense que vous êtes très très importants pour les aidants. Parce qu'il y a le côté corporel et psychique – ou psychisme, je ne sais pas comment vous aimez qu'on dise – mais ce qui est très lié, voilà, qui est très lié chez eux, encore plus, parce qu'il y a ce stress chronique de ne pas être malade, et d'assumer un malade. Donc je pense que vous êtes encore plus utiles là, et moi j'attends beaucoup pour ça. Très honnêtement. Parce que je pense que c'est là où... Et si on pouvait faire des choses pour les aidants, c'est important.

Caroline : D'ailleurs, pendant la seule journée qu'on a vu, ici, d'éducation thérapeutique, ce sont les aidants qui ont vraiment le plus déversé, en fait...

Dr G : Parce qu'on s'occupe d'eux.

Caroline et moi : Oui.

Dr G : Personne ne s'occupe d'eux. Et c'est pour ça que moi je... Je ne lâche pas, parce que les aidants, ce sont eux qui ont besoin. Et on n'arrive pas à faire une antenne en orthopédie, alors qu'ils ont vachement besoin. Ça m'énerve. Parce qu'on n'a pas le temps le vendredi, parce que le vendredi je suis là, je ne peux pas être là-bas en même temps, parce que les filles, on ne les laisse pas faire, etc. Mais ça ce sont mes problèmes. Mais c'est pour vous dire que pour les aidants, je pense que vous êtes encore plus utiles – qu'on est encore plus utiles – que pour les patients. Franchement.

Caroline : Oui.

Moi : Et vous pensez que l'hôpital pourrait être une porte d'entrée de ça... ?

Dr G : Devrait. Devrait. Moi, ce que je fais depuis 2015, c'est créer un parcours de soin pour l'aidant à l'hôpital. Il y est, c'est tout ça [elle désigne une affiche au mur qui résume les actions pour les aidants]. Sauf que... Il n'y a pas grand-monde derrière. Parce qu'on n'a pas le temps. Parce que là [elle désigne chaque action] il n'y a personne, là on fait les cafés une fois par mois, là on fait une fois par mois l'éducation, là elles font beaucoup... Voilà. Et je pense qu'il faut vraiment développer ce parcours de soin de l'aidant familial à l'hôpital. Et que c'est un futur malade, ou déjà un malade ; qui s'ignore. Il faut en prendre soin. Et là, vous avez un rôle fondamental. Voilà.

Moi : De prévention aussi.

Dr G : Oui. Est-ce qu'il y a des – ça m'intéresserait de savoir – est-ce qu'il y a des trucs spécifiques pour la manutention ?

Moi : Heu... Les métiers pénibles, ou... ?

Dr G : Oui... Est-ce que par exemple, en psychomotricité, vous abordez la manutention ?

Moi : La manutention des personnes, ou... ?

Dr G : Oui.

Moi : Ah oui. Hum... On a... Enfin, on a quelques formations, mais je... Je ne dirais pas qu'on est aussi calés par exemple qu'un aide-soignant, ou...

Dr G : Ce sont les kinés, souvent, qui font ça.

Moi : Oui, ou qu'un kiné.

Dr G : Et vous ne faites pas beaucoup ça.

Moi : Non, enfin...

Dr G : Parce que je pense que... Ce sont des trucs qu'il faut développer aussi. Parce que je me demande si le fait, justement... Alors, de leur expliquer ce qui est important sur le plan manutention, mais de leur expliquer que justement, en se relaxant, en travaillant le corporel, ils peuvent faire mieux, parce qu'ils seront moins crispés...

Caroline et moi : Oui.

Dr G : Tu vois. Alors moi je pense que c'est un travail à faire.

Moi : Sur la qualité du mouvement, on a des formations : sur la force qu'on met dans le mouvement, etc. Mais spécifiquement sur le mouvement difficile, comment on peut l'optimiser et tout... C'est plutôt kiné, je dirais.

Caroline : Oui.

Dr G : C'est plutôt les kinés. Parce que les kinés font parfois des trucs, mais... Moi, je me disais que c'était intéressant de travailler ça. Parce qu'on ne se rend pas compte de tout ce qu'ils peuvent avoir à faire à la maison... Et je pense aux jeunes aidants en particulier.

Moi : Mais c'est pour ça qu'une co-thérapie, aussi, pourrait être bien.

Caroline : Oui, ça c'est bien...

Moi : Psychomot-kiné, ça marche bien, souvent.

Dr G : Ah, ben, ce serait génial.

Moi : C'est intéressant, on est très complémentaires, comme professions.

Dr G : Ah oui, je trouve aussi. C'est pour ça que je pense que ce serait bien. Alors, est-ce que, éventuellement, on pourrait... Oui, mais ça... [elle baisse la voix] Après, il faut avoir les kinés qui sont motivés, c'est ça... Parce que moi, ils ne m'en prêtent pas en bas [en rééducation], alors qu'il y a un gros service de kiné, mais... Ils ne nous prêtent des kinés que si je leur envoie des malades pour faire une hospitalisation d'une journée, qui leur rapportent et qui sont évaluées.

Moi : Ah oui ? D'accord.

Dr G : Donc je ne sais pas, je n'arrive pas à fonctionner comme ça. Ma copine kiné, qui a travaillé avec moi depuis le début, elle est à la retraite seulement, je crois, à la fin de l'année, sinon je lui aurais dit de venir et de faire un truc. Je suis sûre qu'elle, elle nous ferait un truc génial.

Moi : Ah, ç'aurait été sympa.

Caroline : Ç'aurait été hyper intéressant, oui.

Dr G : Et ça, ça me paraît génial. Et ça... Moi je... Ça, c'est un truc qui me branche.

Moi : Ou même entre stagiaires, je ne sais pas si c'est possible, mais... De monter quelque chose, pour les années suivantes.

Dr G : Ah... Vous en connaissez ?

Moi : Non, moi je n'en connais pas...

Caroline : Moi non plus.

Dr G : Non, mais voilà.

Moi : Mais c'est intéressant.

Dr G : C'est peut-être des...

Moi : Des pistes.

Dr G : Pensez-y, comme ça. Parce que moi, je trouve que c'est vraiment... Voilà. Et ça, c'est un truc qui peut être intéressant parce que... Je pense aux jeunes aidants. Il y a beaucoup de jeunes aidants qui aident leurs parents qui sont malades : une maman qui a un cancer du sein, une maman qui a une sclérose en plaques... Il y a 500 000 aidants, probablement, jeunes. Qui s'oublie, qui deviennent des adultes très tôt. Donc qui ont forcément besoin d'un psychomotricien. Et de kinés pour savoir ce qu'il faut faire pour soulever maman qui est dans le fauteuil, pour aider maman – parce qu'ils font la cuisine, parce qu'ils font tout ça. Il y a plein de trucs qui commencent à sortir sur les jeunes aidants, moi je trouve que c'est vraiment indispensable. Alors, je ne suis pas spécialiste des jeunes, mais voilà. C'est des trucs... Personne ne s'occupe de ça.

Caroline et moi : Oui.

Dr G : Ça, c'est un truc vraiment important, et là, on est dans de l'utilité. Il faut toujours regarder l'utilité, qu'est-ce qu'on peut apporter à quelqu'un qui n'en parle pas : parce que ce n'est pas politiquement correct, parce que... On ne sait même pas que c'est... Voilà. Qu'est-ce qu'on peut apporter. Qu'est-ce qu'on peut apporter : ça. Voilà. Et donc un atelier mixte, comme ça, où on parle des risques de la manutention, des moyens d'éviter, des moyens de se relaxer après la manutention... Ça, ça m'intéresse. Ça, c'est un truc qui me brancherait. Voilà, il faut éventuellement voir.

Moi : A développer, oui. A voir.

Dr G : Oui.

Moi : Nous on est pour, mais... [rires]

Dr G : Eh bien voilà, l'année prochaine, il faut développer ça.

Caroline et moi : Oui.

Moi : Quitte à... Faire de la pub, en école de kinés.

Dr G : Oui, c'est vrai, ça pourrait être très bien, je pense. Mais alors, je ne sais plus où on en était du coup, on a dit...

Moi : On était sur l'intérêt de notre présence en éducation thérapeutique...

Dr G : Oui. Eh bien, je pense que c'est ça.

Moi : Donc, en... En spectatrices, voilà, pour voir les... Les problèmes des gens, etc., et en actrices, est-ce que... Enfin, il y a deux questions, c'est : d'après vous, qu'est-ce qu'on fait, quand on fait ces ateliers, et quel est notre rôle par rapport à vous ?

Dr G : Alors, au début c'est compliqué pour vous parce que vous ne savez pas ce que c'est que l'éducation thérapeutique, forcément, en rhumato, et vous ne connaissez pas les maladies, donc vous êtes coincées, parce que vous êtes obligées d'assister à une séance par maladie pour connaître la maladie. Parce que, comment proposer quelque chose si vous ne savez pas l'ennemi... Bon, voilà. Donc vous êtes obligées de connaître. Une fois que vous avez entendu les problématiques de chaque maladie, et des aidants, après

vous pouvez déjà prendre de la hauteur, et avoir, je dirais, un rôle d'acteur et non plus de spectateur. Voilà. Parce qu'enfin vous avez compris la problématique – et encore, il ne sont que deux... S'il y avait un groupe de huit comme la dernière fois, c'est beaucoup plus riche pour vous, pour savoir exactement ce qui se passe. Mais je ne vois pas comment faire autrement que de vous plonger dans l'observation au départ. Et l'observation doit, à mon sens, vous inciter à être acteurs de propositions, qui peuvent être des propositions – donc on en a parlé – qui sont en tête-à-tête chez des patients qui sont particuliers et qui ont besoin, avec une prescription – là on est coincés – soit en groupe, et de faire un mercredi comme je vous avais dit. Vous m'aviez dit que c'était compliqué, à cause de l'atelier que vous faites déjà avec [Mme B.], parce que sinon, ç'aurait été intéressant de compléter par un atelier dédié à la psychomotricité, pour des groupes déjà constitués de taï-chi, ou de... Ou de continuer la séance de taï-chi par une demi-heure de psychomot.

Moi : Oui.

Dr G : Pourquoi pas. Pourquoi pas, parce que vous avez déjà les gens qui sont là : on finit avec une séance de psychomot pendant une demi-heure, pourquoi pas.

Moi : C'est vrai. Je n'avais pas pensé à ce...

Dr G : Moi je verrais bien ça. Après, les gens, je pense qu'ils peuvent rester une demi-heure de plus. Parce que ça se termine à quelle heure, quatre heures et demie ?

Moi : Heu... Ça dépend, oui, 15h30-16h.

Dr G : Voilà. Donc il est possible de faire 16h30, et de proposer aux personnes qui veulent le faire de faire une séance de psychomotricité. Et là, vous le faites dans le sens relaxation-détente, pour montrer aux gens que ça a un intérêt. Moi, je le verrais très bien, ça.

Moi : Parce que justement, j'en parlais avec Cathy tout à l'heure, et elle me disait, c'est compliqué de mobiliser les gens, exprès, et tout ça...

Dr G : Bien sûr. Non, mais il faut faire un relais : vous proposez une demi-heure à la fin de chaque séance. Pourquoi pas. Si vous en avez deux, vous en avez deux, si vous en avez trois...

Moi : Oui.

Dr G : Voilà. Mais il faut simplement le proposer. En disant : écoutez, on est là, on peut vous faire une séance de psychomotricité... Vous apportez les balles, vous faites une séance de balles, vous faites une séance – je ne sais pas, de cohérence cardiaque, je dis n'importe quoi – un truc très simple, pendant une demi-heure, les gens repartent sur un nuage, et ils ont envie de faire de la psychomot.

Caroline et moi : Oui.

Dr G : Et vous ne mobilisez personne. Parce que vous avez la salle, vous avez les patients, et vous, vous pouvez faire un truc. Et ça vous permet de vous améliorer et de progresser.

Moi : C'est vrai.

Dr G : C'est le mieux, actuellement, vu les difficultés qu'on a à faire des trucs nouveaux, et vu les barrières qu'on a partout... Là, vous n'avez pas de barrière.

Caroline et moi : Oui.

Dr G : Et comme de toute façon c'est vous qui fermez, avec la responsable, donc il n'y a pas de problème.

Moi : On va voir ça avec Cathy et Béatrice, à ce moment-là.

Dr G : Oui. Vous leur dites qu'on a parlé de ça, que moi je proposerais bien que ça se poursuive par une demi-heure de psychomot, avec les balles et avec un...

Moi : Une technique très simple...

Dr G : Et peut-être qu'elles se fassent des auto-massages mixtes, en duo...

Caroline : Oui. Faire aussi des trucs à plusieurs, je pense que ça peut être vachement intéressant.

Dr G : Voilà. Ça peut être très bien. Et moi je... Vous le testez... C'est quand la prochaine, vous savez ?

Caroline : Je l'ai, mais...

Moi : Je ne sais pas...

Dr G : Regarde voir mercredi prochain, ce qu'il y a, on ne sait jamais. Alors peut-être pas après la sophro, oui, peut-être pas après la sophro parce qu'ils parlent, hein. Mais après le qi-gong et le taï-chi...

Moi : Il y a atelier écriture le 14 février, par exemple.

Dr G : Ah, ben après l'atelier écriture.

Moi : 14 à 16h.

Dr G : Parfait.

Moi : Donc ça, ça pourrait être bien. Parce qu'en plus ce n'est pas spécialement corporel, donc...

Dr G : Justement.

Moi : On pourrait apporter quelque chose.
Dr G : Voilà. Vous le faites après chaque atelier sauf la sophro. Parce que la sophro c'est particulier, ils sont déjà dans le...
Caroline : Oui, c'est déjà très...
Moi : Le lâcher-prise.
Dr G : Voilà. Moi je ferais ça. Après tai-chi, systématique. Et vous le faites aussi à Clara [l'animatrice], qui en a besoin. [rires] Après qi-gong, alors elle fait un peu d'auto-massage, je pense, en qi-gong, à moins qu'elle...
Caroline : Oui, il y a, je pense... Enfin, je ne l'ai pas vue faire, mais...
Moi : Oui, je n'y suis pas allée encore, moi.
Dr G : Oui, il faut que vous y alliez pour voir.
Caroline : Mais en général en qi-gong...
Dr G : Je sais qu'elle était là la semaine dernière, je l'ai vue... Mais peut-être qu'elle fait des auto-massages, donc ce n'est peut-être pas la peine. Mais on peut faire les deux ateliers qu'on a dits...
Caroline : Oui mais après, si elle fait des auto-massages, on peut proposer quelque chose de différent aussi.
Dr G : Oui, avec la balle, elle ne le fait sûrement pas.
Caroline : Oui, et puis même...
Moi : Oui, ou même autre chose que des massages...
Dr G : Voilà, très bien, très bien. Moi, je pense que vous pouvez le proposer systématiquement. Alors, restent ceux qui veulent rester, partent ceux qui partent, vous ne vous en vexe pas, mais vous faites avec ceux qui sont là, basta.
Caroline et moi : Oui oui.
Dr G : On peut faire ça. Vous ne serez pas embêtées.
Moi : Portes ouvertes !
Dr G : Voilà, c'est ça. Il faut trouver... De toute façon, dans la vie, il n'y a rien de parfait, et tout ce qu'on a envie de faire, on n'y arrive pas forcément, donc il faut trouver des chemins de traverse. Enfin, moi je pense. Parce qu'on n'a que des barrières.
Caroline : Oui.
Dr G : Il faut les faire tomber petit à petit. Et je pense que... Si vous voulez faire des trucs, c'est peut-être... C'est le mieux. Testez. Moi je suis d'accord.
Caroline : Oui, on peut tester. Comme ça en plus, s'il y a des stagiaires qui continuent l'année prochaine, on pourra aussi leur dire... Enfin, transmettre ça, si on a déjà commencé à le mettre en place.
Dr G : Voilà, exactement, et moi je trouve que c'est bien parce que ça finalise bien un atelier, ça.
Moi : Oui. Oui, ce serait bien.
Dr G : Il faut simplement que, quand ils... Ah, ils ne les inscrivent plus, je crois ?
Moi : Heu... Le planning ?
Dr G : Oui.
Moi : Oui, il est fait, mais bon, après...
Dr G : Ou alors à la limite, vous passez un coup de fil à chacun en disant « voilà, on vous propose une demi-heure de psychomot à la fin si vous êtes d'accord », ou vous venez à la première séance et vous proposez, puis comme vous savez que c'est des fidèles...
Caroline : Oui, voilà.
Dr G : Vous dites : « on a proposé cet atelier à chaque fois, donc pour ceux qui ont envie de rester une demi-heure de plus, on le fait ».
Moi : Oui, on peut faire ça.
Caroline : Oui. Je pense.
Moi : Et donc, pour reprendre sur le... Pour vous, quelle est votre vision de notre rôle par rapport à vous, les autres soignants ?
Dr G : Il est forcément complémentaire, déjà... Il est complémentaire, et plus j'avance, plus je trouve qu'il est indispensable. [rires] Non mais c'est vrai. On en a parlé ce matin aussi, avec le rôle des bénévoles dans les loisirs thérapeutiques ; c'est la même chose. Ça disparaît demain, je suis emmerdée, parce que je considère que ça fait partie, que c'est un soin qui est inscrit maintenant dans la prise en charge. Et je pense qu'on apporte tous une compétence, chacun à notre niveau. Vous, une compétence que vous avez apprise, moi aussi ; et les bénévoles, une compétence qu'ils ont aimée et qu'ils ont développée. Alors, qu'ils ont

apprise quand ils ont fait de la sophro, mais par exemple, l'atelier d'écriture et tout ça, la philosophie, c'est du... Voilà, le taï-chi, elle aime le taï-chi, elle le montre, elle n'est pas prof de taï-chi. Donc c'est des... Voilà, on apporte des compétences, qui sont des compétences importantes, voire indispensables pour certains malades, parce que tout le monde ne sera pas prêt à faire ça. Et on a un biais de recrutement, puisque tout le monde ne vient pas aux séances d'éducation, donc... Voilà. Mais je pense... Enfin, à mon sens, ça devrait être proposé systématiquement. Et on devrait avoir vraiment, en relais et en soutien, à la fois pour nous, et pour les malades, et pour les aidants : une psychologue, une psychomotricienne, une kinésithérapeute... Voilà, qui soient là. Et il y a d'autres spécialistes : une sophrologue... On devrait développer toutes ces, je dirais toutes ces performances qui sont intéressantes. Parce qu'on ne les connaît pas, ça ne convient pas à tout le monde... Il faudrait qu'il y ait la possibilité d'apprendre la méditation, mais ça c'est compliqué... Voilà. Mais il faudrait que ce soit un hôpital ouvert sur toutes ces techniques qui soient automatiquement proposées. Et qu'il n'y ait pas cette suspicion, de la part des professionnels de santé, vis-à-vis de ces techniques, qui sont très complémentaires. Je dis complémentaires parce que je pense qu'elles font partie du soin, moi, mais elles sont complémentaires du soin actuel classique. On va y venir. Ça bouge beaucoup, ces derniers temps. L'hôpital s'ouvre beaucoup. Mais... Il y a encore des réticences.

Caroline : Ça met toujours du temps, le changement.

Dr G : Toujours, toujours. Après, ça viendra, mais il faut que ça vienne d'eux.

Caroline et moi : Oui.

Dr G : C'est-à-dire que si vous en avez qui disent « moi, j'ai institutionnalisé le truc », alors là...

Moi : Ça y est. [rires]

Dr G : Ce sera bon. C'est pas grave.

Moi : Il faut rentrer par la petite porte.

Dr G : Voilà.

Caroline : C'est pour ça qu'on fait des stages expérimentaux ! [rires]

Dr G : C'est ça, eh bien c'est ça ! C'est indispensable, c'est indispensable... Je ne sais pas si j'ai répondu à la question, oui...

Moi : Si si, très bien, enfin je...

Dr G : N'hésite pas si je suis à côté de la plaque.

Moi : Il n'y a pas de réponse bonne ou mauvaise, c'est pour voir...

Dr G : Oui, non mais bon, mon ressenti c'est ça.

Moi : Voilà. Et sur notre action elle-même, pour vous, qu'est-ce qu'on fait quand on propose ces ateliers de relaxation ?

Dr G : Qu'est-ce que vous faites vis-à-vis de moi ou vis-à-vis des patients ?

Moi : Je pensais aux patients, mais si vous pensez à vous...

Dr G : Vis-à-vis des patients, je pense que ça leur fait beaucoup de bien, déjà ; que ça leur permet d'avoir un état d'esprit différent, d'avoir un vécu de la maladie différent, un vécu du soin différent, un vécu de l'hôpital différent, un vécu des soignants différent. [rires] Non mais c'est ça. Et vis-à-vis de nous, c'est pareil, c'est-à-dire que ça nous montre qu'il n'y a pas d'omnipotence de la médecine traditionnelle, toute-puissante vis-à-vis des autres médecines, des autres possibilités thérapeutiques, et qu'il ne faut pas être en exclusion, mais qu'il faut être en co-working. Il faut qu'on mette tous quelque chose, et il faut savoir passer de l'une à l'autre, c'est-à-dire qu'il faut être très souple. Et qu'il ne faut pas de psychorigidité, c'est-à-dire qu'il faut certainement un traitement énergique et trouver le bon – ça c'est notre rôle – mais qu'il ne faut pas hésiter à mettre tout de suite en parallèle autre chose. Et en plus. Et qui donne confiance aux gens, plutôt que de dire aux gens « il y a ça » et ils vont chercher ailleurs, et ils arrêtent le truc, et... Comme le curcuma. Le curcuma... Je considère qu'il y a peut-être un risque d'interaction avec le Méthotrexate. Sauf que pour elle, ça la rassure d'en prendre. Donc... Je ne suis pas son rhumatologue. Son rhumatologue ne lui a pas dit « attention, il ne faut pas le prendre ». Je ne sais même pas si elle lui a dit, je n'en sais fichtre rien. Je crois qu'elle n'a pas parlé de ça, ou je n'ai pas fait attention. Mais ce que je veux dire, c'est qu'au moins, ce ne soit pas le même jour. Je n'ai mis l'accent que là-dessus, vous avez vu, je n'ai pas dit qu'il ne fallait pas en prendre. Je pense que c'est... Je pense qu'il y a des interactions. La vitamine B9 et le curcuma, est-ce qu'on a démontré... Je n'en sais fichtre rien. Moi, j'ai une malade qui m'a posé la question. Je lui ai dit : « eh bien écoutez, je n'ai pas d'étude pour vous dire qu'il n'y a pas d'interactions, donc je considère que ce n'est pas très raisonnable ». En plus elle a une maladie du rein, dont elle a une trouille d'enfer. J'ai dit « écoutez, faites gaffe, parce que là, on est peut-être dans la... » Je lui ai dit non,

moi. Mais là, je ne peux pas me permettre. Donc on est obligés de s'adapter. Et je n'ai pas dit exactement ce que j'aurais dit à une patiente à moi. Tu vois ?

Caroline : Oui.

Dr G : Donc, là aussi, on est... Et vis-à-vis de ce qu'on fait passer comme message, on est obligés d'être respectueux vis-à-vis de ce qui se passe, donc c'est plus difficile dans ce qu'on a à faire, c'est-à-dire qu'on ne peut pas être nous-mêmes totalement. Parce qu'il y a des trucs que moi, je ne permettrais pas. Voilà. Il y en a qui ont pris la semaine dernière Harpagophytum. Je ne sais pas s'il y a des interactions ; c'est un vieux, vieux truc, pourquoi pas, mais peut-être pas le même jour que le... Voilà.

Moi : Oui. Au cas où, pour être...

Dr G : Et les malades, ils posent tous la même question. Donc ça veut dire quoi ? Ça veut dire que si on institutionnalise le fait qu'on peut faire plusieurs choses, prendre différents traitements, etc., mais en en parlant, et en regardant s'il n'y a pas d'interactions, de risques d'effets indésirables, etc., je pense qu'on est plus dans la force, et du pouvoir, de la reprise du pouvoir du malade, plutôt que d'être dans l'interdit, dans la suspicion, dans le « pff, qu'est-ce que c'est que ce truc-là »... Ce qui est le cas actuellement ; on est encore dans une... Comment est-ce que je pourrais dire, dans une... Une suspicion.

Moi : Oui.

Dr G : Voilà. Alors ça veut dire qu'il faut être rigoureux. Ça veut dire qu'il faut rester à sa place aussi. Donc c'est ça, le truc. C'est qu'il faut qu'on reste à notre place, et quand on ne soigne pas quelqu'un, on ne doit pas prendre la place de celui qui soigne. C'est le seul problème que j'aie eu : c'est de proposer un truc sans en parler avant. Je ne sais pas si elle vous l'a dit, [Mme B.]...

Caroline et moi : Non.

Dr G : De proposer par exemple à un patient de venir à une séance de psychomotricité sans en avoir parlé avant au médecin.

Moi : D'accord.

Caroline : Ah oui, d'accord.

Dr G : Et de faire une séance de psychomotricité avec le... Comment on appelle ça... L'évaluation que vous faites, là, avant...

Moi : Ah, le bilan ?

Dr G : Voilà, le bilan. De trouver un truc qui ne va pas au bilan, et d'en parler au malade sans... Ça, ça pour moi ce n'est pas bien.

Caroline : Oui.

Dr G : C'est le seul problème que j'aie eu.

Moi : Des étudiants qui avaient fait ça ? Ah, oui...

Dr G : Oui. Ça c'est un problème. Là, je n'étais pas contente, mais je l'ai dit, parce que je suis très... Franco de collier. Et ça c'est un problème, parce que, comment je gère après, moi ?

Moi : Bien sûr, oui oui.

Dr G : J'ai eu beaucoup de difficultés avec ça, ça a été compliqué. Et ça – alors, c'est exceptionnel évidemment – mais c'est le seul risque...

Moi : Oui.

Dr G : C'est la seule contre-indication ou le seul effet indésirable, justement, de prendre une initiative sans collaboration. Ça, il ne faut pas.

Moi : Pourtant, on nous le dit bien, qu'on n'agit que sur prescription et...

Dr G : Oui. Je n'ai eu que ça ; mais je l'ai eu.

Moi : Oui, mais il suffit d'une fois...

Dr G : Donc, j'aurais pu très bien me dire « oh là là, oh là là ». Non, j'en ai parlé très sincèrement, en disant que je n'étais vraiment pas contente, et que... En plus, ça a été une gestion difficile, parce que c'était pour dire que la personne, elle avait peut-être un Alzheimer débutant, hein ! Qu'elle avait des troubles de la cognition, etc., donc ça va loin.

Moi : Oui, c'est sûr.

Dr G : Donc après, comment on gère, nous, derrière ? J'ai eu des nuits blanches.

Caroline : Oui.

Moi : Oui, c'est difficile.

Dr G : Voilà. Donc il faut faire attention. Ça, c'est le seul truc, et c'est pour ça qu'on doit... Moi, je ne dois pas dire au malade que je ne connais pas « attention, moi je ne prendrais pas de curcuma avec le Métho », et il ne faut pas proposer... Tu vois, il faut en parler au médecin en disant « oh là là, j'ai trouvé un truc au

bilan, qu'est-ce qu'on fait ? ».

Moi : Communiquer, en fait.

Dr G : Voilà, parce que la patiente, elle ressort avec son truc... « Ah, ben il faudrait peut-être que vous alliez voir... ».

Caroline : Oui. C'est délicat, après ça nous met dans des situations...

Dr G : Voilà, donc il faut... Voilà. On doit rester à notre place, nous, les uns et les autres, c'est le seul truc... Et ça je l'avais dit à [Mme B.], je lui ai dit « ouh là là, ça c'est... » C'est le seul effet indésirable que j'aie eu. Mais... Bon. C'est pour ça que je freine des quatre fers quand je vous dis, « ah, il faut que je choisisse le malade, etc. ». Voilà. Pour ne pas qu'on ait...

Caroline : Oui.

Moi : Bien sûr.

Dr G : Voilà. Je suis sincère.

Moi : Heu... Encore quelques questions et c'est bon !

Dr G : Oui oui.

Moi : Bon alors là, ce ne sera peut-être pas très pertinent, c'est peut-être plus pour le lavage, mais est-ce que, par rapport aux séances d'éducation thérapeutique où on n'est pas là, vous observiez des différences avec... Je ne sais pas, moi, au niveau de l'ambiance, ou du comportement des patients à la fin – parce que finalement, l'atelier de relaxation qui clôt un petit peu ces journées-là, il...

Dr G : Moi je trouve que c'est un plus énorme.

Moi : C'est un plus.

Dr G : Pour moi c'est un plus énorme, parce que les gens repartent sur un nuage, ce qui n'est pas le cas sinon. Au début, tout au début – oh, ça fait longtemps qu'on fait ça, mais tout au début on finissait avec un tour de table, et les gens, ils repartaient avec des soucis, quoi.

Caroline et moi : Ah oui.

Dr G : Donc, c'est pour ça que... L'idéal, c'est de finir par un tour de table et ensuite passer à la psychomotricité. Voilà. Ou un atelier beauté quand vous n'êtes pas là, parce que des fois, quand vous avez des examens, moi... Donc on finit avec un truc autre. Mais... Ne pas finir avec du... Là, là je me suis remise en question, parce que je finissais en disant « alors, qu'est-ce que vous avez aimé, qu'est-ce que vous n'avez pas aimé, qu'est-ce que vous allez faire demain ? ». Ils repartent avec le poids... De se dire « oh là là, elle attend que je fasse tel truc ». Donc ce n'est pas bon, tandis que là, ils partent sur un nuage parce qu'ils se sont détendus. Donc moi, de voir... De vous avoir, ça m'a permis aussi de remettre en question ma procédure et ma façon de faire. On avance toujours en fonction – et il faut tout le temps faire de la formation continue, et tout le temps faire de l'amélioration continue. C'est les normes ISO machin, vous savez, dans tous ce qui peut...

Caroline : Oui oui.

Dr G : Moi je déteste ces choses-là, mais c'est vrai que c'est important de s'améliorer si on peut. Et donc, moi j'ai changé, c'est-à-dire que je ne finis plus sur un... Quand vous n'êtes pas là – mais là vous étiez là tout le temps – je ne finis plus sur un tour de table. Parce que c'est une mauvaise idée. Donc ça, c'est un plus, parce que ça change tout aussi : les gens partent quand même différents.

Caroline et moi : Oui.

Moi : Et est-ce que vous diriez que d'autres professionnels, par exemple sophrologues, pourraient faire la même chose que nous, finalement ?

Dr G : ...Alors, on a eu une sophrologue qui faisait, à votre place – ce n'était pas tout à fait pareil... Comment est-ce que je pourrais te dire... Ça, je suis embarrassée. Je suis embarrassée parce que cette sophrologue qui faisait... Était infirmière de formation, sophrologue, malade, aidante. Donc elle avait quatre casquettes qui faisaient qu'elle était exceptionnelle.

Moi : Eh oui, bien sûr.

Dr G : Donc je suis emmerdée. Heu... Et elle ne vient plus parce qu'elle est malade. Donc... Je suis embarrassée pour vous répondre, parce que j'ai ça dans la tête, et que ma représentation aussi de la sophrologue n'est pas une vraie représentation. Parce que je pense que j'aurais une autre sophrologue qui n'aurait pas eu cette... Cette, je dirais cette générosité extrême, je pourrais... Je pense que... Je pense que c'est différent et je pense que chacun apporte franchement quelque chose de différent. Ça dépend de la personnalité de... De votre personnalité, de la personnalité de la sophrologue. Parce que, c'est comme pour tout, hein, il y a sophrologue et sophrologue, il y a psychomotricienne et psychomotricienne. Je pense qu'on peut... Tout est envisageable, et que c'est aussi les tripes que vous mettez sur la table. Que

c'est vous. C'est votre personnalité à vous. Parce que vous avez acquis une compétence, mais si vous mettez cette compétence au service de l'autre, la compétence est quadruplée. Et que vous pouvez être une excellente psychomotricienne, une excellente sophrologue, mais vous faites ça comme ça... Quelle que soit la technique, il ne se passera rien, tandis que si vous rajoutez ce que vous savez faire, vous – parce que tout le monde ne sait pas faire, mais vous, vous savez faire – votre âme, là c'est bon. Et pour vous montrer, j'ai une sophrologue voyez, on sent que c'est quelqu'un certainement d'intéressant. [Elle part chercher une carte dans son bureau]. Je ne la connais pas. Elle est, elle m'envoie un mot. [Elle revient à la table]. Sophrologue caycédienn-cédien, je ne sais pas du tout ce que ça veut dire.

Moi : Ah oui, Caycedo, je crois que c'est le...

Dr G : Caycedo, bon, peu importe, je ne sais pas ce que ça veut dire.

Caroline : C'est un type de sophrologie.

Dr G : Voilà, c'est un type de sophrologie. Elle écrit, elle me met « Vous souhaitez une belle et douce année ». Je me suis dit « hou hou, qui c'est ? ». « Je vous présente mes meilleurs vœux d'harmonie, de confiance, d'espoir, pour une vie pleine de sens et de bonheur, en toute cordialité ». Je me suis dit « oh là là, mais je ne la connais pas, je ne vois pas du tout qui c'est... ». Sauf qu'elle me met : « PS : une de vos patientes m'a parlé de vous et de votre intérêt pour la sophrologie. »

Moi : Ah... Ouahou ! [rires]

Caroline : Trop marrant !

Dr G : Voilà.

Moi : C'est rigolo !

Dr G : On se dit que derrière ce petit mot – je l'ai gardé sur mon bureau parce que derrière ce petit mot, je suis persuadée qu'une sophrologue comme ça... On pourrait faire du bon boulot. [rires]

Moi : Oui.

Dr G : Voyez, ce que je veux dire.

Caroline : Bien sûr.

Dr G : Voilà. Alors après, il faut voir sur le terrain ; il ne faut pas que ce soit une secte, il ne faut pas que ce soit... Il y a ça aussi, bon, il faut toujours être prudent, on est obligés d'être prudents, etc., mais c'est... C'est quand même intéressant. Ça veut dire quoi, ça veut dire que c'est aussi tout ce que vous avez envie de faire, et de sortir les gens de leur marasme. Et c'est ça qu'il faut que vous développiez. Ça se développe... On l'a inné, mais il faut le développer, en donnant, toujours en donnant. Et c'est... Je pense que, quoi que vous fassiez, n'importe quel truc, si vous y mettez votre cœur, c'est ça qui est important. Et la semaine dernière, quand tu as fait ta démonstration [à Caroline], tu avais une très bonne voix et tu y as mis ton cœur, et c'était très bien.

Caroline : Je pense que j'ai mis plus mon cœur là que quand je suis passée la semaine d'après, pour l'examen ! [rires]

Dr G : Enfin, sur un examen, on n'a pas le même...

Moi : C'est le stress.

Dr G : On a les sueurs.

Moi : Voilà, c'est ça.

Dr G : Mais c'est ça, le truc, si tu veux. C'est que c'est ça qui est important dans le boulot ; dans le boulot, c'est ce qui fait la différence. Tu peux avoir la compétence de n'importe qui, d'un kiné, d'une sophrologue, d'une psychomotricienne, d'un psychologue, d'un médecin, d'une infirmière... C'est important. Mais le reste, qui est encore plus important à mon avis, c'est ce que tu mets pour essayer de sortir la personne de sa merde. Les personnes de leur merde. Parce que c'est ça. Et ça [elle montre la carte], ça me touche. Voilà. Ça n'aboutira peut-être à rien. Mais ça me touche parce que je me dis, celle-là elle fait quelque chose.

Caroline et moi : Oui.

Dr G : Voilà. Et donc, après, je sais pas ce que c'est que... Blabla. Bon. Peu importe, je m'en fous. Je suis sûre qu'elle peut apporter un truc.

Caroline : Oui oui.

Dr G : Parce que tu vois, il sort quelque chose de ce « pleine de sens, de bonheur, confiance, harmonie... », c'est des termes qui parlent. Hein, ça vous parle, à vous ?

Caroline : Oui.

Moi : Bien sûr, oui oui.

Dr G : Moi ça me parle aussi. Eh bien, on parle de ça à un patient, on se dit : on va lui apporter un truc.

Voilà. Après, il ne faut pas qu'il y ait une secte, hein, mais bon. Tout ça pour dire que je pense qu'il faut que vous y alliez. Quand on est jeune, on est très timide. Moi, j'ai été beaucoup plus timide que vous, très timide. Sauf que le tout, c'est d'apprendre à cacher sa timidité. Et de faire passer le message. Voilà. Et ça s'apprend, il y a des techniques. Ça ne s'improvise pas. Il faut apprendre à cacher sa timidité. Ça, je te parle à toi [elle me désigne].

Moi : Pourtant...

Dr G : Non, mais il faut apprendre à cacher sa timidité. Et c'est très très difficile, hein, moi elle revient quand je ne suis pas dans le milieu médical, mais dans le milieu médical, personne ne voit que je suis timide. Sauf que je suis d'une timidité malade. Sauf que j'ai appris à la cacher. C'est un travail qu'il faut apprendre. Ça te rendra service.

Moi : D'accord.

Dr G : Et à mon avis, c'est des choses importantes comme ça qui sont très très utiles, quoi qu'on fasse. Je le dis à... Je peux te le dire à toi ; je le dis à mes enfants, ils ne m'écoutent pas, mais toi, peut-être un jour tu...

Moi : Oui.

Dr G : Voilà. Donc c'est important.

Caroline : Je suis timide aussi.

Dr G : Oui mais différemment.

Caroline : Oui.

Dr G : Voilà. Différemment. [rires]

Moi : Oui, c'est vrai. [rires]

Dr G : Enfin, c'est mon impression, hein.

Moi : Oui, non mais c'est vrai.

Dr G : C'est vrai ?

Moi : On n'est pas timides sur les mêmes trucs, je pense.

Dr G : Voilà, vous n'êtes pas timides sur les mêmes trucs, et donc, c'est un travail qui est aussi important que votre technique et votre perfectionnement professionnels. Parce que ça change tout. Et le fait de faire des séances collectives comme ça, ça fait disparaître la timidité.

Moi : Oui, bien sûr.

Dr G : Ou en tout cas, on la cache mieux. Moi, je n'ai progressé qu'avec ça. C'est en pratiquant, pratiquant, pratiquant, des séances d'éducation, en faisant des cours, et j'accepte des cours et des trucs de bénévolat, de machins n'importe où, parce que ça t'oblige à faire face et à ne rien montrer.

Moi : Bien sûr.

Dr G : Et si tu ne montres rien, que tu as la compétence et que tu y ajoutes ton cœur, ça marche. Et c'est ça qu'il faut travailler. Les gens ne connaissent pas ça, mais c'est à mon avis, dans le milieu, dans votre spécialité, encore plus. Parce qu'il y a le côté... Psycho, que nous, on ne sait pas faire. Et motricité, où il y a du tact, qu'on n'a pas de la même manière, nous, puisqu'on examine, mais ce n'est pas pareil, donc c'est encore plus important. Il faut vraiment... Que vous restiez droites dans vos bottes.

Caroline : Ah oui oui.

Moi : Oui, c'est sûr.

Dr G : Oui. Et ça, ça se travaille. Et je ne sais pas si vous avez des ateliers là-dessus mais ça me semble...

Caroline et moi : Si si. [rires]

Dr G : Ça, c'est indispensable, hein.

Moi : C'est au cœur de la formation.

Caroline : Depuis le tout début de notre formation, jusqu'à la fin...

Dr G : Il vous font faire ça.

Moi : Oui.

Dr G : Ça c'est... Eh bien, ça, il faut que vous travailliez beaucoup ça parce que ça vous rendra service. Une fois que vous aurez acquis ça, le reste va aller. Mais vous serez... C'est important à faire, à mon avis. Mince, c'est enregistré. [rires] Tu l'effaces vite, hein ?

Moi : Non, c'est très bien, oui oui ! C'est très bien, ça me...

Dr G : Ça va te motiver ?

Moi : C'est un conseil qui reviendra.

Caroline : Quand on sera déprimées parce qu'on n'arrivera pas à faire nos séances... [rires]

Dr G : Vous avez quoi comme formations sur ça, c'est des formations – c'est en collectif ou c'est en

individuel ?

Moi : Parce qu'en fait on a des TD, donc des cours pratiques collectifs où on travaille pas mal en fait notre -

Caroline : Sur l'expressivité du corps, sur la voix, on fait du jeu dramatique...

Dr G : Très bien. Ah, c'est parfait, ça.

Moi : Oui, oui.

Dr G : C'est très très bien. Ça, ils devraient faire ça à tout le monde, hein. Les infirmières, les médecins, ils devraient faire ça aussi. C'est très bien.

Moi : Et on nous recommande de faire des pratiques corporelles, de, voilà...

Dr G : Très bien. Et ça, je pense que c'est une formation très intéressante que vous avez, qui vous apporte un plus énorme.

Caroline : Et puis en fait, avant de faire des liens avec les problèmes que vont nous amener nos patients, on fait les liens nous-mêmes : comment nous, ça se passe en nous, et comment nous, on va ressentir les expériences –

Dr G : Ça c'est très important.

Caroline : Pour après pouvoir les faire vivre à d'autres personnes.

Moi : Exactement.

Dr G : Et ça, c'est très très bien. Et ça, c'est un pouvoir important que vous avez, et qui vous permet de proposer des choses utiles.

Moi : Oui. On expérimente sur nous-mêmes. C'est pour ça que je trouve ça parlant quand vous dites qu'en fonction de notre personnalité, on voit ce qu'on propose : parce que finalement, pendant notre formation, on apprend ce qui nous, nous va bien et...

Dr G : C'est ça. Alors qu'il faut se forcer à faire des trucs qui ne te branchent pas et qui...

Moi : Oui.

Caroline : Oui, et puis il y a des moments où c'est difficile le travail corporel.

Dr G : Mais ça sera toujours difficile, hein.

Moi : Voilà, ce n'est jamais anodin.

Dr G : Ce n'est pas anodin, et tu n'es pas encadrée forcément... Alors peut-être que dans votre école vous êtes encadrés, mais quand vous faites ça à côté, on n'est pas encadré, hein. Et des fois c'est ce que je me dis, je dis : on peut faire sortir des choses. Et c'est là où j'aurais besoin d'une psychologue.

Caroline et moi : Oui.

Dr G : Parce qu'on fait sortir des trucs, des fois, je n'ai personne derrière. Alors quand je vois que c'est grave, je donne des coordonnées, mais c'est un risque, ça. C'est le deuxième risque.

Caroline : Oui, c'est ça oui.

Dr G : Une ou deux fois, ça nous est arrivé d'avoir des gens qui vraiment pétaient les plombs. Je me rappelle d'un monsieur... Polyarthrite rhumatoïde, et il assistait... Et il s'est rendu compte que finalement, ça n'allait pas dans sa vie perso.

Moi : Ah oui.

Dr G : Il est revenu nous dire qu'il avait tout changé, peu de temps après. On s'est dit : est-ce qu'on a été le moteur, ou quoi ? C'est toujours très embêtant.

Caroline : Forcément, on va... Enfin, ce n'est pas sans impact, ces journées-là.

Dr G : Non, ce n'est pas sans impact. C'est pour ça qu'il faut qu'on fasse attention, et qu'il faut que ce soit si possible...

Moi : Encadré.

Dr G : Oui. Si possible, oui. Parce que moi, je ne suis pas formée à la psychologie, et il faut faire attention aussi. Des fois, je mets les pieds dans le plat lourdement, mais bon... Je pense que c'est important pour que les gens puissent avancer, aussi. On verra. Enfin voilà.

Moi : Et donc pour vous, en fait, on ne devrait pas forcément se poser la questions en termes de notre différence, notre spécificité par rapport à d'autres professionnels –

Dr G : Non.

Moi : Mais plus notre engagement, nous, dans la...

Dr G : Oui. Personnellement, c'est ce que je pense. Parce que vous l'avez votre formation, vous la faites bien, vous êtes sérieuses, ça se voit. Donc moi, je n'ai pas d'inquiétude pour ça. Mais il faut... Il faut y aller, quoi. C'est le plus difficile. Il faut y aller. Ça, c'est de longue haleine, il y a des personnes qui... Mais il faut se libérer de ces choses-là, c'est très important, et je pense qu'effectivement, toutes les formations

que vous avez, c'est très important. Et ça va vous rendre service, parce qu'au lieu de mettre trente ans à vous trouver, vous vous trouvez tout de suite, quoi. Et c'est une perte de temps qui est considérable et qui gâche la vie perso et la vie pro. Et donc c'est un travail perso qu'il faut faire et qui permet d'avancer rapidement. Je pense qu'on gagne du temps, et les jeunes, vous êtes probablement plus à même de faire ça que de mon temps où ça n'existait pas, toutes ces formations. Et je pense que c'était une... Même pour les médecins, ça devrait exister, c'est une formation importante. Je pense.

Moi : C'est sûr.

Dr G : Donc c'est une richesse, il faut vraiment travailler ça autant. [rires] A mon sens. C'est perso, hein, mais... C'est mon ressenti.

Moi : Voilà, c'est intéressant. Une dernière question : pour vous –

Dr G : Tu vois, tu serres les mains.

Moi : Oui, c'est... Mais là c'est pour me recentrer.

Dr G : Tu es dans la fermeture.

Moi : Mouais, c'était... Bon, bref.

Dr G : Allez.

Caroline : C'est plus pour se concentrer, aussi.

Moi : C'était plus pour me recentrer sur...

Dr G : Concentre-toi, concentre-toi.

Moi : Pour vous aujourd'hui, qu'est-ce que c'est, la psychomotricité ?

Dr G : Alors pour moi aujourd'hui, qu'est-ce que c'est la psychomotricité... Je crois que je reste toujours sur ma définition, qui est une définition – parce que je n'ai pas regardé, et que ça ne m'intéresse pas – ce qui m'intéresse, c'est ce que vous pouvez apporter : vous pouvez apporter un soutien très important aux patients, aux soignants et aux aidants ; qu'ils soient adultes, qu'ils soient enfants, en matière de compréhension que le psychisme et le corps vont ensemble, et qu'en imaginant qu'on peut faire quelque chose et en faisant quelque chose avec ça, on peut avancer. Et de ne pas penser que c'est séparé, forcément, déjà. Parce que souvent, on se dit « ah là là, j'ai mal à mon articulation », mais on ne pense pas à la douleur qui, gnagna. Pour ça, on est dans la même phase. Et que vous, vous apportez des... Je dirais des explications scientifiques rigoureuses. Des attitudes, des gestes, des moyens de mettre en phase ces deux choses-là, et de progresser et d'avancer pour ne pas qu'il y ait une incoordination entre les deux. Pour moi c'est ça. Voilà, c'est de donner de la coordination entre ce qui est décoordonné, ou désordonné, ou... A cause de la maladie, ou à cause du passé, ou à cause de tas de problèmes quels qu'ils soient, qui font partie de tout ce qu'on doit prendre en charge, quand on prend une personne en charge. Qu'on ait maladie, qu'on n'ait pas maladie, hein, ça peut être un trouble de l'attention... Voilà. Mais de coordonner ce qui est décoordonné, de reticoter quelque chose d'harmonieux, quoi. Voilà. Mais bon. Alors, qu'est-ce que vous me donneriez comme définition ? Précise, en une phrase ?

Caroline : Oulà. [rires]

Moi : En une phrase ! Hum... Ben, moi je dirais : c'est une approche globale de l'humain, comme un être qui... Qui a différents pôles en interaction : le psychisme, l'affectif, le physique. Et... Et donc en tant que thérapie, c'est une approche qui se base sur la relation de l'humain avec lui-même, son environnement et les autres.

Dr G : Ça c'est... C'est super. Et toi ? [rires]

Caroline : Aïe aïe aïe. [rires] Heu... Alors moi je dirais...

Dr G : C'est pas filmé, alors tu peux y aller.

Moi : C'est enregistré ! [rires]

Dr G : Mais alors, tu refais le même truc l'année prochaine !

Moi : Voilà !

Caroline : Alors moi souvent, quand je dois définir rapidement la psychomotricité, je dis qu'en fait c'est un métier qui part de thérapies corporelles pour soigner des troubles plutôt soit d'ordre psychique, soit physique, en fonction des patients à qui on a affaire, et que souvent, les deux... Enfin tout est lié, donc...

Dr G : Alors fais attention, si je peux me permettre de donner un conseil. Quand on dit « thérapie », les gens entendent « psychothérapie ».

Caroline : Oui.

Dr G : Et donc ils ont un *a priori*. Donc je pense qu'il faut peut-être utiliser un autre terme que « thérapie ». Parce que moi je vois la fermeture que les personnes peuvent avoir vis-à-vis de la psychothérapie. Thérapie, psychanalyse... Ils sont tous dans le... Tu vois. Et peut-être que ça peut, si tu

expliques ça à un patient, ça peut le...

Caroline : Le refroidir.

Dr G : Faire une fermeture. Voilà. Et peut-être qu'il faut choisir un autre terme que le terme de thérapie. Je suis tout à fait d'accord avec toi, mais c'est un terme peut-être qu'il faut garder pour après, quand tu es déjà bien avec la personne. Sur le début, méfie-toi qu'il n'ait pas, enfin s'il vient, il n'y a peut-être pas de blocage, mais qu'il n'y ait pas un blocage parce qu'il se dit « ouh là là, psychisme, thérapie, psychothérapie... ». Tu vois. Et il y aura un amalgame, peut-être, parce que sa représentation de... Sa croyance... Va faire une cristallisation qui va te mettre en déséquilibre vis-à-vis de lui. Et le terme « thérapie » me fait peur à cause de ça. Parce qu'on parle beaucoup de thérapie. Thérapie cognitivo-comportementale, thérapie de machin... Voilà.

Caroline : Oui.

Dr G : Je n'aime pas beaucoup le terme thérapie à cause de ça, parce que quand je l'utilise avec les patients, je m'aperçois qu'il y a une espèce de barrage et de blocage, tu vois ?

Caroline : Oui.

Dr G : Parce qu'ils sont déjà dans le... On leur a peut-être proposé : « ah mais c'est pas dans la tête, ce n'est pas de la psychothérapie qu'il me faut »... Tu vois. Peut-être que c'est ça. Voilà. Et donc il faut... C'est intéressant que vous trouviez une définition qui soit très... Ce que tu as dit, ça me va tout à fait, hein, c'est juste de la... De la provocation.

Caroline : Mais c'est vrai que je n'ai pas beaucoup bossé sur ma définition.

Dr G : Eh bien, peut-être qu'il faut... [rires] Non mais peut-être qu'il faut regarder ça, parce que c'est intéressant, vu que les gens ne savent pas – moi en premier, hein – la définition.

Moi : Sinon, souvent, on dit que c'est une thérapie à médiation corporelle, comme ça, peut-être que ça enlève un peu...

Dr G : Oui mais alors ça... C'est terrible, ça.

Moi : Non ? C'est trop compliqué.

Dr G : Non. Médiation, la médiation... C'est... La médiation, c'est quand il y a le médiateur qui se met là, tu vois, non c'est ça la médiation, hein.

Moi : Ah oui ! Dans les représentations des gens. Oui, c'est vrai.

Dr G : Eh oui. Eh oui, c'est ça. Alors ça, c'est le vieux routier que je suis qui fait très attention aux mots, parce que tu te...

Caroline : On le sait bien.

Dr G : Eh oui. Non mais c'est ça. Alors quand je suis en tête-à-tête, des fois, je n'y arrive pas, mais si je fais un cours, ou un machin, je fais très attention à ces trucs-là. Parce que « médiation »... Admettons que la personne soit divorcée et qu'elle ait essayé un médiateur, c'est foutu.

Caroline et moi : Oui.

Dr G : « Elle est dans la médiation », c'est foutu, c'est terminé, tu as fermé la porte.

Moi : Oui, ils ont peut-être plutôt cette image-là, du médiateur.

Dr G : Eh oui. Et je suis d'accord avec le terme médiation, et même quand on... On a eu, à un moment donné, une art-thérapeute, qui était là. Qui était psychologue de formation, qui était art-thérapeute. Le jour où ils ont compris qu'elle était psychologue en même temps qu'art-thérapeute, ç'a été terminé !

Moi : Ah bon ? D'accord...

Caroline : Ah oui, c'est dingue.

Dr G : Oui. Alors qu'en tant qu'art-thérapeute, voilà. On fait de l'art... Médiation, alors elle disait « médiation artistique ». Le jour où il y a eu le terme « psy »-chologue... Terminé.

Moi : Ah oui. C'est fou.

Dr G : Non mais c'est... Sans blaguer, parce que les gens... Alors, ça dépend desquels, c'est toujours pareil, il ne faut pas faire de généralisation... Mais souvent, le terme « médiation », le terme « thérapie »... Alors, « psycho- »... « Psycho »-motricien. « Je suis une psychomotricienne ». Alors, est-ce que vous ne pouvez pas dire « j'utilise... Blabla, pour... »... Tu vois. Est-ce que vous ne pouvez pas trouver un truc qui soit très pratico-... Très concret.

Caroline et moi : Oui.

Dr G : Et qui montre justement que c'est... Alors, la médiation corporelle, mais « j'utilise le corps pour... »... Tu vois.

Moi : Oui. Ou « je travaille à partir du corps... Pour un mieux-être », ou quelque chose comme ça.

Dr G : Voilà ! Ça c'est mieux. Et ça, tout de suite tu rentres, et tu te dis « ah oui, c'est bien, parce

qu'effectivement j'ai des douleurs partout, ça va m'aider à être bien, en bien-être, amélioration... » Tu vois. Parce que sinon, on est dans le... Il y a... Les représentations, c'est des blocages, et à chaque fois on est... Et on se fait avoir.

Caroline : Oui. Oui, c'est vrai.

Moi : Quelque chose qui soit...

Dr G : Il faut faire très très attention.

Moi : C'est difficile d'être scientifiquement correct et accessible au plus grand nombre.

Dr G : Mais tu ne peux pas être *[les deux]*.

Caroline : Oui, c'est toujours compliqué, oui.

Dr G : Il faut savoir que si tu fais du didactique, il faut se dire que tu... La personne... Quand tu fais un cours – alors ça, c'est un truc très important – quand tu fais un cours, tu dois te mettre au plus bas niveau. Même si tu es avec des gens qui sont... Tu t'aperçois que c'est des gens qui ont déjà fait des études... Tu te dis : « il n'y connaît rien ». « Il n'y connaît rien ». Il faut repartir à la base. Et tu construis. Psychothérapeute. Psycho-thérapeute. Psycho-motricienne. Qu'est-ce que c'est ? Et leur dire : « je ne suis pas une psychothérapeute. Non non non. Je suis une psychomotricienne. Motricité : le corps ! Et... Gnagnagnagnagnagna. » [rires] Voilà. Et tout de suite : tac.

Moi : Oui.

Dr G : Parce que moi, pareil : rhumatologue, rhumatologue, la vieillesse, le machin... Tu vois. [rires] Eh ben c'est ça, hein. Quand tu soignes les enfants et que tu es pédo-, enfin rhumato-pédiatre, tu vois... Donc c'est... On est dans des représentations, et c'est ce qui fait que la communication est compliquée, alors... Voilà. Donc la communication est très importante, c'est pour ça qu'il faut travailler la communication. Ça fait partie du travail qu'on doit faire, et qu'on n'apprend pas dans nos milieux à nous, mais qu'on apprend chez vous, c'est très très bien.

Caroline et moi : Oui.

Dr G : « Médiation », je bannirais, et « thérapie », je bannirais.

Caroline : OK.

Dr G : Voilà. Mais bon, après, ça dépend avec qui vous êtes.

Caroline et moi : Oui.

Dr G : Si vous êtes avec des, des psychomot, voilà, bien sûr. Bien sûr.

Caroline et moi : Oui.

Moi : Mais avec des patients –

Dr G : Il ne faut pas. Parce que vous les mettez dans un truc où tout de suite, s'il y a un blocage quelque part, ils vont l'avoir. Donc je ne sais pas. Voilà. Mais en tout cas, ce que vous faites, c'est très très bien. [rires] Vous l'avez compris, je pense !

Moi : Super, merci. Eh bien, merci de nous accueillir.

Dr G : Non mais écoute, voilà. *[C'est]* de faire au mieux... Voilà, et puis de faire partager les difficultés, les trucs... Voilà, et puis leur permettre de... D'avoir un élan. Moi je dis que ça, toutes ces techniques, ça donne de l'élan. Et de la confiance. Il faut que les gens retrouvent confiance. C'est le but, hein, confiance et élan. Ça ne se mesure pas, c'est pour ça qu'on ne peut pas évaluer. Élan et confiance. S'il se dit « ah là là, finalement oui, rien n'est perdu : parce que je peux faire ça, je peux faire ci, je peux m'accrocher à ça, je peux prendre ça, ça ça va me détendre, etc. ». Plutôt que la dame qui dit : « Demain il y aura... La thérapie du microbiote ». Attends, là, c'est foutu d'avance. On peut y penser en se disant « OK... ». Mais si elle s'accroche à ça, tu vois... Il faut revenir à un truc plus concret. Je pense. Et là, vous allez leur montrer la semaine prochaine comment on peut se faire du bien... Voilà. Voilà. [rires]

Résumé

Les soins apportés en rhumatologie à l'hôpital s'effectuent en priorité sur un versant somatique. Cette approche s'inscrit dans une conception segmentée de l'humain qui caractérise le milieu hospitalier et notre culture médicale en général. Dans ce contexte, la psychomotricité apporte un regard holistique original. Cette spécificité lui confère une identité et une posture particulières qui peuvent être inconfortables à tenir. Ce mémoire se propose de croiser des perspectives de soignants et de patients sur la profession, et s'interroge sur la possibilité de concilier ces points de vue avec celui du psychomotricien lui-même, afin que celui-ci se forge une place légitime dans les équipes. A cet égard, communication, rigueur et éthique professionnelle sont trois pistes proposées en vue d'une meilleure reconnaissance de notre pertinence et de notre spécificité.

Mots-clés :

Psychomotricité, identité professionnelle, relation thérapeutique, pluridisciplinarité, douleur, anxiété, rhumatologie.

Abstract

Care given in rheumatology departments in hospitals focuses mainly on treating the body. This approach is in keeping with an understanding of humans as made of segmented parts, which pervades hospitals and our medical culture in general. In this context, psychomotor therapy provides an original holistic view. Its specific character results in a particular identity and positioning which can be uncomfortable to defend. This dissertation intends to compare the perspectives of caregivers and patients on the profession. It examines whether these viewpoints may be reconciled with the psychomotor therapist's own perception, so that the latter can build a legitimate place for himself in care teams. In this respect, the author proposes three possibilities, namely communicating, being rigorous and working with ethics, for our relevance and uniqueness to be better acknowledged.

Key words:

Psychomotor therapy, professional identity, therapeutic relationship, multidisciplinary, pain, anxiety, rheumatology.