



HAL
open science

Le savoir-être du psychomotricien confronté aux dilemmes éthiques en service d'hépatologie et de transplantation hépatique pédiatrique

Julia Malphettes

► **To cite this version:**

Julia Malphettes. Le savoir-être du psychomotricien confronté aux dilemmes éthiques en service d'hépatologie et de transplantation hépatique pédiatrique. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02274053

HAL Id: dumas-02274053

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02274053>

Submitted on 29 Aug 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
Faculté de Médecine – Sorbonne Université
Site Pitié-Salpêtrière
91 Boulevard de l'Hôpital
75 013 PARIS



**LE SAVOIR-ÊTRE DU PSYCHOMOTRICIEN CONFRONTÉ
AUX DILEMMES ÉTHIQUES EN SERVICE D'HÉPATOLOGIE
ET DE TRANSPLANTATION HÉPATIQUE PÉDIATRIQUE**

Mémoire présenté par Julia MALPHETTES

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

Référentes de mémoire :

Julie ROUX

Laura GOUABAULT

Session Juin 2019

REMERCIEMENTS

Je tiens avant tout à remercier mes maîtres de mémoire. Je remercie Julie ROUX pour nos échanges si riches qui ont accompagné ma réflexion. Merci de m'avoir poussée à faire évoluer mes questionnements d'étudiante à ceux d'une future professionnelle. Un grand merci aussi à Laura GOUABAULT de m'avoir soutenue et relue coûte que coûte. Encore merci pour ta disponibilité et pour ton optimisme !

Je remercie bien évidemment les deux psychomotriciennes de l'hôpital. Merci de m'avoir accueillie cette année à vos côtés, j'y ai énormément appris ! J'en profite pour remercier toute l'équipe qui m'a chaleureusement accueillie.

Merci à toutes les maîtres de stages dont j'ai croisé le chemin durant ces trois années de formation. C'est grâce à vous toutes que j'ai pu forger ma vision de la psychomotricité.

Je remercie aussi toutes les personnes qui ont contribué à ce mémoire, et en particulier Françoise GIROMINI pour nos échanges enrichissants à propos de l'éthique en psychomotricité.

Je remercie toute la « TEAM » : Amélie, Lucie, Sadek, Amélie, Solène, Marie-Alix et Chloé merci à vous pour ces superbes moments passés ensemble durant ces trois années. Je vous souhaite le meilleur !

Je n'oublie pas ma famille, sans qui tout cela n'aurait pas été possible. Merci à vous d'avoir toujours été là, merci pour votre soutien indéfectible.

Sommaire

Introduction.....	6
Partie I. La psychomotricité au sein du service d'hépatologie pédiatrique.....	7
A. Le service d'hépatologie et de transplantation hépatique pédiatrique.....	8
1. Le fonctionnement général.....	8
2. L'Atrésie des Voies Biliaires (AVB).....	8
3. Le parcours de greffe.....	10
3.1. Le bilan pré-greffe.....	10
3.2. L'attente de la greffe.....	10
3.3. L'intervention chirurgicale et le suivi post-greffe.....	10
B. L'accompagnement psychomoteur en service d'hépatologie.....	11
1. L'indication de suivi en psychomotricité.....	11
2. Le bilan psychomoteur.....	12
2.1. L'évaluation neuropsychomotrice Amiel-Tison (1998).....	13
2.2. L'échelle de développement de la première enfance Brunet-Lézine Révisée (1951).....	14
3. La psychomotricité dans un contexte hospitalier.....	16
C. Une situation à l'origine de mes questionnements sur l'éthique.....	18
1. L'histoire de Meryem.....	18
2. Les notions fondamentales d'éthique médicale.....	23
2.1. Morale ou éthique ?.....	23
2.2. Les dilemmes en éthique clinique.....	23

Partie II. Entre éthique et psychomotricité.....	26
A. La clinique psychomotrice sous l'influence des dilemmes éthiques.....	27
1. Un bilan psychomoteur avant inscription sur liste de greffe.....	27
2. Une séance d'éveil sensorimoteur.....	31
B. L'éthique.....	33
1. L'éthique clinique.....	34
2. Les soubassements de l'éthique.....	34
2.1. Les affects.....	35
2.2. L'altérité.....	35
3. L'ontologie de l'éthique selon Spinoza.....	37
2.1. Le corps et l'esprit.....	37
2.2. Le conatus ou la persévérance de l'être.....	38
C. Le savoir-être du psychomotricien apparaît au cœur des questions éthiques	39
Partie III. L'incidence des dilemmes éthiques sur le savoir-être en psychomotricité.....	42
A. Le contexte émotionnel.....	43
1. Une séance de toucher thérapeutique en réanimation.....	43
2. Les émotions du soignant auprès des cliniques des situations dites extrêmes.....	46
3. Les soins psychomoteurs dans ce contexte émotionnel.....	48
B. Psychomotricien, une posture empathique ?.....	50
1. Une séance d'apaisement psychocorporel en réanimation.....	50
2. De la posture au dialogue tonico-émotionnel comme outil thérapeutique.....	53
2.1. La posture.....	53
2.2. L'accordage tonique.....	54

2.3. Le dialogue tonico-émotionnel.....	54
3. De l'empathie en psychomotricité.....	56
3.1. L'empathie.....	56
3.2. Du dialogue tonico-émotionnel à l'empathie.....	57
3.3. De l'empathie dans le contre-transfert corporel.....	58
3.4. Posture d'empathie thérapeutique.....	60
C. Réflexions éthiques sur le savoir-être en psychomotricité.....	61
1. Une attitude corporelle réfléchie.....	61
2. Faire face aux situations extrêmes.....	62
2.1 Entre théorie et pratique clinique.....	62
2.2. Mes ressources.....	63
2.3. Les ressources du psychomotricien.....	65
3. La place de la psychomotricité dans les décisions éthiques.....	65
3.1. Dans le bilan.....	66
3.2. Dans les séances.....	67
3.3. Dans l'équipe pluridisciplinaire.....	69
Conclusion.....	70
Bibliographie.....	71

INTRODUCTION

Au cours de cette dernière année de formation, j'ai eu l'opportunité de découvrir la place de la psychomotricité en service d'hépatologie et transplantation hépatique pédiatrique. En évoluant auprès d'enfants atteints de pathologies somatiques graves, j'ai découvert tout un pan du soin psychomoteur, du bilan aux séances en passant par la participation aux décisions en équipe pluridisciplinaire. Dans ce type de services, des décisions médicales complexes doivent être prises. L'avis du psychomotricien est alors parfois sollicité. Tout en prenant part aux délibérations, il faut toutefois continuer à être au plus près du patient. C'est ainsi que peut parfois émerger un dilemme éthique.

Partant de ce constat, je me suis beaucoup interrogée : Comment faire passer un bilan psychomoteur ? Pouvais-je m'adapter au dilemme ? Devais-je le mettre de côté pour me consacrer pleinement à la rencontre avec l'enfant ? Comment me positionner, quelle attitude adopter ? Comment ensuite poursuivre un suivi psychomoteur malgré les enjeux et le contexte parfois lourd ? Pour trouver des ébauches de réponses à ces questions complexes, je me suis plongée dans l'éthique, en particulier l'éthique médicale clinique. Si l'éthique devrait concerner tous les professionnels, comment concerne-t-elle les psychomotriciens en particulier ? Quelles sont les intrications entre éthique et psychomotricité ?

De cette réflexion découle ma question centrale : **Comment les dilemmes éthiques interfèrent-ils sur le savoir-être du psychomotricien auprès de son patient ?**

En reliant des vignettes cliniques à la théorie, j'exposerai ici le cheminement de ma pensée entre éthique et psychomotricité. Tout d'abord, je présenterai la place de la psychomotricité au sein du service d'hépatologie pédiatrique et la façon dont un dilemme éthique est venu interférer dans un bilan psychomoteur. Puis, j'approfondirai les intrications réciproques m'étant apparues entre ces deux disciplines que sont l'éthique et la psychomotricité. Enfin, je m'attacherai à comprendre par quels mécanismes le dilemme éthique peut influencer le savoir-être du psychomotricien pour finalement partager mes réflexions sur la place de la psychomotricité dans les décisions éthiques.

PARTIE I. LA PSYCHOMOTRICITÉ AU SEIN DU SERVICE D'HÉPATOLOGIE PÉDIATRIQUE

A. LE SERVICE D'HÉPATOLOGIE ET DE TRANSPLANTATION HÉPATIQUE PÉDIATRIQUE

1. LE FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL

Le service d'hépatologie pédiatrique se trouve au sein du pôle pédiatrique d'un centre hospitalier universitaire. Ce service de médecine permet de poser le diagnostic et de prendre en charge le traitement de différentes maladies du foie de l'enfant. Il a pour particularité d'être un centre de transplantation hépatique.

Les enfants peuvent être hospitalisés dans le service pour des durées variables. Leur venue peut être programmée, ou non, en fonction de l'évolution de la maladie. La plupart des patients n'habitant pas à proximité, l'hôpital propose des solutions d'hébergement pour les parents qui peuvent ainsi rester à proximité de leur enfant pendant la durée de l'hospitalisation.

2. L'ATRÉSIE DES VOIES BILIAIRES (AVB)

Une des principales pathologies prise en charge par le service est l'Atrésie des Voies Biliaires (AVB). De ce fait, je fais le choix de la décrire initialement puisqu'elle concernera les situations qui m'ont amenée à me questionner sur l'éthique et la psychomotricité.

Les enfants atteints d'AVB présentent depuis la naissance un ictère¹ persistant et une hépatomégalie², associés à une décoloration des selles. Face à ce tableau caractéristique d'une cholestase néonatale³, ils sont adressés à l'âge de quelques mois dans le service pour que soit posé un diagnostic.

D'après BERNARD O. (1994, pp. 65-72), l'Atrésie des Voies Biliaires est la plus fréquente des causes de cholestase chez le nouveau-né ; elle concerne la moitié des cas. Elle est caractérisée par une oblitération des voies biliaires d'origine inconnue, survenant en période périnatale. L'hépatomégalie importante et ferme associée à une décoloration complète et

1 Ictère : Coloration jaune plus ou moins intense de la peau, des muqueuses et des conjonctives due à leur imprégnation par les pigments biliaires.

2 Hépatomégalie : Augmentation du volume du foie.

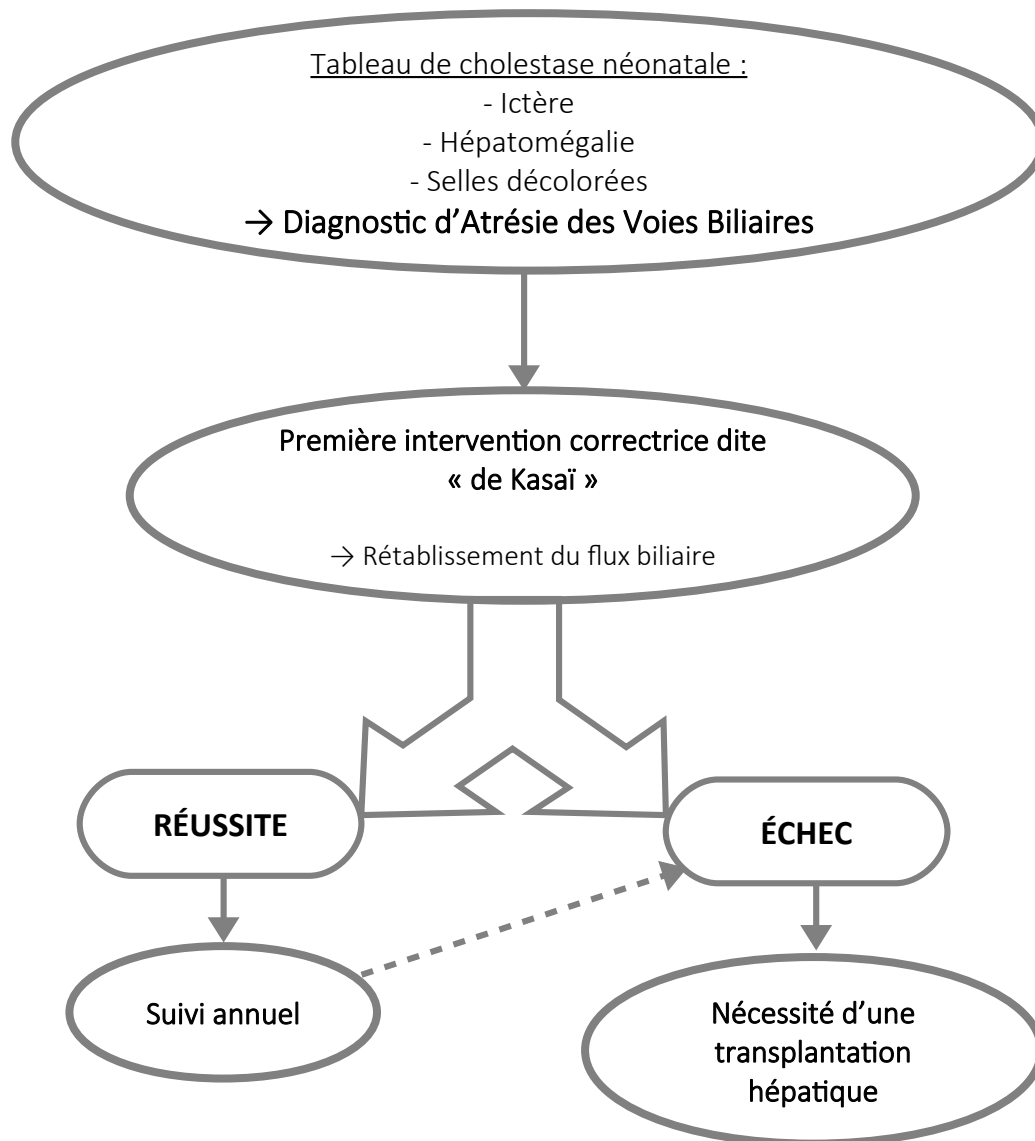
3 Cholestase néonatale : Ensemble des manifestations dues à la diminution ou à l'arrêt du flux biliaire ou à une anomalie de formation de la bile, dont les éléments refluent dans le sang.

permanente des selles constituent des éléments cliniques du diagnostic qui ne pourra être confirmé que lors d'une exploration chirurgicale.

En première intention de rétablissement du flux biliaire, l'intervention correctrice, dite « de Kasai », doit être effectuée le plus tôt possible. Les chances de réussite de cette intervention sont incertaines. En cas de réussite, un suivi médical régulier reste nécessaire.

Il arrive qu'une intervention de Kasai ne soit pas réalisable ou bien qu'elle ne suffise plus plusieurs années après. En cas d'échec du rétablissement du flux biliaire, une transplantation hépatique est forcément nécessaire pour empêcher la destruction du tissu hépatique. Cette destruction provoque effectivement une insuffisance hépatocellulaire chronique qui serait à terme responsable du décès de l'enfant.

Ce schéma représente les différentes étapes du suivi médical dans le cas d'une AVB :



3. LE PARCOURS DE GREFFE

L'AVB est la principale cause de transplantation hépatique chez l'enfant, elle représente 48 % des cas (BERNARD O., 1994, p. 199). La transplantation n'est pas systématiquement envisageable. Dans l'attente de la greffe, la période est pleine d'incertitudes. Le foie peut décompenser, provoquant alors la décompensation des autres organes vitaux, pouvant entraîner le décès de l'enfant. Durant cette période d'attente, il y a une sorte d'ambiguïté entre le besoin évident de soins de confort sans pour autant pouvoir parler de soins palliatifs. Les soins curatifs mis en place permettent à l'enfant de se battre jusqu'à l'éventuelle décision de greffe.

3.1. LE BILAN PRÉ-GREFFE

Le bilan pré-greffe est constitué de nombreux examens et consultations, nécessaires pour évaluer les bénéfices et les risques avant que le patient ne soit inscrit sur liste d'attente de greffon. Lors du bilan, il s'agit d'éliminer les contre-indications opératoires mais aussi les contre-indications à la prise au long cours du traitement immunosuppresseur.

Parmi les contre-indications formelles figure notamment le retard de développement psychomoteur sévère (*Ibid*, p. 203), d'où l'importance que revêt le bilan psychomoteur à cette étape du suivi d'un enfant.

3.2. L'ATTENTE DE LA GREFFE

À l'issue du bilan pré-greffe, si l'enfant est déclaré éligible à la transplantation hépatique, il est inscrit sur liste d'attente nationale d'attente de greffe. Cette liste est gérée par l'Agence de la Biomédecine, chargée de l'attribution des organes en garantissant le respect des critères médicaux et des principes de justice conformes aux lois bioéthiques. En fonction de son état médical, l'enfant peut être déclaré prioritaire. Il alors est déclaré en « Super Urgence » et reste, le plus souvent, hospitalisé dans le service et peut être envoyé à tout moment au bloc opératoire si un greffon lui est attribué.

3.3. L'INTERVENTION CHIRURGICALE ET LE SUIVI POST-GREFFE

Le greffon utilisé lors de la transplantation répond à des critères médicaux d'éligibilité précis en fonction du groupe sanguin, de la sérologie et du bilan hépatique. Il peut provenir d'un donneur décédé ou d'un donneur vivant intrafamilial.

À la sortie du bloc opératoire, l'enfant est transféré en service de réanimation pédiatrique pour bénéficier d'une surveillance médicale rapprochée. Il passe ensuite en service de chirurgie et enfin en service d'hépatologie. Ce temps est nécessaire pour vérifier la réussite de la greffe et pour que l'enfant récupère des suites de l'opération.

B. L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOMOTEUR EN SERVICE D'HÉPATOLOGIE

Deux psychomotriciennes interviennent sur le pôle pédiatrique de l'hôpital. Elles sont rattachées au service de rééducation pédiatrique de l'hôpital et ne dépendent pas directement du service d'hépatologie. Leur temps est donc divisé entre plusieurs services. En hépatologie, la psychomotricité est présente depuis la fin des années 1980. Comme il comprend un centre de référence de maladies rares, le service bénéficie aujourd'hui de 70 % de temps de psychomotricité. L'indication de suivi en psychomotricité est faite à la demande de l'équipe médicale pour une raison initiale qui sera affinée grâce aux conclusions du bilan psychomoteur et qui est amenée à évoluer compte tenu de la progression de la pathologie somatique grave.

1. L'INDICATION DE SUIVI EN PSYCHOMOTRICITÉ

Le suivi en psychomotricité se fait à la demande des médecins qui adressent les enfants pour différentes raisons.

L'hospitalisation prolongée chez le très jeune enfant est à risque pour le développement psychomoteur et demande une vigilance particulière. Un bilan psychomoteur est réalisé systématiquement à leur arrivée. La psychomotricienne les rencontre toujours pour les évaluer et proposer en fonction une installation adaptée, de la guidance parentale et/ou des séances d'éveil sensorimoteur.

L'indication de suivi en psychomotricité est également systématique pour les enfants en parcours de greffe. Dès le bilan pré-greffe, la rencontre avec l'enfant et sa famille permet de leur présenter la psychomotricité afin de préparer le suivi post-greffe. Il s'agit aussi d'évaluer toutes les acquisitions déjà en place avant la transplantation et les centres d'intérêt de l'enfant. Le suivi se met en place, après l'opération, dès le service de réanimation pour un accompagnement des répercussions psychocorporelles de la douleur et étayer le

réinvestissement psychocorporel. Le suivi permet aussi la prévention des troubles de l'oralité et d'effectuer de la guidance parentale.

Une demande ponctuelle peut émaner de l'équipe soignante ou des parents pour réaliser uniquement un bilan psychomoteur, pour accompagner une anxiété majeure liée à l'hospitalisation ou pour accompagner un soin douloureux.

Les demandes de suivi en psychomotricité sont régulièrement rediscutées en staff médical et sont amenées à évoluer tout au long du parcours de l'enfant. La demande médicale initiale couplée aux données du bilan psychomoteur vont permettre de définir les intentions thérapeutiques globales pour chaque patient.

2. LE BILAN PSYCHOMOTEUR

Quelle que soit l'indication du suivi, celui-ci débute par un bilan psychomoteur, prérequis indispensable au suivi en psychomotricité. Conformément au décret de compétences⁴, il est soumis à prescription médicale. Selon le modèle conceptuel de chaque professionnel, il peut varier dans la forme mais de façon globale il « a pour objectif de faire état du niveau de développement et de la qualité de la mise en œuvre des fonctions psychomotrices d'un sujet. Il se définit comme un examen, c'est-à-dire une observation minutieuse permettant de déterminer un diagnostic, et est composé de différentes épreuves. » (RAYNAL N., 2018, p.1) Ces **épreuves** sont les tentatives de réalisation de tâche grâce auxquelles pourra s'exprimer le fonctionnement psychomoteur du sujet. Cependant une telle **évaluation** reste empreinte de la subjectivité d'interprétation de l'évaluateur qui dépendra de son expérience et de son bagage théorique. Elle ne suffit pas et doit donc être assortie de mesures (ALBARET J-M., 2003, p. 67), permises par la cotation de tests standardisés.

ZAZZO définit le **test** standardisé comme « une épreuve strictement définie, dans ses conditions d'application et dans son mode de notation, qui permet de situer un sujet par rapport à une population elle-même bien définie ». Ainsi, l'utilisation de tests standardisés répond à l'exigence d'objectivité dans le bilan psychomoteur.

Dans le service, deux tests sont principalement utilisés : l'évaluation neuropsychomotrice et l'échelle de développement de BRUNET-LÉZINE.

⁴ Article L. 1111-2 du Code de la Santé Publique, modifié par la Loi n°2008-879 du 21 juillet 2009 – art. 37.

2.1. L'ÉVALUATION NEUROPSYCHOMOTRICE AMIEL-TISON (1998)

La neuropédiatre AMIEL-TISON (1998) propose une évaluation neurologique de l'enfant applicable de la naissance à l'âge scolaire. Dans une approche préventive, cet outil évolutif permet d'explorer les fonctions neuromotrices, témoins de la maturation neurologique, pour repérer les écarts possibles tout au long du développement. Il permet alors de dissocier l'anomalie neurologique de sa conséquence fonctionnelle.

Cet outil très complet est utilisé en psychomotricité. Il permet d'apprécier la spécificité dynamique du bébé en mettant en évidence ses dysfonctionnements, mais surtout en repérant ses compétences et en faisant émerger ses potentialités. Cette évaluation permet d'éclairer la dynamique de l'inter-relation entre le bébé et ses partenaires, en tant que reflet du développement psycho-affectif.

L'évaluation se déroule en plusieurs temps :

- **Observation spontanée** : En décubitus dorsal, le psychomotricien note l'attitude globale, l'activité motrice spontanée, les mouvements anormaux ainsi que la qualité du cri et du sourire.
- **Prise de contact et réactions à l'environnement** : Il s'agit d'observer les réactions d'orientation visuelles et auditives et les capacités d'auto-organisation face aux stimuli proposés.
- **Évaluation du tonus passif** : L'examineur recherche l'extensibilité musculaire des membres supérieurs, inférieurs et de l'axe corporel par mobilisation lente dans une situation la plus proche possible du tonus de repos.
- **Examen dynamique** : Pour évaluer le tonus actif, il s'agit de créer une situation qui provoque une réaction motrice de l'enfant pour observer son adaptation à différentes postures mettant en jeu les réponses de la pesanteur.

Dans le service d'hépatologie, la psychomotricienne utilise l'examen neuropsychomoteur auprès des plus jeunes patients afin de dépister les possibles atteintes neurologiques. Les médecins le demandent afin d'avoir un premier avis avant de solliciter l'avis d'un neuropédiatre extérieur.

2.2. L'ÉCHELLE DE DÉVELOPPEMENT DE LA PREMIÈRE ENFANCE BRUNET-LÉZINE RÉVISÉE (1951)

Cette échelle de développement de la première enfance a été établie par O. BRUNET et I. LÉZINE en 1951. Elle était à l'origine étalonnée de zéro à trente mois et a été révisée en 1997 de deux à trente mois en raison des changements sociétaux concernant la première enfance. Des épreuves complémentaires permettent d'étendre l'évaluation de vingt-quatre mois à six ans. Le BLR est une situation standardisée d'observation du jeune enfant. Il permet de mesurer un niveau d'élaboration du comportement pour évaluer la vitesse de développement psychomoteur, et ce par rapport au groupe d'âge de référence. L'échelle permet d'établir des estimations par paliers d'un mois jusqu'à l'âge d'un an, puis des paliers de trois mois ensuite. La standardisation privilégie l'aspect descriptif – quantitatif par rapport à l'aspect explicatif – qualitatif, ainsi le psychomotricien pourra veiller aux moyens mis en œuvre par l'enfant pour atteindre un certain but.

Lors de l'administration du test, l'examineur applique la série de dix épreuves correspondant à l'âge de l'enfant, en remontant aux niveaux inférieurs en cas d'échec et poursuivant au-delà en cas de réussite à tous les items jusqu'à échec complet à un niveau d'âge. Les 150 épreuves sont réparties en quatre grands domaines du développement :

P : domaine **posturo-moteur** pour l'étude des mouvements en position dorsale, ventrale, assise et debout.

C : domaine des **coordinations oculo-manuelles** pour l'étude de la préhension et du comportement de l'enfant avec l'objet.

L : domaine du **langage** dans ses fonctions de compréhension et d'expression.

S : domaine de la **socialisation** englobant la prise de conscience de soi, les relations avec autrui, les mimiques et l'adaptation aux relations sociales.

La cotation s'effectue ensuite en calculant deux types de quotient de développement (QD), un QD inférieur à soixante-dix évoque un retard dans les acquisitions psychomotrices :

- Le **QD global** situe les acquisitions d'un enfant par rapport au groupe de référence.
- Les **QD partiels** établissent un profil des possibilités de l'enfant à un moment donné.

Les auteurs précisent néanmoins que le développement d'un enfant ne se déroulant pas selon un axe linéaire, la portée diagnostique et prédictive de l'échelle nécessite une grande prudence.

Le mot **bilan**, de l'italien *bilancio*, balance signifie « peser, mettre en équilibre ». Le bilan psychomoteur met donc en rapport ces deux dimensions objective et subjective.

« La démarche du bilan associe nécessairement :

- une évaluation essentiellement **subjective** de l'examineur, basée sur la mise au travail du fonctionnement psychomoteur du sujet dans différentes épreuves, et sur l'appréciation de la nature et qualité des interactions entre ce dernier, l'évaluateur et plus globalement l'environnement du sujet ;
- une mesure **objective** des phénomènes ayant motivé le bilan, ou apparaissant au cours de ce dernier, et pouvant constituer un trouble psychomoteur,, mesure basée sur l'emploi de tests standardisés. » (RAYNAL N., 2018, p. 2)

Dans le service d'hépatologie ces deux dimensions sont très prégnantes. Les médecins sont demandeurs de cotations chiffrées qui permettent de suivre l'évolution du développement d'un enfant. Les mesures objectivées permettent de partager un langage commun à plusieurs professionnels. Cependant, les médecins sont aussi en demande d'une interprétation qualitative de la part de la psychomotricienne pour venir étayer les résultats du test en pondérant qualitativement les données chiffrées. Les pathologies hépatiques entraînant fréquemment une augmentation anormale du volume du foie (hépatomégalie) et une corpulence particulière. Ainsi le score du développement posturo-moteur est souvent très bas dans le BLR car l'enfant ne peut pas réaliser certaines épreuves.

Comme le souligne BALLOUARD C., une autre fonction capitale du bilan est celle de « permettre au sujet de se présenter à l'autre et d'ouvrir la relation » (2008, p. 72). Dans le service, le temps du bilan est effectivement celui de la rencontre. Les échanges avec les parents permettent de recueillir leurs ressentis sur le développement global de leur enfant et sur la manière dont il vit l'hospitalisation. Il arrive que certains enfants, arrivant directement de services de néonatalogie, n'aient jamais connu le domicile familial. Ce moment permet d'évaluer la qualité des interactions précoces entre les parents et leur enfant. C'est aussi le

moment d'accueillir leurs interrogations éventuelles auxquelles la psychomotricienne peut proposer certains éléments de réponse tout en leur expliquant quel sera son rôle tout au long de l'hospitalisation de leur enfant.

3. LA PSYCHOMOTRICITÉ DANS UN CONTEXTE HOSPITALIER

Les axes thérapeutiques résultant de la demande médicale et du bilan psychomoteur sont néanmoins bien souvent nuancés par le contexte hospitalier.

Le service suit des enfants atteints de pathologies qui peuvent engager leur pronostic vital. Ce contexte aigu de la pathologie somatique grave entraîne bien souvent des parcours médicaux qui ne sont pas linéaires. L'état de l'enfant pouvant s'aggraver très vite, les conditions de suivi s'en trouvent adaptées.

Suivant son parcours médical, l'enfant peut être amené à passer par d'autres services de l'hôpital. S'il nécessite des soins continus et une surveillance médicale accrue, il sera accueilli en service de réanimation pédiatrique. Les professionnels paramédicaux étant rattachés au service de rééducation, ils suivent les enfants tout au long de leur parcours et ce dans les différents services de l'hôpital. Ainsi, le suivi en psychomotricité doit sans cesse être adapté à l'évolution des besoins de l'enfant. Les intentions thérapeutiques en psychomotricité doivent pouvoir être remaniées en fonction des besoins de l'enfant. Le suivi d'un enfant principalement axé sur de l'éveil sensorimoteur peut être à tout moment revu. S'il se retrouve en service de réanimation, l'intention thérapeutique peut devenir momentanément un apaisement psychocorporel de la douleur. Pour cela, avant toute séance, un temps d'évaluation des besoins de l'enfant est nécessaire en prenant en compte la demande médicale, l'avis des équipes soignantes et des parents sur la disponibilité de l'enfant

Je suis présente à l'hôpital les jeudis et vendredis. Lorsque j'arrive le matin, je retrouve les psychomotriciennes dans le bureau. Nous faisons alors un point sur les enfants à voir dans la journée, sur les éventuelles nouvelles indications. Nous avons donc un début de liste de patients à voir : ceux prévus pour une hospitalisation de jour, ceux suivis régulièrement, les nouvelles demandes. Cette liste est amenée à évoluer tout au long de la journée, en fonction de la disponibilité des enfants entre différents examens ou bien juste de leurs besoins. De

nouveaux patients nous sont souvent indiqués en cours de journée, lorsque nous sommes présentes dans les services.

Ce temps de transmission est souvent l'occasion de faire le point sur l'évolution d'un enfant. D'une semaine sur l'autre, beaucoup de choses peuvent évoluer, notamment dans ces services aigus. Les situations médicales sont complexes et l'état médical des enfants est souvent très fluctuant.

Que ce soit pour la présentation d'un nouveau patient ou pour des nouvelles d'un patient que je connais, les transmissions me sont faites grâce aux informations données par les psychomotriciennes, informations provenant de leurs séances, d'autres professionnels ou bien du staff médical ; ou bien directement par le logiciel médical.

Toutes ces transmissions, de natures et de provenances différentes, contribuent à la représentation que je me forge de chacun des patients. Cette idée me suivra jusqu'à ma rencontre réelle avec l'enfant, ou mes retrouvailles le cas échéant. Parfois, dans le tumulte de la journée, il arrive que j'oublie certaines informations qui ne me reviennent qu'après la rencontre, lorsque je peux recoller les différents moments de la journée. Les éléments qui m'ont été transmis façonnent l'approche que je vais avoir avec chacun d'eux. Le contexte de l'hospitalisation pour des pathologies somatiques graves chez l'enfant implique des changements parfois brusques dans l'évolution de la maladie. D'une semaine à l'autre, l'état d'un enfant peut changer du tout au tout. Il arrive que l'enfant soit rentré chez lui alors que cela n'était initialement pas prévu. D'autres fois, l'évolution de la maladie entraîne des décompensations.

Ce temps de transmission est primordial pour commencer ma journée de stage. Lorsqu'il s'agit d'un nouveau patient, cela façonne une première représentation et conditionne notre rencontre. Ces représentations influencent-elles ma posture lors d'un bilan psychomoteur ? Par quel biais ? La solution pourrait-elle de s'en passer ? Parfois, il s'agit d'un parti pris de ne prendre connaissance du dossier et des éléments d'anamnèse d'un patient avant la première rencontre. Cependant cela s'avère difficilement réalisable dans le contexte de l'hospitalisation aiguë en pédiatrie. Comment retrouver alors ce cadre privilégié d'une première vraie rencontre ? Et-il possible « d'occulter » certaines informations pour s'en dégager ?

Ces transmissions peuvent aussi concerner des patients que je suis de façon plus régulière. Compte tenu du contexte de la maladie somatique grave, l'état de l'enfant peut évoluer très vite d'une semaine à l'autre. Ainsi, ce temps me permet d'en prendre connaissance et de le garder en tête afin de me faire une idée de comment vais-je retrouver le patient cette semaine. Est-il en réanimation parce que son état s'est aggravé ? Comment tous ces rebondissements peuvent-ils influencer ma posture ? Quelle incidence ces changements brusques ont-ils sur le suivi en psychomotricité ?

C. UNE SITUATION À L'ORIGINE DE MES QUESTIONNEMENTS SUR L'ÉTHIQUE

1. L'HISTOIRE DE MERYEM⁵

Cette vignette clinique se déroule avant mon arrivée dans le service. Lorsque j'ai été amenée à rencontrer Meryem au mois d'octobre, la psychomotricienne m'a présentée son parcours médical.

Meryem est une petite fille née en novembre 2017 et qui est suivie dans le service d'hépatologie pédiatrique pour une Atrésie des Voies Biliaires (AVB).

En janvier, alors qu'elle est âgée d'un mois et demi, Meryem est hospitalisée aux urgences pédiatriques proches de son domicile car elle est retrouvée inconsciente dans son lit par ses parents. À l'examen, elle présente un syndrome d'hypertension intra-crânienne (HTIC)⁶ avec troubles de la conscience associé à un ictère et une hépatomégalie. Le scanner montre une hémorragie cérébrale de l'hémisphère gauche. Meryem est alors sédaturée⁷ et intubée puis transférée en service de réanimation dans un autre hôpital. L'examen neurologique s'améliore progressivement : le contact reste fluctuant mais elle récupère une motricité spontanée des quatre membres ainsi qu'une succion efficace. Les imageries de contrôle mettent en évidence de nombreuses lésions post-ischémiques ainsi que des hématomes sous-duraux, principalement localisés dans l'hémisphère gauche.

⁵ Pour garantir l'anonymat, tous les prénoms ont été modifiés

⁶ Hypertension intra-crânienne : Élévation de la pression intracrânienne, secondaire à une augmentation de volume du contenu de l'enceinte durale craniorachidienne.

⁷ Sédation : Diminution de la vigilance et de la douleur par l'administration d'un anesthésique, d'un analgésique ou d'un tranquillisant.

L'ictère et l'hépatomégalie sont, eux, révélateurs d'une cholestase néonatale, non diagnostiquée auparavant malgré le signalement de l'apparition des selles décolorées par les parents dès un mois de vie. L'ictère dès la naissance avait été mis sur le compte d'un allaitement maternel exclusif. Meryem est donc orientée vers le service d'hépatologie pédiatrique.

Fin janvier, Meryem est âgée de deux mois, lorsqu'elle arrive dans le service d'hépatologie pédiatrique pour un bilan de cholestase néonatale à selles décolorées. L'examen neurologique à son arrivée dans le service met en évidence un strabisme convergent de l'œil droit avec une poursuite oculaire incomplète à droite. Il est aussi à noter que pour son hémicorps gauche, les réflexes ostéo-tendineux sont diminués et sont associés à des clonus⁸. Au terme de cette première hospitalisation, mi-février 2018, le diagnostic d'Atrésie des Voies Biliaires (AVB) est posé.

La psychomotricienne rencontre Meryem pour la première fois lors de cette hospitalisation. Elle réalise un premier bilan et utilise l'examen neuromoteur d'AMIÉL-TISON. Ce premier outil d'évaluation fait état d'une attitude posturale et d'une motricité spontanée asymétriques avec une mobilité moindre de l'hémicorps droit. La psychomotricienne se sert alors de cette évaluation pour proposer une installation au lit appropriée aux besoins de Meryem. Cette installation prend en compte sa corpulence, son « gros ventre », lié à l'hépatomégalie, son schéma prédominant en hyperextension et l'asymétrie résultant des séquelles neurologiques. À l'aide d'un cocon en microbilles, elle lui propose une posture en enroulement asymétrique, en décubitus latéral. Cette posture favorise la détente en libérant les membres de leur motricité réflexe, tout en favorisant la libération d'une motricité volontaire. Meryem peut ainsi venir rejoindre ses mains dans le plan médian et découvrir les premières activités de manipulation malgré sa mobilité réduite à droite. Le suivi en psychomotricité s'axe alors sur des temps d'éveils sensorimoteurs et de guidance parentale.

Dans le cas de Meryem, le diagnostic tardif de l'AVB a entraîné un déficit en vitamine K. Cette vitamine étant nécessaire à la coagulation, sa carence a provoqué l'ischémie⁹

⁸ Clonus : Suite inépuisable de secousses d'un rythme régulier, obtenue sur un muscle dont le tendon est soumis à une tension prolongée.

⁹ Ischémie : Diminution ou arrêt de la circulation et donc de l'apport sanguin dans un territoire tissulaire ou un organe

cérébrale apparue chez Meryem et provoquant l'hypertension intra-crânienne. Les lésions post-ischémiques, principalement localisées dans l'hémisphère gauche, compliquent la prise en charge habituelle d'une AVB. L'équipe du service, composée des hépatologues (seniors et internes du service), de la cadre infirmière, de l'assistante sociale, de la psychologue, de la diététicienne ainsi que de la psychomotricienne, se réunit en staff médical afin de prendre une décision sur la suite des traitements. Le neuropédiatre n'est pas présent mais son avis est pris en compte par les médecins. En raison d'un risque d'aggravation des lésions neurologiques trop important, la discussion collégiale conclue à une contre-indication à la réalisation de l'intervention correctrice dite « de KASAI » pour Meryem. L'intervention chirurgicale étant contre-indiquée pour Meryem, cela exclut d'office d'envisager une transplantation hépatique. Un retour à domicile se fait avec un suivi par le neuropédiatre de l'hôpital de proximité.

En juillet, Meryem est âgée de huit mois. L'hôpital de proximité l'adresse de nouveau dans le service d'hépatologie pour un bilan des complications liées à l'AVB. Meryem n'ayant pu bénéficier de l'intervention correctrice, elle présente, sur le plan hépatique, une cirrhose biliaire secondaire¹⁰ et une hypertension portale¹¹. Depuis la dernière hospitalisation, son état neurologique est stable. Il n'y a pas eu de nouveaux saignements intra-crâniens et les épanchements ont presque complètement régressé. À son entrée, un retard psychomoteur persistant est constaté avec une hémiplégié droite, une hypotonie axiale et périphérique, une absence de redressement de tête en décubitus ventral. Il est cependant noté que Meryem a un bon contact, qu'elle est une enfant souriante et qu'elle progresse dans ses acquisitions psychomotrices. Devant cette évolution plutôt favorable, l'hôpital de proximité demande que soit rediscutée une proposition de transplantation. À long terme, cela étant l'unique possibilité de traitement des complications de l'AVB que présente Meryem. Cette transplantation est nécessaire pour assurer sa guérison et, par conséquent, sa survie.

10 Cirrhose biliaire secondaire : Processus inflammatoire hépatique chronique, caractérisé par l'altération progressive des cellules du foie, compliquant une obstruction chronique, complète ou non, des voies biliaires.

11 Hypertension portale : Ensemble des manifestations pathologiques liées à une augmentation permanente de la pression sanguine dans la veine porte hépatique. C'est une conséquence de l'AVB.

Compte tenu de son état général, les médecins se sont réunis pour évoquer un tel projet. Une transplantation hépatique ne serait pas sans risque pour elle. Lors de l'intervention, notamment à cause de l'anesthésie générale, l'abaissement du rythme cardiaque (risque de bas débit) pourrait avoir des conséquences sur son développement cérébral, déjà fragilisé par les lésions post-ischémiques. Un avis est de nouveau demandé au neuropédiatre, médecin du même hôpital mais extérieur au service pour garantir une certaine objectivité. Selon lui, il n'est pas possible d'indiquer un pronostic précis à ce stade, seule l'évolution des progrès de Meryem permettra de le préciser. Les médecins, les hépatologues et le neuropédiatre, préconisent « un suivi renforcé et des évaluations chiffrées avec la psychomotricienne dans le but de réévaluer les progrès de Meryem à l'âge d'un an ». Il est alors clairement demandé à la psychomotricienne de coter régulièrement le développement psychomoteur de Meryem grâce au BRUNET-LÉZINE, de l'âge de huit mois à un an.

Meryem est hospitalisée pendant deux semaines dans le service. Après un retour à domicile, elle est de nouveau hospitalisée une dizaine de jours en septembre pour la suite des traitements de la complication. À domicile, elle reste suivie par l'hôpital de proximité jusqu'à l'évaluation neurologique prévue en novembre. Durant ces deux périodes d'hospitalisation, un nouveau suivi en psychomotricité se met en place. Le contexte est très différent de la précédente hospitalisation. À la demande du staff médical, la psychomotricienne évalue les compétences de Meryem à chaque hospitalisation. La pathologie somatique grave altérant momentanément les acquis psychomoteurs, plusieurs évaluations sont faites dans des intervalles de temps très courts. Il n'y a ici pas de biais dû au phénomène d'apprentissage puisque les épreuves sont uniquement de savoir si l'enfant a acquis, ou non, chaque item.

<i>Âge réel : 8m 10j</i>	Posture	Coordination	Langage	Sociabilité	TOTAL
Points	10	14	10	12	46
Âge développemental (en mois)	3,1	4,1	5,15	6	4,18
Quotient Développemental	40	52	66	72	55

<i>Âge réel : 8m 22j</i>	Posture	Coordination	Langage	Sociabilité	TOTAL
Points	14	16	11	14	55
Âge développemental (en mois)	5	5	6	7	5,1
Quotient Développemental	57	57	69	80	63

<i>Âge réel : 10m 19j</i>	Posture	Coordination	Langage	Sociabilité	TOTAL
Points	21	28	16	18	83
Âge développemental (en mois)	7	8,7	10	9,15	8,09
Quotient Développemental	66	77	94	89	78

Ces évaluations montrent que Meryem est une enfant qui progresse dans son développement psychomoteur même s'il persiste un décalage prédominant sur la sphère motrice. L'amélioration la plus nette s'est faite dans le contact et la socialisation. Les sollicitations quotidiennes de la mère lui permettent probablement d'accéder à un meilleur investissement corporel, favorisant ainsi la mise en place de nouvelles acquisitions psychomotrices.

Parallèlement à ces évaluations régulières, les séances de psychomotricité s'orientent alors essentiellement sur de l'éveil sensorimoteur. Les stimulations ont pour objectif de favoriser le développement psychomoteur de Meryem. À ce moment-là, l'objectif sous-jacent reste l'inscription sur la liste de greffe, sous réserve de l'évolution de ses acquisitions. Les séances d'éveil se font en présence de la mère, très investie auprès de sa fille. La psychomotricienne était cette dyade, grâce à la guidance parentale qui se met en place progressivement autour des signes de fatigabilité et de stress de Meryem. D'autre part, Meryem a pu participer avec sa mère à des temps de repas plaisir autour des explorations de textures et des sollicitations orales et péri-orales. Ces temps ayant pour but de préserver chez Meryem un investissement agréable de sa sphère orale, malgré la nutrition entérale.

L'histoire de cette petite fille dans le service m'a interpellée. Elle est venue soulever de nombreuses questions de l'ordre de l'éthique. Quelle importance revêt dans ce cas le bilan

psychomoteur ? Comment rester objectif et ne pas se laisser influencer par le contexte ? Pour mieux comprendre ce qui se joue dans le suivi psychomoteur, il m'a été nécessaire de revenir aux fondamentaux de l'éthique.

2. LES NOTIONS FONDAMENTALES D'ÉTHIQUE MÉDICALE

2.1. MORALE OU ÉTHIQUE ?

Existe-t-il une distinction entre éthique et morale ? Du point de vue étymologique, les termes éthique et morale partagent les mêmes racines. L'adjectif latin *moralis* a été utilisé pour traduire du grec *ethikos* « qui concerne les mœurs ». Les termes ont été historiquement utilisés de façon similaire, comme ils le sont aujourd'hui dans le langage courant. Effectivement, les adjectifs *éthique* et *moral* prennent la même acceptation, ils caractérisent une conduite qui s'accorde avec les normes sociales. Cependant, utilisé comme substantifs leurs acceptations diffèrent (LE COZ P., 2018, p. 11). Alors que la morale réfère de l'ensemble des principes et valeurs auxquels se conforme une société ; l'éthique est communément admise comme la pensée réflexive s'interrogeant sur ces principes et valeurs. Si la morale dicte le bien ou le mal, l'éthique discute ces principes dans une réflexion individualisée. L'éthique remet en question les principes de la morale pour interroger ce qui est bon ou ce qui est mauvais. Selon la situation, une conduite que la morale jugerait *bien* n'est pas forcément *bonne* pour le sujet dans une situation donnée.

2.2. LES DILEMMES EN ÉTHIQUE CLINIQUE

Pour qu'un problème soit éthique, il doit mettre en jeu des idéaux qui donnent du sens à notre vie ou des règles que nous nous sentons obligés de respecter. Un **enjeu éthique** apparaît dès lors qu'une valeur ou un principe moral est impliqué dans une situation. Le **dilemme éthique** survient lorsque deux principes moraux entrent en concurrence lors d'une décision. Le sujet se trouve divisé entre deux valeurs ou principes moraux auxquels il accorde de l'importance. Il s'agit alors de départager deux valeurs : L'une doit-elle l'emporter sur l'autre ? Ou bien sont-elles conciliables ? La réflexion éthique interviendrait lorsque l'acceptabilité rationnelle n'existe pas entre deux valeurs en conflit (*Ibid*, p. 12). La prise de décision se complexifie et la délibération implique de devoir hiérarchiser des valeurs.

Dans le suivi de Meryem en psychomotricité, le dilemme éthique survient lorsqu'il est demandé à la psychomotricienne des évaluations chiffrées pour suivre l'évolution du développement de Meryem. Alors que ces bilans sont utilisés d'ordinaire pour suivre le développement psychomoteur de beaucoup d'enfants, ici les résultats impacteront directement la décision médicale la concernant puisque l'évolution de son développement psychomoteur permet l'évaluation des séquelles des lésions neurologiques. Seule une évolution favorable permettrait d'envisager à nouveau une possible transplantation hépatique. Rappelons que cette transplantation hépatique est nécessaire à la survie de Meryem. La question se pose compte tenu du manque de greffon. Les médecins doivent donc sélectionner les patients. La transplantation hépatique impliquant un suivi médical et une prise de traitement à vie, les médecins s'interrogent constamment sur le devenir de l'enfant. Sera-t-il capable d'assurer le suivi médical nécessaire une fois adulte ? Le contexte social permettra-t-il la prise du traitement à vie ? Les médecins ne peuvent se permettre de « gâcher » un greffon. Cette préoccupation est présente lors de toutes les discussions et je reviendrai dessus. Finalement, la question qui se pose pour Meryem est : Son développement psychomoteur est-il d'assez bon pronostic pour lui proposer une transplantation hépatique ?

J'ai alors pris conscience de l'importance que pouvait revêtir une demande de bilan psychomoteur auprès de l'équipe médicale, en particulier de la cotation de tests standardisés. Les résultats des bilans psychomoteurs ont effectivement une corrélation directe avec les décisions vitales à prendre la concernant. Les cotations chiffrées sont censées garantir l'objectivité, néanmoins qu'en est-il de la part subjective ? Comment concilier objectivité et subjectivité ? Il me semble ici que l'éthique vient interroger la part subjective du bilan psychomoteur.

« Le terme « subjectivité » évoque étymologiquement « ce qui est placé en-dessous », ce qui fonde et anime la personne humaine dans son rapport à soi, à l'autre et aux autres. [...] Elle repose aussi sur le corps, les perceptions, les sensations, les émotions, les intentions. » (MALLETT D., 2014, p. 148). La subjectivité serait donc notre façon d'être au monde, en relation avec les autres. En psychomotricité, la subjectivité du thérapeute s'exprime donc en partie par la posture thérapeutique adoptée auprès du patient. Si le dilemme éthique interroge la subjectivité, il vient donc interroger la posture empathique du psychomotricien.

Or, la subjectivité est aussi le point de départ des questionnements éthiques. Il m'est ensuite apparu que si l'éthique pouvait influencer la psychomotricité, il n'en existe pas moins une intrication réciproque. Les soubassements affectifs et empathiques de l'éthique ne sont effectivement pas sans rappeler la théorie de l'étayage psychomoteur selon lequel les affects s'inscrivent corporellement par intégration psychomotrice ROBERT-OUVRAY S. (2007). Cette intrication réciproque permet de proposer une lecture psychomotrice des fondements de l'éthique.

PARTIE II. ENTRE ÉTHIQUE ET PSYCHOMETRICITÉ

A. LA CLINIQUE PSYCHOMOTRICE SOUS L'INFLUENCE DES DILEMMES ÉTHIQUES

1. UN BILAN PSYCHOMOTEUR AVANT INSCRIPTION SUR LISTE DE GREFFE

Alycia est une petite fille âgée de dix-neuf mois qui vit en Guyane avec ses parents et sa fratrie.

Elle a déjà été suivie à l'âge de trois mois dans le service pour un diagnostic de cholestase néonatale à selles décolorées. Une fois le diagnostic d'Atrésie des Voies Biliaires posé, l'intervention de Kasai est réalisée immédiatement. Suite à l'échec de cette intervention, elle est suivie en Guyane par l'hôpital de proximité pour plusieurs complications. Le suivi est très irrégulier, dans un contexte de ruptures de traitements répétées. À dix-neuf mois, elle est adressée aux urgences pour une bronchiolite. L'état général d'Alycia est très dégradé, c'est une petite fille très dénutrie, avec des cassures staturo-pondérales importantes. C'est dans ce contexte qu'elle est de nouveau adressée en métropole, dans le service d'hépatologie.

À son arrivée, Alycia a un retard staturo-pondéral majeur, les chiffres nous indiquent un poids situé à -3 de déviation standard, une taille à -2,5 de déviation standard et un périmètre crânien à -2 de déviation standard. Ces chiffres témoignent d'une dénutrition sévère. Sur le plan hépatique, son état s'est considérablement dégradé et son pronostic vital est engagé. Le seul traitement indiqué s'avère être la transplantation hépatique.

Cependant, plusieurs conditions sont nécessaires pour qu'un patient soit éligible à l'inscription sur liste de greffe. Le retard staturo-pondéral majeur d'Alycia pourrait être une contre-indication, notamment s'il a entraîné des séquelles neurologiques importantes. À ce moment, l'équipe ignore son origine et s'interroge sur une possible situation de maltraitance par négligence. C'est dans ce contexte, qu'une évaluation chiffrée de son développement psychomoteur a été demandée en staff médical.

Ce sont les informations dont je dispose lorsque je me rends avec la psychomotricienne dans le service pour évaluer Alycia. Nous envisageons un examen neuromoteur et le Brunet-Lézine, tout en sachant que les épreuves demandées pour son âge ne seront pas

réalisables. Nous n'avons pas la moindre idée de son niveau de développement psychomoteur.

Lorsque nous arrivons dans le service, Alycia est disponible pour un temps de psychomotricité mais sa mère n'est pas présente. Lorsque nous entrons dans sa chambre, Alycia est dans son lit, allongée sur le dos. Son état de maigreur est effectivement impressionnant, c'est une toute petite fille. Elle a un ventre proéminent, conséquence de l'AVB, mais ses membres, en particulier ses membres inférieurs, sont extrêmement fins. Pendant que nous nous installons et préparons le tapis, Alycia est attentive mais toujours silencieuse. Une fois installée au tapis, toujours allongée sur le dos, la psychomotricienne commence par évaluer son tonus avec quelques manœuvres de l'examen neuromoteur. Lors des manipulations, je suis frappée par la maigreur de ses jambes et surtout par la finesse de ses articulations, en particulier de ses chevilles. Elle me renvoie une image d'extrême fragilité, à tel point que j'ai l'impression que ses jambes pourraient presque se briser sous l'effet des manipulations. Alycia ne participe quasiment pas au tiré-assis latéral et refuse la posture assise pour le moment. L'évaluation neuropsychomotrice montre une hypotonie globale due à une très grande faiblesse musculaire.

C'est donc de nouveau en décubitus dorsal que nous lui proposons les premiers objets. Nous observons ainsi qu'elle découvre les jeux avec grand intérêt. Son envie de découverte l'amène progressivement à se placer en décubitus latéral puis en ventral. Elle vient tourner les pages du livre en basculant l'appui sur un seul bras. Nous lui proposons une nouvelle fois la posture assise qu'elle accepte cette fois-ci, installée entre les jambes de la psychomotricienne. Elle semble habituée à tenir cette posture et est capable de nouvelles manipulations d'objets (planchette, gribouillage sur imitation). De cette posture assise, elle manifeste l'envie d'aller voir plus loin et nous montre qu'elle peut passer à quatre pattes mais elle ne se déplace pas. Alycia commence cependant à montrer rapidement des signes de fatigue. Tout cela ne dure pas plus de quinze minutes et ne nous permet pas d'évaluer toutes ses compétences. Nous la réinstallons dans son lit et elle s'endort rapidement. Nous sortons de la chambre et convenons de revenir terminer le bilan le lendemain.

Nous ne pouvons pas discuter ensemble immédiatement de ce bilan car je dois rejoindre l'autre psychomotricienne. C'est a posteriori, lorsque je suis seule dans le couloir, que je

me mets à repenser au bilan. Je me remémore l'âge d'Alycia, ce qui me permet de confronter mes constatations à mes repères sur d'autres enfants du même âge. Je réalise alors l'écart entre ce qu'elle nous a montré et ce qui devrait être attendu.

Le lendemain, Alycia est à jeun pour un examen médical qui prendra du retard. Cela nous empêche donc de terminer l'évaluation psychomotrice. La psychomotricienne terminera seule l'évaluation la semaine suivante. Alycia montre alors de nouvelles capacités, notamment au niveau postural, elle se déplace à quatre pattes, et au niveau langagier, elle s'exprime par des cris. Voici les résultats chiffrés du BLR :

<i>Âge réel : 19m 23j</i>	Posture	Coordination	Langage	Sociabilité	TOTAL
Points	26	47	12	16	101
Âge développemental (en mois)	8,2	12,2	7	8,1	10
Quotient Développemental	44	65	35	43	51

Ainsi, le développement psychomoteur global d'Alycia est celui d'un enfant de dix mois. Nous émettons l'hypothèse que son retard posturo-moteur est dû à son extrême maigreur et son retard dans les autres domaines, dû à une carence de stimulations. En effet, nous notons une grande appétence pour la découverte de nouveaux jeux. Elle fait des progrès notables en l'espace de quelques jours dans le service, entre le premier et deuxième temps du bilan. Les éducatrices de jeunes enfants qui s'occupent d'elle font le même constat. Du côté médical, la priorité est la renutrition d'Alycia, dans le but de normaliser son retard staturo-pondéral. De nouvelles évaluations chiffrées seront à effectuer régulièrement pour suivre l'évolution de son développement psychomoteur. En attendant, un suivi en psychomotricité régulier se met en place pour la stimuler dans son éveil sensorimoteur tout en étayant la mère dans sa fonction parentale.

Cette situation de passation de bilan psychomoteur m'a permis d'expérimenter dans mon corps le dilemme éthique. Les interrogations suscitées par l'histoire de Meryem sont devenues une réalité dans ma propre posture de psychomotricienne. Comment conserver une nécessaire objectivité ?

Les cotations chiffrées ont pour but de donner des éléments objectifs de comparaison aux médecins. Mais conserver une part d'objectivité implique-t-il de devoir mettre le contexte de la demande de côté ? Est-ce possible, en tant que psychomotricien, de s'impliquer psychocorporellement auprès du patient dans la passation d'un bilan en faisant fi du contexte ? Est-ce possible quand le corps d'Alycia est pour moi un rappel constant de son retard staturo-pondéral et de l'avancée de sa maladie ? Ce physique représentait à lui seul le dilemme : son gros ventre, rappel du stade très avancé de la pathologie hépatique et de la nécessaire transplantation hépatique pour sa survie, en comparaison immédiate avec l'extrême maigreur de ses membres et ses articulations si fines, qui convoquent eux le contexte de dénutrition sévère pouvant être la contre-indication à la greffe.

Nous nous sommes trouvées d'abord face à une petite fille très calme, presque trop : elle ne réagissait que très peu à l'arrivée d'adultes, n'émettait aucun son et bougeait que très peu dans son lit, même éveillée. Puis, elle s'est progressivement mise à explorer son environnement avec une réelle appétence. Quelle attitude adopter alors ? Fallait-il l'encourager dans ses découvertes ? Comme avec n'importe quel enfant qui montre ce dont il est capable en bilan, nous la félicitons au fur et à mesure qu'elle réalisait correctement des épreuves, lorsqu'elle est capable de nous montrer des manipulations plus fines par exemple. Seulement, la réalité des chiffres nous frappe après coup. Certes, ses manipulations se sont affinées mais elles restent très en deçà de ce qui est attendu pour une enfant de son âge.

Cela m'a amenée à m'interroger sur les conséquences de ces chiffres objectivant son développement. Une sorte d'impérieuse nécessité de rajouter du qualitatif pour étayer les cotations s'imposait. Comment ces chiffres, seuls, pouvaient être décisifs dans les critères d'éligibilité à la transplantation ? Quelle est donc alors la place du psychomotricien et de la psychomotricité dans la décision collégiale ? Le staff médical chargé de statuer sur ce type de questions réunit les médecins hépatologues, la cadre infirmière, l'assistante sociale, la psychologue et la psychomotricienne. Lors de ces discussions, l'aspect qualitatif est demandé à la psychomotricienne et permet d'argumenter la décision d'inscription sur la liste de greffe.

Si les conclusions du bilan psychomoteur sont demandées par les médecins, il n'en demeure pas moins qu'elles ont aussi pour but de définir les axes thérapeutiques du suivi psychomoteur en tant que tel. Dans quelle perspective envisager un suivi en psychomotricité

avec cette petite fille en sachant que de nouvelles évaluations chiffrées seront nécessaires à la poursuite des décisions médicales ? Nous savons qu'au-delà de ces premiers chiffres, c'est principalement son évolution sur le plan psychomoteur qui sera décisive. Si avec la reprise d'une nutrition adaptée, elle progresse et rattrape son retard, cela est de bon présage pour la suite. Mais si à l'inverse, elle ne progresse pas, ou très peu, cela pourrait être révélateur de séquelles neurologiques, l'excluant potentiellement d'une possibilité de transplantation. Dans quelles perspectives thérapeutiques amorcer alors un accompagnement en psychomotricité ?

2. UNE SÉANCE D'ÉVEIL SENSORIMOTEUR

À l'issue du bilan pré-greffe, Meryem est finalement déclarée éligible pour la transplantation hépatique. Elle est donc inscrite sur liste nationale d'attente de greffe en Super Urgence et reste hospitalisée dans le service.

Nous continuons à accompagner Meryem en psychomotricité pour stimuler son développement psychomoteur malgré les complications de l'AVB et son hémiplégié. Une partie de notre suivi est aussi l'accompagnement de la mère pour l'étayer dans ses fonctions parentales et la guider dans ce qu'elle peut proposer ou non à sa fille. La mère a beaucoup investi les séances de psychomotricité, elle se saisit de toutes les indications. Nous sentons son envie de voir Meryem progresser. Avant tout parce que c'est une mère et qu'il est normal qu'elle veuille voir son enfant grandir, néanmoins il faut garder en tête que les progrès psychomoteurs de Meryem sont aussi synonymes de la possibilité de transplantation hépatique.

Deux jours après son inscription sur liste d'attente, Meryem manifeste des symptômes grippaux. Elle est très affaiblie et nécessite une surveillance médicale plus rapprochée. Par conséquent, elle est transférée en service de réanimation pédiatrique. Nous venons la voir mais Meryem dort beaucoup. Elle est trop faible pour une séance de psychomotricité. En revanche, nous échangeons avec sa mère qui se trouve auprès d'elle. Celle-ci nous confie ses inquiétudes sur les potentielles pertes de capacités de Meryem. Nous la sentons très inquiète. Sa mère s'inquiète effectivement puisque cet épisode grippal repousse un peu plus les possibilités de transplantation. Compte tenu de son affaiblissement, les médecins ne la jugent pas en mesure de subir l'intervention chirurgicale pour l'instant. Elle se trouve

donc placée en « Contre-Indication Temporaire » pendant une durée de quinze jours au minimum. De fait, Meryem ne peut temporairement bénéficier d'une transplantation avant de s'être remise de sa grippe. Nous pouvons entendre ici ces inquiétudes sur la perte de ses capacités comme ci cela pouvait remettre en cause la décision de transplantation.

La semaine suivante, nous sommes présentes dans le service d'hépatologie lorsque Meryem remonte de la réanimation. Elle est accueillie par toute l'équipe qui la connaît bien. Meryem est dans son lit, souriant à chacun. Nous passons la voir le lendemain pour lui proposer une séance. Lorsque nous arrivons dans la chambre, Meryem est installée en posture assise sur le lit de sa mère. Elle est adossée contre le mur et est entourée de coussins. Elle est très souriante et tient bien la posture. Sa mère est en train de finir de lui proposer à manger et nous nous installons près du lit. Meryem nous montre ses jouets et sa mère est fière de nous montrer tout ce dont elle est capable. La psychomotricienne lui propose les petits cubes rouges du BLR. Elle se saisit bien des cubes avec sa main gauche. Elle se semble pas encore capable de taper les cubes l'un sur l'autre, en revanche nous la voyons mettre en place des stratégies de compensation de son hémiplégie très efficaces. À plusieurs reprises, Meryem vient placer le cube dans sa main droite. Elle réussit peu à peu à l'ouvrir pour s'en saisir, bien que la préhension ne soit pas efficace dans la durée.

Meryem progresse aussi sur le plan du développement du langage, elle commence à répéter des sons et prend du plaisir dans l'interaction avec l'adulte, aussi bien avec sa mère qu'avec nous. À la fin de la séance, sur les encouragements de sa mère, elle nous fait au revoir de la main à travers la vitre de sa chambre.

Durant ce temps d'éveil, nous sommes impressionnées par la vitesse à laquelle Meryem évolue. En sortant de cette séance, nous échangeons longuement sur nos impressions. Meryem provoque chez nous quelque chose de l'ordre de l'émerveillement, nous sommes touchées par sa volonté et sa combativité.

C'est après cette séance que la psychomotricienne veut me montrer l'IRM cérébrale de Meryem tant le souvenir qu'elle en a ne coïncide pas avec la réalité des progrès que nous montre Meryem. Je découvre alors ces clichés, sur lesquels apparaissent très clairement les lésions. Conséquemment à l'hémorragie cérébrale, l'hémisphère cérébral de Meryem est presque totalement lésé. L'image est frappante.

Cette séance avec Meryem, une parmi d'autres, a suscité à nouveau de nombreuses interrogations quant à l'intrication entre éthique et psychomotricité.

Tout d'abord concernant les axes thérapeutiques. Notre rôle auprès de Meryem est de soutenir son développement psychomoteur, notamment en soutenant la mère. Au gré de son hospitalisation, nous avons particulièrement investi la relation que nous avons avec Meryem et sa mère. Relation qu'elles ont aussi investie de leur côté. Meryem est beaucoup stimulée dans son développement puisque c'est finalement quelque part ce qui a permis, entre autres, d'être inscrite sur liste d'attente de greffe. Qu'en est-il de la sur-stimulation ? Qu'est-ce qui est projeté sur ses progrès ? De la part de la mère principalement mais a fortiori de notre part aussi. Un retard psychomoteur dans les acquisitions des coordinations et des manipulations fines est induit par l'hémiplégie. Hémiplégie qui est un témoin du contexte médical qui entoure cette petite fille. Si j'avais vu l'IRM auparavant cela aurait probablement modifié mes représentations de cette petite fille et de ses capacités potentielles. En même temps, à l'hôpital il n'est souvent pas possible de ne pas se tenir au courant de l'évolution médicale de nos patients. Comment ces informations, aussi bien l'imagerie que les comptes-rendus médicaux, interfèrent-elles dans nos séances et nos propositions ? Finalement, ces séances sont des moments forts de partage émotionnel entre Meryem, sa mère et nous. Il me paraît difficilement concevable que cela n'impacte pas notre fonction de psychomotricien. Comment cela se joue-t-il ? Quelle attitude adoptée en séance avec cette dyade mère-enfant ?

Ces deux situations cliniques, le bilan d'Alycia et la séance avec Meryem, ont suscité en moi beaucoup d'interrogations parce qu'elles représentent le dilemme éthique à son paroxysme, sur la question de la vie ou de la mort de façon très directe. J'ai donc cherché quels pouvaient être les liens qui unissaient éthique et psychomotricité.

B. L'ÉTHIQUE

Ces cas cliniques sont le reflet d'une partie de ma clinique de stage qui m'a amenée à m'interroger sur les liens entre éthique et psychomotricité, mais avant tout sur ce qu'est ontologiquement l'éthique. Je vais vous présenter ici le cheminement que j'ai poursuivi cette

année en m'y intéressant. J'ai tout d'abord recherché les travaux qui s'intéressaient à l'application de l'éthique aujourd'hui dans le domaine du soin. Ceci m'a amené à découvrir les ressources affectives et empathiques sur lesquelles elle se fonde pour enfin m'amener à l'ontologie de l'éthique telle que décrite par SPINOZA B.

1. L'ÉTHIQUE CLINIQUE

La subjectivité est une sensation singulière à chacun qui fait initier ou non un questionnement éthique. Étymologiquement le terme subjectivité signifie « ce qui est placé dessous » (REY A., 2016, p. 2328). La subjectivité dans l'éthique clinique est évoquée ainsi par MALLETT D. : « C'est donc la manière singulière adoptée par chacun pour se configurer dans le rapport au monde. Elle s'associe à une dimension de réflexivité sur soi-même avec une certaine conscientisation de ce qui est en jeu. Si cette subjectivité sollicite la pensée et le langage, elle n'est pas pour autant réduite à une dimension cognitive et relationnelle. Elle repose aussi sur le corps, les perceptions, les sensations, les émotions, les intentions. » (2014, p. 148)

Nous retrouvons la théorie de l'étayage psychomoteur de ROBERT-OUVRAY S. (2007). Si la subjectivité n'est que le point de départ, nous comprenons alors l'importance des soubassements sensoritoniques.

Parfois, la demande de bilan en psychomotricité soulève un dilemme éthique. Ce dilemme circonviert à la passation du bilan en interférant sur la part subjective du psychomotricien. Il faut comprendre par quel biais pour ne pas le laisser intervenir négativement et garder un minimum de maîtrise. Quels sont les points communs qui unissent l'éthique et la psychomotricité ?

2. LES SOUBASSEMENTS DE L'ÉTHIQUE

« En amont des apprentissages culturels, l'éthique suppose la capacité naturelle à ressentir des émotions et à entrer en empathie avec les états affectifs d'autrui » (LE COZ, 2018, p. 30). Nous le voyons ainsi, chaque délibération éthique puise dans les ressources affectives de chacun des protagonistes. Ces ressources affectives ne sauraient avoir de sens si elles n'étaient ensuite confrontées à la reconnaissance de l'altérité.

2.1. LES AFFECTS

« L'éthique n'est pas qu'un échange d'arguments pesés et soupesés de façon froidement rationnelle. Elle met en jeu les émotions qui sont les révélateurs de nos valeurs. [...] En étant accessible à des affects, nous découvrons nos valeurs et, selon leur degré d'intensité, l'importance que ces valeurs revêtent à nos yeux. » (*Ibid*, p. 32). La délibération éthique se fonde ainsi avant tout sur l'émergence d'affects chez chacun de nous.

Je reprendrai ici l'illustration par le mythe du personnage d'Antigone de Sophocle, proposée par GIROMINI (2017). Antigone, fille d'Œdipe, ne supportant pas l'idée que son frère ne soit pas inhumé va s'opposer à Créon, jusqu'à se donner la mort. Par cet exemple, elle « atteste ainsi la loi de sa conscience, non-écrite, un devoir faire qui surpasse les lois écrites par la Cité. » L'éthique vient donc interroger les émotions ressenties, au-delà des règles pré-établies. Elle interroge notre savoir-être de professionnel.

Or, en tant que psychomotriciens, nous avons un attachement tout particulier aux émotions. Ce que nous ressentons, c'est ce que nous sommes et notre manière d'être au monde. Selon la théorie de l'étayage psychomoteur de ROBERT-OUVRAY (2007), les affects s'inscrivent dans le corps par un processus intégratif. Ils sont une première intégration de ce que nous ressentons, d'abord corporellement par le tonus et les sensations. Je développerai plus loin comment ce lien entre éthique et émotions a des répercussions directes sur nos propositions psychomotrices, en particulier le toucher thérapeutique. « L'attitude éthique consiste donc à être en harmonie avec soi-même dans un accordage psychocorporel pour pouvoir s'engager librement dans un soin que l'on estime juste et bien traitant pour le patient en assumant pleinement la responsabilité de ses actes » (GIROMINI, 2017).

Pour une pratique éthique en psychomotricité, il faudrait donc penser non pas seulement avec le langage verbal comme séparé du corps, mais prendre aussi en compte ses soubassements sensoritoniques et émotionnels dans une « éthique corporelle réfléchie » (*Ibid*). « L'idée est de bien traiter autrui en suivant la loi de sa conscience corporelle » (*Ibid*) puisque la conscience du corps va s'éprouver avec l'autre, par l'autre et pour l'autre.

2.2. L'ALTÉRITÉ

La réflexion éthique se fonde sur les affects qui émergent dans la rencontre avec autrui. « Nous prêtons réciproquement la capacité à ressentir des émotions morales, ce qui fait naître

des attentes mutuelles implicites. [...] Si nous partageons des valeurs en commun, c'est parce que nous éprouvons des émotions en commun. » (LE COZ, 2018, p. 32). En tant que professionnels du soin, notre action se situe toujours dans le rapport à l'autre. Mais comment se forme cette conscience de l'autre ? Je reprendrai ici les fondements de l'altérité tels que GIROMINI (2003) les décrits, en partant des travaux des philosophes HUSSERL, SARTRE, MERLEAU-PONTY et LEVINAS.

HUSSERL parle de l'expérience affective d'autrui. La conscience de l'altérité se fait d'abord par analogie des perceptions corporelles. Ce sont mes perceptions corporelles qui me permettent d'avoir une conscience. Or, le corps d'autrui apparaît dans mon environnement comme un corps semblable au mien. S'il possède un corps semblable au mien, je peux imaginer qu'il ait des perceptions corporelles lui permettant d'avoir une conscience similaire à la mienne.

SARTRE ajoute que l'expérience d'autrui se fait par le regard dans la rencontre. À ce stade, autrui est un objet du monde qui surgit dans ma conscience. Mais c'est un *moi* différent de *ego*. Or, si je peux regarder autrui, je peux prendre conscience que je suis moi aussi un être regardé. Autrui est donc une dimension éprouvée de la conscience. Si je peux imaginer qu'autrui a une conscience, alors il n'est plus objet mais il devient sujet du monde.

L'irréductible entre sujet et objet c'est le corps vécu. MERLEAU-PONTY considère l'altérité à travers l'expression du corps propre. J'ai une subjectivité parce que j'incarne mon corps qui me permet d'être sujet au monde. Il n'existe donc pas de corps objectif. Or, si autrui apparaît comme un corps dans le monde, c'est qu'il a sa propre subjectivité. L'intersubjectivité apparaît alors comme une intercorporéité entre moi et l'autre.

LEVINAS voit dans l'altérité du visage un appel éveillant la responsabilité. Une relation s'instaure. Le visage d'autrui me donne à penser, il y a un au-delà de l'être, il vide le moi de tout égoïsme. Cette relation de responsabilité est de nature éthique.

« En expérimentant le respect, nous découvrons une grandeur en autrui qui nous dispose à nous effacer pour le laisser exister et s'exprimer librement. Le respect se traduit concrètement par le silence que l'on s'impose à soi-même, la discrétion, l'écoute, l'attention à la personne qui nous inspire cette émotion. » (LE COZ P., 2018, p. 31)

Finalement, éthique et psychomotricité partagent des fondamentaux communs que sont les questions des affects et de l'altérité.

Dans le cadre de ce stage, j'ai été confrontée en permanence à cette intrication réciproque. Affects et altérité sont aussi les jalons de l'empathie. L'empathie est-elle donc une partie du savoir-être du psychomotricien ? Si les soubassements de l'éthique, que sont les affects et la rencontre avec l'altérité, se rapprochent des fondamentaux de la psychomotricité ; il convient de s'intéresser aux travaux de Spinoza qui s'est interrogé plus en profondeur sur l'ontologie de l'éthique.

3. L'ONTOLOGIE DE L'ÉTHIQUE SELON SPINOZA

Sa réflexion nous intéresse particulièrement ici pour comprendre comment le comportement éthique, en deçà même des dilemmes, est éminemment en lien avec notre profession de psychomotricien. Pour cela, je pense qu'il faut revenir sur sa conception du corps et de l'esprit, ce qui l'amènera à décrire le concept du « *Conatus* », ou la persévérance de l'être. En m'appuyant sur MISRAHI R. (1998) et HENRY J. & ENTHOVEN R. (2009), voici ce que je comprends de ces concepts de SPINOZA et comment je les relie à la psychomotricité.

SPINOZA s'oppose au dualisme cartésien corps/âme et c'est parce qu'il n'y a pas de distinction entre les deux qu'apparaît l'éthique.

2.1. LE CORPS ET L'ESPRIT

SPINOZA s'est opposé au dualisme cartésien qui oppose le corps et l'âme. Selon lui, il existe une substance unique qui s'exprime de deux façons différentes, selon deux attributs distincts : le corps et l'esprit. Ils sont deux caractéristiques simultanées d'une substance unique. Le corps se rapporte à l'attribut de l'étendue ; tandis que l'esprit se rapporte à l'attribut de la pensée. Comme il s'agit de deux attributs concomitants qui expriment cette substance, il n'y a pas d'action possible de l'un sur l'autre. L'attribut de l'étendue, soit le corps, d'une part et l'attribut de la pensée, l'esprit, d'autre part suivent chacun leurs règles et leur propre ordre de connexion. Seulement, ces deux attributs se rapportent à la même substance qui suit le principe de nécessité (c'est-à-dire un seul et même but : la puissance d'agir). C'est par ce biais qu'on peut comprendre que corps et esprit sont inséparables, puisqu'ils sont unis en cette substance, et en même temps totalement indépendants l'un de l'autre puisqu'ils se rapportent à deux attributs séparés et absolument distincts. L'objet de l'éthique est de les faire marcher de concert : je ne peux pas agir contradictoirement avec moi-même donc je ne peux pas opposer deux instances en moi que sont le corps et l'esprit.

Cette vision non dualiste de l'humain me paraît la plus proche de notre façon d'envisager l'autre en psychomotricité. Nous avons pour vocation, au travers de nos propositions, de considérer nos patients dans leur globalité psychocorporelle.

"Les affections de mon corps me renseignent davantage sur l'état de mon corps que sur la nature du corps qui m'affecte" (SPINOZA B., 2015, II. 27, p. 165). Ainsi, si l'esprit est l'idée du corps, il ne se connaît lui-même, il ne connaît le corps et ne connaît les corps extérieurs que par les idées des affections du corps. Nous ne pensons pas hors des impressions que nous recevons et la pensée elle-même est productrice d'impressions. Spinoza considère donc que tout ce que nous pensons est concomitant à ce que nous vivons.

Cela nous intéresse en psychomotricité, puisque nous nous basons en permanence sur les ressentis corporels comme vecteurs de sens et de connaissance. Si nous l'appliquons à nos patients en séance, c'est qu'il en va de même pour nous, d'abord en tant qu'être humain, mais surtout en tant que thérapeute. Nous pensons effectivement nos séances et nos propositions en fonction de ce que nous éprouvons corporellement auprès des patients.

2.2. LE CONATUS OU LA PERSÉVÉRANCE DE L'ÊTRE

Nous avons vu précédemment que le comportement éthique émerge de nos affects. Dans la philosophie spinoziste, l'affect primordial est désigné par le « *conatus* », terme latin habituellement traduit par « effort ». « Chaque chose, autant qu'il est en elle, s'efforce de persévérer dans son être. » (*Ibid*, III. 6, p. 205). Chez l'Homme, il s'exprime aussi bien dans l'âme que dans le corps, c'est indissociable. Ainsi, une manière de penser entraîne une modification corrélative du corps aussi bien qu'une affection du corps modifie la pensée.

Cela nous apporte un premier éclairage, concernant le thérapeute. Lorsque celui-ci pense le dilemme éthique, il est corrélativement impacté dans son corps, ce corps engagé en relation avec le patient. La dénégation du dilemme paraît alors impossible. Être en accord avec soi-même est par conséquent primordial pour s'engager corporellement et garantir la relation thérapeutique.

Le *conatus* serait pour Spinoza la façon que chacun a de persévérer dans son être, une affirmation de soi. L'être est compris par Spinoza comme une puissance, ce n'est pas quelque chose de statique de l'ordre de la substance mais plutôt quelque chose de l'ordre de l'activité. L'être a pour vocation de comprendre l'environnement pour pouvoir agir dans le monde sans pâtir de l'extérieur. C'est ce qui l'amènera à bien se conduire, non pas en suivant des normes préexistantes, en suivant le bien mais plutôt en développant la puissance d'agir qui est lui. Ainsi, l'affect principal est le *conatus* puisque chacun de nous ne peut s'arrêter de persévérer pour continuer à agir sur le monde.

Le *conatus* donne aussi à penser du côté du patient. Il permet de comprendre que, malgré la maladie, l'enfant poursuit son développement psychomoteur. En séance, cette affirmation de soi rejoint le principe d'individuation que nous cherchons à faire émerger chez les patients. Cela implique de prendre en compte l'ici et maintenant et d'accompagner toujours l'enfant à agir sur le monde, à s'affirmer et à persévérer, tant qu'il le peut, dans son être.

Ontologiquement, l'éthique et le savoir-être du psychomotricien se fondent sur des concepts communs. Les dilemmes éthiques viendraient donc influencer notre part subjective auprès des patients.

C. LE SAVOIR-ÊTRE DU PSYCHOMOTRICIEN APPARAÎT AU CŒUR DES QUESTIONS ÉTHIQUES

Je me suis rendu compte à quel point tout ce qui est autour de la rencontre effective avec le patient vient influencer ladite rencontre. Dans ces deux situations, celle de Meryem aussi bien que celle d'Alycia, la question éthique s'est trouvée au cœur de mes réflexions quant au suivi de ces deux petites filles. Je me suis rendu compte aussi de l'importance de l'interférence des questions éthiques dans le soin psychomoteur. Le contexte qui bouscule le soin psychomoteur est le point commun aux deux situations d'Alycia et de Meryem.

Lors du bilan d'Alycia, nous avons été forcément influencées par le dilemme éthique. Mais le contexte ne pouvait pas vraiment être mis de côté, comme s'il n'existait pas. En psychomotricité, la réflexion éthique qui en découle est venue pondérer qualitativement les données chiffrées du bilan, elle nous a permis de faire des hypothèses. Sûrement que le bilan se serait déroulé différemment en présence de la mère d'Alycia qui n'était pas disponible à ce moment-là. Si la connaissance du contexte socio-familial nous avait plongées dans le flou quant à son développement, nous nous sommes laissées guider par ce qu'Alycia nous montrait. Les épreuves que nous lui proposons se faisaient en accord avec cette envie de découvrir qu'elle nous montrait. Nous avons ainsi tenu compte du contexte mais en laissant une part de spontanéité, propre à chaque patient, en laissant Alycia persévérer dans des manipulations de plus en plus fines.

Les séances d'éveil auprès de Meryem m'ont beaucoup donné à penser. Que recherchions-nous lors de ces séances ? Parfois, l'idée de faire progresser encore et toujours cette petite fille m'apparaissait trop intensive, dans le seul but de l'inscrire sur la liste de greffe. Pourtant, lorsque Meryem progresse et nous montre sa capacité à évoluer il me semble qu'elle est très justement dans ce *conatus*, cette persévérance de l'être. Quelles que soient les conditions autour, Meryem nous a toujours montré qu'elle avait envie d'avancer : c'est une petite fille curieuse de son environnement, toujours dans l'interaction avec les adultes et qui progresse, à son rythme, dans toutes les sphères de son développement psychomoteur. Ainsi dans ces moments, finalement, peu importe le contexte de dilemme, elle continue son développement de petite fille. Dans ces instants, mère et fille nous ont communiqué beaucoup de joie et de fierté. Cela m'a permis de mettre un peu de côté tout le contexte très lourd qui accompagne

ce suivi et ne pas me laisser perturber dans mes propositions. Sinon, probablement que nous aurions pu laisser l'IRM cérébrale nous dire que cela était vain. Bien entendu, arriver à mettre de côté cette préoccupation médicale primaire en séance auprès des enfants est loin d'être évident. Nous ne pouvons pas simplement ignorer le contexte et faire comme si cela n'existait pas, d'autant plus en psychomotricité où nous nous impliquons psychocorporellement avec les patients. Notre posture auprès du patient reflète forcément ces préoccupations. Comment cela peut-il impacter le patient ? Si le dilemme éthique interfère sur nos propositions psychomotrices, il me semble bien que ce soit une manifestation qui apparaît dans le savoir-être du psychomotricien.

Si mes interrogations initiales concernaient l'interférence du dilemme éthique sur le bilan psychomoteur, j'ai rapidement réalisé que la réflexion éthique apparaît comme étant toujours au cœur du savoir-être du psychomotricien, tant en bilan qu'en séances. Nous l'avons vu avec SPINOZA, l'éthique est éminemment corporelle : elle nous touche dans ce que nous sommes. La réflexion éthique transparait donc dans mon corps en relation à l'autre. En psychomotricité, le dénominateur commun au bilan et aux séances, c'est l'engagement psychocorporel du thérapeute. Comment cette réflexion transparait-elle dans notre savoir-être auprès des patients ? Comment ce dilemme peut-il influencer notre posture ?

Si les précédentes vignettes cliniques ont éveillé mon attention par leur caractère extrême, elles m'ont poussée à être vigilante dans d'autres situations. Dans les cas cliniques qui suivront, le dilemme éthique sera moins prégnant néanmoins, la réflexion éthique demeure.

**PARTIE III. L'INCIDENCE DES DILEMMES ÉTHIQUES SUR LE SAVOIR-ÊTRE EN
PSYCHOMOTRICITÉ**

A. LE CONTEXTE ÉMOTIONNEL

Nous avons vu que la réflexion éthique part des éprouvés corporels des émotions. Qu'en est-il dans un service hospitalier dans lequel les curseurs émotionnels sont poussés à leur paroxysme ? Quels en sont leurs retentissements sur nos séances de psychomotricité ? Il faut comprendre l'influence de ce contexte émotionnel particulier pour comprendre à quel niveau le dilemme éthique interfère-t-il avec nos séances.

1. UNE SÉANCE DE TOUCHER THÉRAPEUTIQUE EN RÉANIMATION

Ousmane est un jeune garçon de douze ans. Il est arrivé de l'étranger dans l'espoir de pouvoir être transplanté du foie. Il est atteint d'une maladie hépatique à un stade très avancé nécessitant une transplantation. En parallèle, il est porteur d'une afibrogénémie, une pathologie qui provoque de sévères troubles de la coagulation sanguine. Ousmane est d'abord hospitalisé dans le service d'hépatologie avant d'être transféré en réanimation pédiatrique étant donné l'évolution de sa maladie. Le temps de décision de l'inscription sur liste de greffe se prolonge. Les médecins hépatologues, anesthésistes, réanimateurs et chirurgiens se concertent pour discuter d'une éventuelle transplantation hépatique. C'est une décision complexe puisque plusieurs facteurs entrent en ligne de compte :

> La stade très avancé de sa maladie du foie : la transplantation est le seul traitement à lui proposer mais il se peut que son état soit déjà trop dégradé pour qu'elle fonctionne.

> Les troubles de la coagulation : ils majorent les risques liés à l'opération et demandent donc des exigences particulières.

> La question sociale et administrative : Ousmane étant un patient étranger sans couverture sociale, la question de la prise en charge du coût de l'hospitalisation est discutée. De plus, des autorisations administratives diplomatiques sont indispensables pour autoriser l'opération.

Tout cela contribue à allonger cette période d'incertitude et d'évaluation. Ousmane a appris le français au cours de l'hospitalisation et n'hésite pas à nous dire ce dont il a besoin. Il est toujours très poli et extrêmement remerciant de l'équipe soignante. Il est alité en permanence, car son ventre, extrêmement distendu par l'ascite¹², est proéminent.

¹² Ascite : Épanchement de liquide ressemblant à du sérum sanguin et de fibrine dans la cavité péritonéale.

Physiquement, cela peut paraître impressionnant, les veines sont de plus en plus apparentes à la surface de sa peau et on le dirait « prêt à exploser ». Une indication de suivi en psychomotricité est donnée pour Ousmane qui est très douloureux et anxieux. Les soins psychomoteurs avec Ousmane ont alors pour but de rechercher un apaisement psychocorporel et permettre le confort. Pour cela, des séances de relaxation et de toucher thérapeutique lui sont proposées. Ousmane investit bien ces séances, il est capable de nous dire s'il souhaite ou non une séance et quelle zone il souhaite détendre. Généralement, il préfère un toucher thérapeutique au niveau des trapèzes et en particulier la zone gauche, rendue plus douloureuse par la pose d'un drain¹³. Les deux psychomotriciennes se relaient pour lui proposer des séances chaque jour, voire deux fois par jour, en fonction de sa demande.

Ainsi, j'ai assisté à plusieurs séances, d'abord en observation puis en venant à mon tour lui proposer des temps de toucher thérapeutique. À sa demande, nous lui proposons de venir chercher la détente musculaire des épaules et de la nuque par des pressions enveloppantes en effectuant des mouvements circulaires de la main en utilisant une huile de soin.

Lors d'une période très douloureuse, nous nous rendons, la psychomotricienne et moi, à son chevet. Ousmane dispose d'une pompe à morphine lui permettant de s'auto-administrer des doses prédéterminées d'antalgiques par voie parentérale. Ousmane est fatigué et un peu confus mais il est toutefois en demande de massages. Il nous demande de masser chacune ses épaules. La psychomotricienne et moi nous installons chacune d'un côté du lit pour lui proposer conjointement de détendre d'abord ses bras puis ses deux épaules et sa nuque. La psychomotricienne se rend sur son côté gauche, le côté du drain, pendant que je m'installe à sa droite. Avec l'huile de massage, je réchauffe mes mains avant de venir les poser sur son bras. Ousmane ferme les yeux. Je commence par lui masser la main avant de remonter très progressivement tout le long de son bras. Avec la psychomotricienne, nous échangeons fréquemment des regards en silence. Nous sommes attentives à suivre une progression similaire tout en restant attentives aux signaux envoyés par Ousmane. Nous pensons qu'il s'est endormi, aidé par les antalgiques. Nous arrivons chacune à la zone des trapèzes. Placer mes mains sous épaules est très délicat, je dois y aller doucement. Je le sens alors posé de tout son poids sur ma main. Nous restons souvent

13 Drain : Tube souple ou rigide, utilisé pour éliminer un liquide dont la présence est pathologique dans l'organisme.

plus longtemps sur cette zone qu'il apprécie et pour laquelle il manifeste le plus de détente. Dans son sommeil, Ousmane s'agite, son visage se crispe, sa respiration s'accélère et il émet quelques sons qui nous sont incompréhensibles. Je sens sous mes mains, le recrutement de tension dans ses épaules. Il rouvre les yeux et semble paniqué. Il se redresse et nous explique ses difficultés pour dormir car il voit « des choses passer devant ses yeux qui lui faisaient peur et le réveillaient ». Nous nous posons la question d'éventuelles hallucinations causées par les antalgiques ou bien par des cauchemars, qui sont récurrents pendant cette période. Ousmane s'administre une nouvelle dose d'antalgiques et repose sa tête sur l'oreiller. Prise dans la situation, j'avais arrêté de le masser en maintenant le contact sur son épaule. En concertation, nous reprenons alors le massage jusqu'à le sentir un peu plus apaisé. Sa tension musculaire s'est amoindrie, sa respiration est plus calme et son visage nous renvoie plus de calme. Nous enlevons alors nos mains très délicatement. Ousmane ouvre alors les yeux et, comme à chaque fin de séance, nous remercie. Il nous suit du regard le temps pour nous de nous laver les mains et d'enlever les sur-blouses avant de se dire au revoir lorsque nous quittons la chambre.

Les séances de toucher thérapeutique auprès d'Ousmane m'ont beaucoup marquée. Je perdais constamment la notion du temps lorsque nous étions en séance avec lui, sans parvenir à savoir si j'avais trouvé cela court ou long. Ces séances ont été aussi marquées par l'évolution de la maladie. Plus son ventre gonflait, plus les drains se multipliaient, plus Ousmane était douloureux, inconfortable, anxieux et confus. Son ventre et ses douleurs me renvoyaient sans cesse au dilemme, à l'urgence de la transplantation. Or j'étais là pour lui apporter de la contenance et de l'apaisement. Comment pouvais-je lui apporter cela lors d'une séance de toucher ? Ces questionnements ont été présents tout au long du suivi avec Ousmane, y compris pendant les séances. Comment se rendre disponible, être dans l'ici et maintenant pour lui proposer un apaisement au travers du dialogue tonico-émotionnel ? De plus, sa situation préoccupait tout le monde et se trouvait très fréquemment au cours de toutes les discussions. Fallait-il faire abstraction de tout ce contexte très lourd qui entourait cet enfant pour me rendre disponible pendant la séance ?

2. LES ÉMOTIONS DU SOIGNANT AUPRÈS DES CLINIQUES DES SITUATIONS DITES EXTRÊMES

Comme le montre la situation d'Ousmane, la complexité de certaines des situations rencontrées provoque en nous beaucoup d'émotions, parfois ambivalentes.

Les patients rencontrés en services d'hépatologie et de réanimation pédiatriques font partie de ce qui est appelé les « cliniques des situations extrêmes ». Le terme des « cliniques de l'extrême » est défini par plusieurs auteurs, je m'appuierai ici sur deux définitions pour les relier aux problématiques rencontrées lors de mon stage.

En premier lieu, je citerai KORFF-SAUSSE S. (2016, p. 55) : « Dans l'extrême, je rassemble des champs cliniques [...] dont le point commun est la notion de l'extrême, c'est-à-dire ce qui nous amène aux frontières de ce qui est pensable, de ce qui est symbolisable ou subjectivable, de ce qui est partageable, et surtout aux frontières de l'humain ».

Dans le service d'hépatologie, la « frontière du subjectivable » est atteinte par le principe de la mort d'un enfant. Les pathologies sont des maladies graves, potentiellement mortelles. En service de *réanimation*, cette idée est sous-tendue directement par l'intitulé du service. La mort d'un enfant confronte « les équipes au problème le plus compliqué de la vie humaine, sa finitude [...]. En pédiatrie, c'est l'espoir de vie d'un être qui disparaît avant d'avoir abordé la vie d'adulte » (CANOUI P., 2004, p. 617).

Les concepts d'enfance et de mort en pédiatrie ont été remaniés au cours de l'Histoire. Si auparavant l'enfance était une période précaire de la vie, l'amélioration des conditions socio-économiques et sanitaires a considérablement réduit le risque de mortalité infantile dans nos sociétés. L'éclosion d'un arsenal thérapeutique préventif et curatif a permis de tenir la mort de l'enfant à l'écart. Ce phénomène se raréfiant est devenu d'autant plus choquant. Pour les soignants, il est devenu un « échec à éviter, un traumatisme ébranlant la confiance en leurs compétences. » (GERVAIS P., 2004, p. 640).

Ainsi, c'est par leur impact sur les compétences des soignants que SAULUS G. (2010) définit les cliniques de l'extrême. Ce sont, dit-il « des pratiques cliniques où l'ensemble des capacités techniques, relationnelles et éthiques du clinicien sont simultanément sollicitées de manière extrême, c'est-à-dire avec une intensité toute particulière, de manière généralement reconnue comme excessive, à la limite de ce qui est ordinairement tolérable pour un

clinicien. ». Les soignants confrontés à la mort d'enfants en pédiatrie, sont donc soumis à un stress émotionnel extrêmement important.

Les pathologies hépatiques nécessitant une transplantation, parmi lesquelles l'AVB, sont des pathologies initialement incurables donc à issue fatale. Si la greffe constitue un espoir, elle n'en demeure pas moins un nouveau risque, que ce soit l'opération en elle-même ou ses suites. Une sorte d'incertitude constante demeure pour ces petits patients dont l'état de santé nous confronte sans cesse à l'éventualité de la mort. Bien souvent cela reste inconscient, ce n'est pas la première chose à laquelle nous pensons. Cependant, l'apparence physique (le gros ventre et la coloration de la peau en jaune), la fatigabilité importante ou encore la fragilité osseuse augmentant le risque de fracture sont d'autant de signaux qui, il me semble, viennent rappeler le risque de la mort.

La gestion du manque de greffon est une question récurrente qui rappelle sans cesse l'éventualité d'un décès. Nous refaisons régulièrement la liste de tous les patients en attente d'un foie, en comparant leur groupe et leur morphologie. En tant que professionnels, et à la différence des parents, nous accompagnons simultanément plusieurs patients en attente de transplantation. Il peut alors s'installer une sorte de *compétition*, de *concurrence* entre les patients. Qu'en est-il de notre attachement à ces patients ? En tant que soignant, le contexte émotionnel nous impacte nous aussi dans notre posture.

« Tous les protagonistes confrontés à l'angoisse et à l'approche de la mort – patients, soignants et parentèle – vont devoir se défendre, chacun avec ses propres armes contre ce trop-plein de tensions émotionnelles ; ainsi cheminera la relation à l'autre, au travers de liens complexes et d'inévitables interactions souvent difficiles et douloureuses, faites de toutes ces souffrances conjuguées ». C'est ainsi que RUSZNIEWSKI M. (2014, p. 15) décrit la mise en place de mécanismes de défense psychiques chez les soignants parmi lesquels figurent, entre autres, la banalisation, la fausse réassurance ou la fuite en avant. Le risque principal de l'utilisation à outrance de ces mécanismes est la non-reconnaissance de l'altérité, ce qui nuit à la relation soignant – patient.

3. LES SOINS PSYCHOMOTEURS DANS CE CONTEXTE ÉMOTIONNEL

Si je suis moi-même touchée personnellement par les situations, alors que j'entre en relation avec patient, alors il y a un risque de déshumanisation de l'autre, empêchant tout travail de singularité et d'émergence de l'identité du patient. Ne serait-ce pas là pourtant une spécificité du psychomotricien à la réflexion éthique ? Quel que soit son âge l'enfant s'exprime et communique corporellement à travers ses mimiques, ses attitudes posturales et ses pleurs. L'observation psychomotrice qualitative de la volonté de l'enfant peut être rapportée en équipe, permettant de faire émerger la singularité et l'identité de l'enfant derrière la maladie.

Si le contexte émotionnel propre aux situations des cliniques dites « de l'extrême » impacte tous les soignants dans leurs relations aux patients, qu'en est-il dans la relation spécifique qui s'instaure en psychomotricité ? Qu'en est-il du contexte émotionnel en psychomotricité ?

Dans une vision dualiste classique, il y a une tendance à se détacher du « mauvais », de la confrontation au mortifère. Je suppose que le psychomotricien, par sa vision plus globale et le souci de la non-séparabilité des contraires, est donc interpellé différemment. Puisque nous considérons corps et esprit comme faisant partie d'un tout unique, avons-nous une approche différente de cette ambivalence du mortifère côtoyant la vie ?

En psychomotricité nous touchons nos patients, en particulier lors de séances comme celles auprès d'Ousmane. Lors des premières séances, je n'étais pas en contact physique avec lui. Puis progressivement, j'ai été amenée à le toucher pour lui prodiguer un massage. Le propre du toucher étant d'être une modalité sensorielle obligatoirement à double sens : nous ne pouvons pas toucher un patient sans être soi-même touché. Je n'étais alors plus *touchée* de la même façon par l'histoire de ce garçon. Lors de massages, je me souviens de mon regard souvent attiré par son ventre et par les multiples drains posés pour permettre d'évacuer tout ce liquide, sans pouvoir en faire abstraction étant impressionnée. L'attente de savoir s'il pouvait bénéficier d'une greffe ou non, puis l'acceptation et l'attente d'un greffon, toutes ces étapes sont venues, je pense, interférer dans le toucher thérapeutique que je lui prodiguais et en particulier sur la qualité de ma présence. Au fur et à mesure des séances, son état clinique était dégradé et le langage était de moins en moins présent, laissant place uniquement à la communication non verbale. Lors de ces séances, j'étais préoccupée par sa situation. J'avais d'une part envie qu'il bénéficie d'un greffon pour être soulagé et d'autre part, je

m'interrogeais sur la limite de son accompagnement curatif plutôt que sur des soins de confort.

À distance, j'ai réalisé que toutes ces préoccupations devaient forcément avoir une incidence sur la relation instaurée entre Ousmane et moi au cours des séances. Cela s'est traduit d'abord par savoir où me placer, qu'elle était donc la « bonne » place, s'il y en avait une. Puis comment entrer en contact avec lui ? Comment prodiguer un apaisement psychocorporel par le toucher devant tant de douleur ? Lorsque je devais entrer en contact, poser mes mains sur lui, cela était toujours différent, je n'arrivais pas à être spontanément à l'aise et à lui procurer un état de tranquillité, étant moi-même en proie à des questionnements. La situation extrême et les émotions qu'elle a suscitées en moi, impactaient donc directement mon savoir-être de future psychomotricienne auprès d'Ousmane.

En séance, lorsque nous utilisons le dialogue tonico-émotionnel comme outil thérapeutique nous nous impliquons aussi bien corporellement qu'émotionnellement. Dans le toucher thérapeutique, je suis touchée émotionnellement par la violence de l'angoisse. Pour ne pas être contaminé par la violence de ces émotions, le premier des moyens de défense à se mettre en place c'est le clivage pour survivre au contact de la réalité avec la mort. Car si je suis en contact, inconsciemment, le psychisme se protège du risque potentiel de contamination.

HOSCHSCHILD A. (2003, pp. 19-49) a abordé cette thématique émotionnelle chez les infirmières selon le concept sociologique du « double effort ». Elle décrit ainsi la maîtrise par le soignant, à la fois de ses propres émotions en plus de celles des patients et de leur famille. En psychomotricité, comme nous nous impliquons dans un partage émotionnel, cette dimension est d'autant plus importante. Cependant, la « maîtrise émotionnelle » empêche, à mon sens, de pleinement être dans le partage émotionnel avec un patient. Il est bien entendu nécessaire de ne pas se laisser complètement déborder par les émotions, néanmoins cet échange émotionnel est indispensable pour la mise en place d'une juste relation thérapeutique en psychomotricité.

Ainsi, dans les cas où la souffrance nous touche personnellement, qu'il y a des conflits internes non résolus, cela impacte inévitablement la relation thérapeutique.

Dans le cas des situations propres aux cliniques de l'extrême, la dimension contre-transférentielle occupe une place particulière comme le décrit KORFF-SAUSSE S. (2006, p. 509) : « En effet, **l'extrême conduit aux frontières** : les frontières de l'humain ; les frontières de ce qui est pensable ; les frontières de ce qui est partageable, car **l'extrême sollicite des aspects contre-transférentiels particulièrement intenses et archaïques**. L'extrême limite du corps avec la maladie, le handicap, les transformations corporelles dans la clinique. ». Nous verrons plus loin, comment dialogue tonico-émotionnel et contre-transfert s'articulent dans la posture du psychomotricien et pourquoi cet aspect de la relation nous intéresse dans la réflexion éthique en psychomotricité.

« Dans un contexte de violence et de perte de repères éthiques, très évocateur de situation extrême, le temps de l'éveil éthique est la condition d'une véritable rencontre. » (SAULUS G., 2007, p. 132). La clinique des services hospitaliers aigus, de par leur caractère extrême, éveille la réflexion éthique. Puisque le contexte émotionnel entraîne un risque de déshumanisation, il entraîne un risque dans la réflexion éthique. Puisque la non-reconnaissance de l'altérité empêcherait alors toute relation thérapeutique. Nous voyons donc ici qu'en psychomotricité, de par l'utilisation d'outils spécifiques comme le toucher thérapeutique, la réflexion éthique induite par les cliniques de l'extrême invite à nous interroger sur notre attitude et notre savoir-être auprès du patient pour continuer à reconnaître pleinement la singularité d'autrui.

B. PSYCHOMOTRICIEN, UNE POSTURE EMPATHIQUE ?

Nous avons vu comment le contexte émotionnel s'invite volontiers en séances de psychomotricité. Nos émotions ont une incidence directe sur notre savoir-être de psychomotricien puisqu'elles peuvent bousculer notre posture. Puisque nous devons tenir compte des affects qui émergent, en respectant l'altérité de notre patient, pouvons-nous dire que la posture du psychomotricien est une posture empathique ? Nous allons voir avec la séance d'Ilyes ce qui peut se jouer lors d'une séance d'apaisement psychocorporel.

1. UNE SÉANCE D'APAISEMENT PSYCHOCORPOREL EN RÉANIMATION

Ilyes est un petit garçon de deux mois et demi d'âge réel. Il est né prématurément (36 SA) d'une grossesse gémellaire non suivie avec déni de grossesse jusqu'à l'accouchement. Son

frère jumeau est bien portant. La fratrie est composée de cinq autres enfants de six ans à quinze mois. Ilyes est hospitalisé dans le service pour un diagnostic de cholestase néonatale à selles décolorées. Lorsque nous le rencontrons à ce moment-là, Ilyes est un petit garçon très éveillé. Il est particulièrement tonique, en décubitus ventral, il prend appui sur ses avant-bras pour se redresser. Lorsque nous parlons de son histoire, Ilyes est très attentif et expressif. Il est très souriant et a un très bon contact avec l'adulte. Sa mère s'occupant du reste de la fratrie, elle ne peut pas être souvent présente. Ilyes est donc un petit garçon hypertonique et très vigilant, « comme s'il devait se tenir tout seul ». Le diagnostic d'Atrésie des Voies Biliaires est posé et la première intervention correctrice est donc indiquée.

Nous retrouvons donc Ilyes quelques jours après l'intervention en service de réanimation pédiatrique. L'infirmière qui s'occupe de lui nous explique qu'il est inconfortable et qu'il a du mal à dormir.

Nous nous rendons dans sa chambre qu'il partage avec un autre bébé, qui dort derrière le paravent. La psychomotricienne parle à Ilyes, le temps pour nous d'enfiler les blouses et de nous laver les mains. Il est attentif, oriente la tête dans notre direction. Nous nous mettons alors chacune d'un côté de son lit et descendons les barrières. Ilyes est installé dans un cocon mais il s'agite et grimace. La psychomotricienne le réinstalle et lui propose une posture légèrement plus enroulée, tout en tenant compte de la cicatrice sur le ventre. Pour lui proposer un moment de détente, elle le masse au niveau des trapèzes, d'abord du côté gauche. Afin de lui offrir une plus grande contenance, elle me propose de poser mes mains, l'une sous ses pieds et l'autre sur sa tête.

Je connais Ilyes pour avoir déjà participé à des séances avec lui dans le service mais c'est la première fois que je prends une part active dans une séance en service de réanimation. Pendant ce temps, la psychomotricienne parle à Ilyes en lui expliquant pourquoi nous le retrouvons dans ce service, parfois bruyant. Elle lui parle de l'intervention, de la cicatrice tout en s'adaptant à son âge et à son niveau de développement psycho-affectif. Elle me propose ensuite d'inverser les rôles pour que je le masse du côté droit. Finalement nous sentons Ilyes s'apaiser mais pour autant il demeure extrêmement vigilant. Il semble lutter contre le sommeil. Cela peut notamment s'expliquer par l'expérience de l'anesthésie

générale nécessaire à l'intervention chirurgicale. Ilyes a probablement mémorisé corporellement s'être endormi pour se réveiller inconfortable, avec des tuyaux pour l'aider à respirer, une cicatrice et un pansement qui recouvre une grande partie de la surface de son ventre ; le tout en découvrant l'environnement de la réanimation, particulièrement dystimulant. Chez ce petit garçon déjà très tonique et vigilant, cette expérience est probablement venue accroître son seuil de vigilance. Ilyes est légèrement enroulé sur le côté, vers moi. Je m'efforce de l'accompagner au maximum vers un état d'apaisement psychocorporel pour lui permettre de dormir. Il semble chercher le sommeil, il ferme parfois les yeux mais le moindre bruit le fait les lui rouvrir. C'est ainsi que la réalité de l'univers du service de réanimation se rappelle brutalement à moi. Tout est venu faire effraction. Les passages dans la chambre de l'infirmière puis du médecin, qui vient palper le ventre d'Ilyes sans prévenir. Les bruits extérieurs dans le couloir, audibles malgré la porte fermée : le passage des clowns, le téléphone qui sonne au poste de soins, une personne venue tousser probablement pas très loin de la porte. Puis les pleurs du voisin d'Ilyes qui se réveille. La psychomotricienne me laisse donc avec Ilyes pour aller s'en occuper. Je me concentre donc sur ce que je suis en train de proposer à Ilyes. C'est ma posture qui m'interroge en premier lieu. Pour venir être au plus proche de lui, comme dans une bulle, je me suis penchée très avant, les lits à barreaux n'étant pas réglables en hauteur. Je me réinstalle donc dans mes appuis et replace mes mains sur Ilyes pour lui offrir une meilleure contenance. J'accorde ensuite ma respiration, plus ample, plus calme. Ces ajustements me font prendre conscience de mon état interne. Je me rends compte que je n'étais moi-même pas stable et apaisée puisque parasitée par l'environnement. Finalement, Ilyes s'apaise et finit par s'endormir. Je prends le temps d'enlever très délicatement le contact de mes mains et la psychomotricienne relève la barrière du lit. Ce simple mouvement suffit à le réveiller. Je reprends donc le contact quelques instants et le maintiens pendant qu'elle remet la barrière en place.

2. DE LA POSTURE AU DIALOGUE TONICO-ÉMOTIONNEL COMME OUTIL THÉRAPEUTIQUE

Cette séance m'a fait prendre conscience de l'importance de l'ajustement tonico-postural nécessaire pour un meilleur accordage tonique avec mon patient. En effet, c'est de ma

posture que découlera l'accordage tonique nécessaire lors de l'utilisation du toucher à vocation d'apaisement psychocorporel.

2.1. LA POSTURE

La posture est définie comme « la disposition relative des différents segments corporels et le maintien de cette organisation du corps dans l'espace. » (ROBERT-OUVRAY, S. & SERVANT-LAVAL, A., 2015, p. 173). La posture est déterminée en premier lieu par les points d'appui puis par les variations toniques. L'activité posturale s'appuie sur le tonus musculaire dont les variations influent sur la qualité de la posture. Chaque posture engage une certaine distribution de l'intensité tonique dans chacun des groupes musculaires. La posture est donc déterminée par le tonus postural spécifique du moment, lui-même sous-tendu par l'émotion.

« Façon de « se tenir » ou façon « d'être », la posture désigne également une situation ou une manière de se comporter, corporelle aussi bien que psychique. Dans ce dernier registre, ces termes font référence aux ajustements positionnels et ébauches de mouvement directement liés aux réactions tonico-affectives dans la relation à l'environnement. » (*Ibid*). Ainsi la posture s'entend aussi au figuré comme une façon d'entrer en relation avec autrui.

Lors de la séance avec Ilyes, je suis repartie de mon propre ressenti corporel, de mes appuis posturaux, c'est-à-dire juste de la place de mes pieds au sol. Je me suis ancrée, ce qui a permis une meilleure répartition tonique et une posture plus confortable. Ce n'est qu'une fois correctement installée, que j'ai pu prendre conscience de mon état interne. Ma posture ainsi corrigée, j'ai pu retrouver une certaine assurance et un calme intérieur.

« L'activité posturale, de par son fondement relationnel, permet au sujet de s'orienter corporellement vers son environnement et de s'y ajuster dans sa qualité de présence » (*Ibid*). Le psychomotricien accorde donc une attention particulière à sa posture vis-à-vis de ses patients puisqu'elle constitue un prérequis nécessaire au travail d'accordage tonique.

2.2. L'ACCORDAGE TONIQUE

L'accordage tonique vise l'ajustement tonique entre les deux partenaires de la relation. ROBERT-OUVRAY, S. & SERVANT-LAVAL, A. montrent que cet ajustement se fait sur un mode vibratoire, selon quatre modalités : le porter, le palper, le parler et le penser (2015, p. 178). Ces quatre modalités sont réciproquement des liens tonique, sensoriel, affectif et enfin un

lien de pensée. Cela n'est pas sans rappeler les travaux de ROBERT-OUVRAY S. (2007). L'accordage tonique entre le bébé et sa mère permet l'intégration des sensations corporelles, sensorimotrices au service du développement psychoaffectif. L'accordage tonique que nous mettons en place lors des séances de psychomotricité doit permettre de venir pallier les dystimulations de l'environnement hospitalier. L'accordage tonique sert donc d'instrument de réponse intégrative pour venir soutenir le développement psychomoteur et psychoaffectif du tout-petit en réanimation.

L'une des fonctions primordiales du tonus, qui nous sert aussi en psychomotricité, est sa dimension relationnelle. L'accordage tonique dans une relation assure, par conséquent, une fonction de communication consciente et inconsciente entre deux individus.

2.3. LE DIALOGUE TONICO-ÉMOTIONNEL

« Les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le système musculaire » dit WALLON H. (1949, p. 174). Ainsi, le tonus est indissociable du système émotionnel. C'est dans la continuité de ces travaux qu'AJURIAGUERRA J. (1962, p. 193) définit le dialogue tonico-émotionnel comme « la fusion affective primaire [...] qui s'exprime au travers des phénomènes moteurs dans un dialogue qui est un prélude au dialogue verbal ultérieur ». Il ajoute que « ce dialogue tonique, qui jette le sujet tout entier dans la communication affective, ne peut avoir, comme instrument à sa mesure, qu'un instrument total : le corps ». Ainsi sont posées les bases de ce mode de communication, utilisé comme outil thérapeutique dans le soin psychomoteur. Le dialogue tonico-émotionnel permet un dialogue infra-verbal avec le patient pour soutenir le processus intégratif, aboutissant à la symbolisation des ressentis. L'intégration des variations toniques se charge petit à petit d'affects et de représentations par étayage entre les différents niveaux d'organisation de l'étayage psychomoteur. (ROBERT-OUVRAY S., 2007).

Avec Ilyes, le dialogue c'est d'abord fait dans un sens, de lui vers moi. Je me suis moi-même trouvée parasitée par l'environnement. Le moindre bruit attirait aussi mon attention et fragilisait l'interaction entre Ilyes et moi. Cela provenait probablement de l'hypervigilance et de l'état tonique que je captais d'Ilyes ; mais aussi, en partie, de mes premiers pas dans une relative autonomie dans un environnement qui ne m'était pas encore totalement familier. Mon adaptation posturale m'ayant permis d'apaiser mon propre état interne, j'ai pu, dans un

second temps, lui communiquer quelque chose de ma propre tranquillité. Les premières intrusions qui me déstabilisaient sont progressivement passées au second plan. Je conservais alors une qualité de présence dans l'interaction avec Ilyes. Comme si nous étions désormais dans une bulle sur laquelle ricochaient les intrusions, sans parvenir à faire effraction.

Cependant, je pense que le rôle du psychomotricien à ce moment-là est aussi de faire le lien avec ce qui se passe à l'extérieur, en jouant un rôle de pare-excitation grâce à la fonction de rêverie maternelle décrite par BION W. (1962). L'environnement dystimulant du service de réanimation procure à Ilyes de la sensorialité brute, c'est-à-dire des éléments *bêta*, non élaborés. Pour qu'Ilyes puisse assimiler ces expériences diffuses, il a besoin qu'un adulte lui prête son appareil à penser. Sa mère étant peu présente, le rôle du psychomotricien peut ici être d'assurer cette fonction *alpha* en transformant les impressions des sens liées à l'expérience émotionnelle en éléments *alpha*. Ces éléments *alpha* ainsi réintrojetés permettront à l'enfant de se créer son propre appareil à penser. Pour assurer cette fonction, cela nécessite d'être assez disponible pour pouvoir accueillir les émotions.

Ainsi, pour utiliser cet outil fondamental auprès de patients en réanimation, je dois nécessairement prendre conscience et identifier les affects et les émotions qui me traversent afin de ne pas les laisser parasiter la relation. Il faut faire la part entre ce que le patient me renvoie dans cette communication, ce qui lui appartient ; et de l'autre, ce qui m'appartient, mes propres affects et émotions qui peuvent venir interférer dans ce dialogue. D'autant plus, comme nous l'avons vu précédemment, dans le cas des cliniques de l'extrême où les émotions sont vives. Peut-être aussi que, justement, ces émotions étant plus facilement identifiables, nous sommes plus à l'écoute de leurs retentissements corporels.

3. DE L'EMPATHIE EN PSYCHOMOTRICITÉ

Si nous sommes impliqués corporellement auprès de nos patients, il est coutume de placer l'empathie comme juste distance à établir entre soignant et soigné. Qu'en est-il en psychomotricité quand les dilemmes éthiques interviennent ? Sommes-nous toujours dans une posture empathique face à toutes ces émotions fluctuantes ?

3.1. L'EMPATHIE

JORLAND G. différencie l'empathie et la sympathie, la première consistant à « se mettre à la place d'autrui », la seconde, à « s'identifier à autrui ». (2004, p. 21)

Un simple exemple permet de saisir la distinction : Imaginons-nous en face d'une personne dont le corps se met à pencher sur sa droite. Par sympathie, nous allons nous pencher sur notre gauche. Par empathie, nous pencherons vers notre droite.

Ainsi, dans pour l'empathie un retour à soi, une comparaison à son propre référentiel est nécessaire.

La neurophysiologie nous indique que les réseaux de neurones impliqués lors d'une réponse empathique sont localisés (JAQUET et al, 2014, p. 204) :

- > Dans le cortex pariétal inférieur droit, qui est la zone corticale associative multimodale responsable de l'intégration sensorielle, de la perception de l'espace et de la conscience de soi.
- > Dans le cortex frontal et le cortex préfrontal qui jouent un rôle dans l'aptitude à manipuler des points de vue.

Ainsi, au niveau de la physiologie, les structures cérébrales impliquées démontrent l'intrication entre conscience de soi, manipulation des points de vue et perception de l'espace.

DECETY J. (2004, p. 53) défend le modèle selon lequel l'empathie a deux composantes :

- D'une part, une **résonance motrice**, automatique, non contrôlable et non intentionnelle. C'est une **réponse affective** qui implique un partage de son état émotionnel ;
- D'autre part, la **capacité cognitive** de prendre la perspective subjective de l'autre qui est plus contrôlée et intentionnelle.

L'empathie serait donc un concept éminemment psychocorporel qui nécessite la capacité intellectuelle de se distinguer d'autrui. Le vécu du corps propre sert de référentiel pour comprendre ce que l'autre traverse.

3.2. DU DIALOGUE TONICO-ÉMOTIONNEL À L'EMPATHIE

Le dialogue tonico-émotionnel est « une forme de communication, parfois consciente, qui implique les canaux corporels de communication. Il est l'occasion d'allers-retours de soi à l'autre mais il n'implique pas d'adopter, pour l'un ou l'autre des partenaires de l'échange, le point de vue de l'autre. » (JAQUET *et al*, 2014, p. 202). Ainsi, le dialogue tonico-émotionnel est un outil qui permet la communication infra-verbale des variations toniques puis, par étayage, des affects et des représentations. Il se fait d'abord sous la forme d'un langage sympathique, par contagion d'un corps à l'autre.

Le dialogue tonico-émotionnel est donc un outil utilisé en psychomotricité pour le partage de l'état émotionnel. Ce partage émotionnel permet la réponse affective, première composante nécessaire à l'empathie. Cependant, pour une réponse empathique, le dialogue tonico-émotionnel ne suffit pas. Un changement de référentiel doit se faire pour prendre en compte la part subjective d'autrui. Or pour prendre en compte la subjectivité de l'autre et être capable de me décentrer, encore faut-il que je me sente sujet, différent d'autrui.

Le sentiment identitaire est un prérequis à l'empathie. Ainsi, les jeunes enfants avant deux ans qui n'ont pas encore acquis la conscience d'eux-même ne sont pas capables d'empathie. Pourtant ils utilisent le dialogue tonico-émotionnel au quotidien dans leurs relations avec l'adulte.

La conscience de soi permet de se différencier du monde extérieur puis de l'autre. C'est dans l'altérité que se construit l'empathie. Par analogie, si autrui a un corps semblable au mien, je me figure qu'il a une conscience semblable à la mienne. L'empathie se fait donc par analogie entre mon corps et celui d'autrui, quand la sympathie se fait par simple contagion des affects.

Ainsi, le dialogue tonico-émotionnel utilisé auprès des patients permet le partage des affects par contagion mais il nécessite d'être associé à une décentration pour reconnaître que ses affects ne m'appartiennent pas mais qu'ils appartiennent à autrui. La décentration est la capacité à manipuler mentalement et spatialement les repères corporels, voire à les projeter à l'extérieur du corps.

Une utilisation du dialogue tonico-émotionnel de façon empathique se fait donc dans une intersubjectivité avec autrui. Le thérapeute doit considérer le patient comme sujet dans une intercorporalité globale.

3.3. DE L'EMPATHIE DANS LE CONTRE-TRANSFERT CORPOREL

Les notions de transfert et contre-transfert appartiennent au champ de la psychanalyse, ils ont trait à l'ensemble des réactions inconscientes qui se déroulent dans un espace de parole entre le thérapeute et le patient. Le contre-transfert étant la projection inconsciente du thérapeute au transfert du patient.

En thérapie psychomotrice, ROBERT-OUVRAY S. (2002, p.63) parle tout d'abord de contre-transfert émotionnel. N'étant pas psychologue, le psychomotricien ne travaille « pas sur l'expression directe du désir mais sur la tension du désir ». Ainsi, la réponse contre-transférentielle du psychomotricien s'effectue par un ajustement corporel au dialogue tonique. Cette forme serait donc un « contre-transfert tonique et sensoriel [qui] est un contre-transfert émotionnel ». Le rôle du contre-transfert du psychomotricien ne serait donc pas l'analyse du langage mais plutôt des niveaux d'organisation précédents permettant son émergence, à savoir les tensions, les sensations, les affects et les représentations.

Par la suite, POTEL C. conceptualise la notion de contre-transfert corporel comme une version psychocorporelle/psychomotrice du contre-transfert psychanalytique. Dans ses travaux, elle confronte contre-transfert à la notion d'empathie. « Le contre-transfert corporel associe, aux éprouvés « empathiques » émotionnels, les éprouvés sensoriels, vécus et transmis presque parfois par contagion dans le corps du thérapeute, qui y accorde toute son attention pour les penser et les transformer en représentation, d'abord pour lui-même et ensuite pour son patient. » (POTEL C., 2015, p. 36).

Le contre-transfert, au sens psychanalytique, est l'ensemble des projections inconscientes du thérapeute envers le transfert du patient. Dans le contre-transfert corporel tel que le définit POTEL C., les éprouvés sensoriels et émotionnels sont ressentis par le thérapeute directement dans son corps « presque par contagion ». Il se s'agit alors plus d'une simple projection puisque le thérapeute s'imprègne directement des affects du patient. POTEL C. distingue les éprouvés émotionnels et sensoriels. Or, la psychomotricité reconnaît l'intrication indissociable entre émotions et sensations au travers de la fonction tonique. Nous pouvons supposer que cette première étape de communication des émotions dans le contre-transfert corporel s'effectue grâce au dialogue tonico-émotionnel. Cela est en corrélation directe avec la définition de l'empathie développée précédemment. Nous retrouvons un premier

phénomène de partage émotionnel se faisant par contagion. Nous avons vu précédemment que la simple contagion émotionnelle relève de la sympathie. Cette contagion doit être associée à un deuxième phénomène de réflexion cognitive permettant la décentration et le respect de l'altérité pour permettre une réponse empathique. POTEL C. ne parle pas de cette deuxième composante, cognitive, de l'empathie. Les éprouvés empathiques sont abordés sur le côté purement émotionnel de l'empathie telle qu'elle est souvent acceptée dans le langage ordinaire.

En revanche, elle ajoute une dimension supplémentaire au contre-transfert corporel qui le distinguerait d'une simple réponse empathique, puisqu'il doit avoir un rôle thérapeutique. Le rôle du thérapeute, explique-t-elle, est d'utiliser ces éprouvés corporels symbolisés pour amener le patient vers la représentation de ses propres affects. Le thérapeute prêtant ainsi son appareil à penser, ce que décrit BION W. (1962) dans la fonction de rêverie maternelle.

Le contre-transfert corporel, tel que définit par POTEL C., englobe la première dimension de l'empathie, à laquelle il conviendrait d'ajouter la capacité de décentration. C'est ce qui permettrait la prise en compte de l'altérité du patient et la mise en place d'une intersubjectivité nécessaire à la réponse thérapeutique en psychomotricité.

3.4. POSTURE D'EMPATHIE THÉRAPEUTIQUE

Au cours de ma séance auprès d'Ilyes, j'ai veillé en premier lieu à ma posture, à mes appuis. Cela m'a permis de porter mon attention à mes ressentis. J'ai pu identifier les émotions et affects qu'Ilyes m'a transmis, en particulier son hypervigilance. À ce moment, il convient de faire attention à ne pas glisser vers la sympathie en se contentant d'un simple partage émotionnel. Il m'a fallu identifier les affects qui m'appartenaient et identifier ceux transmis par Ilyes dans le dialogue tonico-émotionnel. En reconnaissant Ilyes comme sujet différent de moi, j'ai pu être à même de proposer une réponse empathique. Mais comme future professionnelle, il convient ensuite de tenir compte de l'intérêt thérapeutique de la séance.

L'objectif thérapeutique initial étant un apaisement psychocorporel, il fallait que je puisse accompagner la détente d'Ilyes. Une fois réassurée dans ma posture, j'ai pu utiliser mes propres voies de régulation tonico-émotionnelle et ainsi utiliser en retour le dialogue tonico-émotionnel pour communiquer à Ilyes mon état interne de tranquillité. Par la suite, j'aurais pu reprendre la verbalisation entamée par la psychomotricienne au début de la séance et lui

offrir une mise en mot de ce que nous indiquait de son état tonico-émotionnel, à propos de son inconfort et de sa colère éventuelle. Cela aurait permis de continuer à signifier à Ilyes ce qui se passait pour lui, de le rendre sujet dans l'intersubjectivité de la relation. Je fais cet effort de symbolisation pour lui renvoyer, via le dialogue tonico-émotionnel et le langage, des éléments alphas plus sécurisants. C'est ce qui permettra de poser les prémices d'une future symbolisation.

Quelques mois plus tard, j'ai été amenée à refaire une séance de ce type avec ce même petit garçon. Après ce travail de réflexion, qu'est-ce que cela a changé dans ma posture ?

Je suis en séance, seule avec Ilyes dans sa chambre de l'unité « bébés » du service d'hépatologie. Ilyes est extrêmement inconfortable et l'exprime par des pleurs, une hypertonie et une impossibilité pour lui de s'auto-apaiser.

Je commence par m'installer correctement pour être à l'aise dans ma posture et pouvoir adapter mon portage. Je repère un recrutement tonique, notamment dans mes épaules. Probablement qu'une part de ma tension émane de mon sentiment de responsabilité vis-à-vis d'Ilyes. Je peux alors me réassurer en sachant que son infirmière référente n'était pas loin. J'identifie ensuite la tension provenant du dialogue tonico-émotionnel avec Ilyes, très inconfortable et possiblement douloureux. À partir de ce moment, je peux lui proposer un portage plus contenant et plus sécurisant en l'amenant progressivement dans une posture plus regroupée avec un contact enveloppant. En m'appuyant ensuite sur ma corporéité, mes mimiques, ma gestuelle ; je peux exprimer à Ilyes ce que je comprends de son état tonico-émotionnel à cet instant. Je verbalise donc autour des soins invasifs qu'il a eus juste auparavant et de cette matinée qui a l'air compliquée pour lui.

La posture du psychomotricien serait donc une réponse empathique à visée thérapeutique. Cet ajustement tonique permet l'intégration des sensations et des tensions liées aux émotions dans une fonction dite « sémaphorique ». L'appareil psychique du psychomotricien devenant porteur des signes de la souffrance psychocorporelle du patient qui ne peut l'exprimer par la parole. C'est ainsi le cas auprès des très jeunes enfants hospitalisés mais aussi de tout autre patient accueilli en psychomotricité, qui ne pourrait s'exprimer

verbalement. Le psychomotricien se sert de son ajustement corporel dans le dialogue tonique avec le patient comme outil thérapeutique pour permettre la symbolisation. La posture du psychomotricien serait donc une sorte d'empathie thérapeutique, une réponse empathique associée à une fonction de symbolisation.

C. RÉFLEXIONS ÉTHIQUES SUR LE SAVOIR-ÊTRE EN PSYCHOMOTRICITÉ

1. UNE ATTITUDE CORPORELLE RÉFLÉCHIE

La posture du psychomotricien serait donc une sorte d'empathie thérapeutique, une réponse empathique associée à une fonction de symbolisation. Pour qu'elle soit correctement thérapeutique, il est important d'identifier correctement ce qui s'y joue, en regard du contexte particulier. Pour comprendre comment le contexte qui accompagne ces suivis à un impact sur le savoir-être du psychomotricien, je me suis interrogée sur ma posture de psychomotricienne en regard de « l'autour » qui pouvait circonvenir à ma disponibilité thérapeutique. Si la réflexion éthique se fonde sur les affects, comment s'impliquer lorsque le contexte nous touche personnellement dans notre être ? Lorsque nous sommes touchés et que nous touchons les patients ? De la même manière qu'en service de réanimation, l'environnement dystimulant comme le dilemme éthique ne doivent pas être mis à distance comme inexistants mais plutôt intégrés, incorporés par le psychomotricien pour le patient. Si cela devient symbolisable, il y a alors potentiellement moins de risques à ce que cela interfère négativement. L'accordage psychocorporel et le dialogue tonico-émotionnel sont des outils thérapeutiques qui permettent de retourner cette forme de symbolisation au patient, dans le respect de l'altérité.

Nous comprenons alors que la posture que nous adoptons en séance doit être le reflet de cette réflexion éthique intégrée corporellement. La vigilance que nous accordons à notre posture pour être en accord avec soi-même, malgré le contexte, permet d'être en accordage psychocorporel dans la relation. Le psychomotricien adopte alors cette « attitude éthique corporelle réfléchie » (GIROMINI F., 2017).

Cette attitude permet d'incorporer le dilemme éthique sans le laisser circonvenir aux séances. Il en va alors de même lors d'un bilan psychomoteur. Lorsque je tends vers cette attitude

corporelle réfléchi, je peux me permettre d'exercer pleinement ma subjectivité et être dans le *conatus* sans risquer de nuire au patient. Il faudrait donc réussir à être en accord avec soi-même pour exercer pleinement sa subjectivité, pour assumer la pleine responsabilité de nos actes.

2. FAIRE FACE AUX SITUATIONS EXTRÊMES

Puisque la réflexion éthique touche nos propres émotions, nous comprenons alors que les dilemmes éthiques puissent influencer notre attitude face au patient. Si je peux l'identifier, est-ce que je peux alors agir dessus ? Dans la pratique, conscientiser cela immédiatement pour pouvoir l'intégrer s'avère parfois complexe. Quelles ressources avons-nous en tant que psychomotricien pour s'y adapter ?

2.1 ENTRE THÉORIE ET PRATIQUE CLINIQUE

Ce travail de réflexion m'a apporté beaucoup de réponses qui paraissent idéalisées. La réalité du terrain ne permet malheureusement pas toujours de garantir la juste attitude éthique corporellement réfléchi. Prise dans le flot de la journée, il est souvent compliqué de prendre le recul nécessaire à cette réflexion. Bien souvent, c'est seulement dans l'après coup qu'il est possible de penser les choses différemment. Cela s'acquiert probablement avec l'expérience. J'ai moi-même constaté la différence entre le début de l'année et ma posture actuelle. Initialement, les questions pouvaient envahir ma disponibilité au patient, aujourd'hui je me sens un peu plus à même de ne plus laisser cela interférer pendant la séance. Je suis aussi plus familière de l'environnement hospitalier et des pathologies rencontrées. La solution la plus simple et la plus rapide est de mettre à distance le contexte. Je ne suis pas convaincue que ce soit la meilleure marche à suivre. Bien sûr, il n'est pas question de se laisser submerger par les émotions mais peut être d'abord de les identifier pour pouvoir ensuite les intégrer et les incorporer. Ce travail de symbolisation permet, d'une part, pour le thérapeute d'essayer d'être en accord avec lui-même et d'autre part, cela permet de renvoyer ces éléments métabolisés. Finalement cela fait partie intégrante de notre travail. Pour effectuer correctement notre rôle de médiateur, pour aider le patient à intégrer tout ce contexte, il faut d'abord que nous soyons en accord avec nous-mêmes. Le risque étant sinon de communiquer aux patients nos propres affects non métabolisés. Dans l'accordage psychocorporel et dans la relation, il faut que nous soyons au clair avec ce qui nous appartient

et ce qui appartient au patient. Il me paraît tout de même important de ne pas mettre tout ça à distance et de me laisser toucher par les situations. Si je suis touchée, c'est que la situation mérite réflexion. Il me paraît difficilement concevable de mettre à distance mes émotions, le risque étant, il me semble, de ne plus être attentive aux signaux que j'éprouve corporellement.

2.2. MES RESSOURCES

Pour faire face à ses situations, j'ai dû utiliser mes ressources. Si ces ressources me sont propres, elles sont toutefois en lien avec la future psychomotricienne que je suis.

Au début de ce stage, la plupart de mes questionnements me sont apparus seulement à distance des séances, lorsque je n'étais plus présente à l'hôpital. Nous pouvons faire un parallèle entre la façon dont le contexte me touche personnellement et l'expérience du chat de SCHRÖDINGER (1992). SCHRÖDINGER a fait l'expérience de pensée suivante : un chat est enfermé dans une boîte avec un dispositif mortel pour l'animal. Ainsi dans la boîte, le chat peut vivre ou mourir, sans que l'on sache ce qui s'y passe depuis l'extérieur. De fait, par la pensée, le corps peut être dans deux états paradoxaux, à savoir vivant ou mort, simultanément. La réponse n'est donnée que lorsque l'on ouvre la boîte. Cette expérience de pensée peut être directement mise en lien avec l'état d'esprit dans lequel je me trouve lorsque je ne suis pas sur mon lieu de stage. Je n'ai aucun moyen de savoir si mes patients sont vivants ou décédés, greffés ou non. Les transmissions sont le seul moyen pour moi de lever ces questionnements avant d'aller voir directement mes patients. Sans transmissions, ni discussion avec l'équipe pour comprendre les tenants et aboutissants du contexte, je ne peux identifier mes conflits internes. Cela pourrait avoir un impact sur la relation que j'ai avec le patient. Si je suis moi-même en souffrance, et donc touchée personnellement, alors que je m'expose au patient, alors il y a un risque de déshumanisation de l'autre, empêchant tout travail de singularité et d'émergence de l'identité du patient.

Lorsque des situations m'interpellaient en discuter et échanger avec d'autres professionnels a toujours été d'une grande ressource. En premier, les échanges avec les psychomotriciennes, chacun d'elle ayant une vision subjective des situations. Mais ce qui a aussi contribué à m'éclairer sur certaines situations fût de discuter et d'entendre le point de vue d'autres professionnels. Kinésithérapeutes, psychologue, assistante sociale, médecins, chaque

profession porte un regard différent sur le patient. La vision pluridisciplinaire d'une même situation m'a permis de comprendre ou de débloquer certaines interrogations. En effet, la plupart du temps j'avais envie de comprendre. Je n'avais pas nécessairement de questions clairement énoncées mais plutôt un ressenti global qui me poussait à aborder la situation. Les questions n'étaient pas identifiées mais le besoin d'en discuter était là. Ce n'est qu'au cours des discussions que les questionnements émergeaient de façon plus claire. Ainsi, la supervision et les groupes d'analyse de pratiques peuvent permettre de faire émerger ces questionnements éthiques, de les traiter, de les symboliser pour ne pas les laisser interférer négativement sur notre savoir-être.

J'ai aussi trouvé beaucoup de ressources dans les écrits, les publications et la théorie. L'élaboration de ce travail de mémoire m'a aussi quelque part soutenue dans ma démarche clinique. Il m'a permis de reprendre les situations à distance, de les analyser tout en confrontant à l'expérience de personnes ayant déjà mené une réflexion à ce propos.

Cette dernière année de formation est aussi celle dans laquelle j'ai acquis mon indépendance professionnelle. Bien que toujours sous l'égide de mes maîtres de stage, je me suis retrouvée responsable de ce que je mettais en place pour mes patients. Cette nouvelle forme de responsabilité n'est pas anodine. D'autant plus lorsque des enjeux éthiques majeurs interviennent dans le suivi du patient. Ce sont toutes les discussions si riches que j'ai pu avoir avec mes maîtres de stage qui m'ont permis d'appréhender cela. Cependant, même une fois professionnelle, cela devrait toujours rester en interrogation. Si nous nous interrogeons plus sur nos pratiques, la tentation est grande de plaquer des « séances types » à chaque « type de patient ». En cela, le risque de déshumanisation apparaît puisqu'il n'y a plus de respect de l'individualité de chaque individu derrière chacun des patients. Pour pallier à cela et continuer de s'interroger, le travail en pluridisciplinarité permet de confronter les différents points de vue.

2.3. LES RESSOURCES DU PSYCHOMOTRICIEN

Tout au long de notre formation, nous apprenons à développer une disponibilité psychocorporelle afin de pouvoir établir une relation de qualité auprès de nos patients. Cette relation que nous mettons en place est à vocation thérapeutique. Pour cela, nous avons commencé par apprendre à prendre conscience de notre état psychocorporel, nous avons

appris à être vigilant aux émotions que nous traversons. Une fois identifiés, tous ces éléments nous permettent d'adapter notre posture. Lors de mon stage auprès d'enfants atteints de pathologies somatiques graves, le contexte du travail à l'hôpital dans des services aigus, les curseurs se sont trouvés poussés au maximum. Tout a été amplifié : les émotions étaient plus vives, le contraste de l'une à l'autre n'en étant toujours que plus brutal. Nous intervenons parfois dans l'urgence, nous nous adaptons sans cesse aux contraintes de l'hospitalisation (examens médicaux, fatigue et disponibilité du patient...). Lorsque j'ai débuté les séances, je me suis souvent interrogé sur ma posture, ma disponibilité à l'instant T. Je faisais un rapide inventaire de ma posture, de mes appuis, du rythme de ma respiration et je me suis rendu compte de leur importance dans ma disponibilité au patient, de cette relation en place et quel impact celle-ci pouvait avoir sur la qualité du soin psychomoteur.

3. LA PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITÉ DANS LES DÉCISIONS ÉTHIQUES

En guise d'aboutissement de ce travail de réflexion entre éthique et psychomotricité, j'aimerais pouvoir identifier quelle pourrait être la place de la psychomotricité dans les décisions éthiques. Pour répondre à la demande de l'équipe, quelle place est attribuée au soin psychomoteur dans le suivi médical d'enfants dont le pronostic vital est engagé ?

3.1. DANS LE BILAN

Nous l'avons vu, le bilan est une étape nécessaire à la mise en place d'un suivi en psychomotricité. Pourtant, dans cette évaluation, comment considérer autrui comme un « objet » que l'on doit mesurer ? Quelle part de subjectivité et donc d'intersubjectivité sont forcément mises en place dans la relation ?

Si l'histoire de Meryem et les bilans initiaux ont éveillé mon intérêt à la question éthique ; le bilan psychomoteur d'Alycia m'a permis d'expérimenter le dilemme éthique directement dans ma posture de psychomotricienne. J'ai été confrontée corporellement à une passation de bilan psychomoteur qui m'exposait à un dilemme. Comment objectiver de la façon la plus neutre et en même temps la plus juste possible ce que nous montre cet enfant en interaction avec nous ? C'est ainsi que je me suis interrogée sur la posture que je devais adopter pendant la passation, puis plus tard dans la cotation.

Le bilan psychomoteur étant soumis à la prescription médicale, il répond à une demande bien précise du médecin prescripteur. Dans le service d'hépatologie, lorsqu'un médecin fait une demande de bilan pour suivre l'évolution du développement psychomoteur d'un petit patient, il attend non seulement l'avis qualitatif de la psychomotricienne mais surtout les cotations chiffrées du bilan qui permettront de situer l'enfant par rapport à une norme de référence et de suivre son évolution au cours du temps. Gérer cette double approche, à la fois objective, quantitative et subjective, qualitative s'avère d'autant plus ardu quand le dilemme éthique s'en mêle. De manière générale, le bilan psychomoteur est un équilibre constant entre objectivité et nécessaire subjectivité. Nous évoluons faisons constamment évoluer cet équilibre entre les deux. Rester purement objectif me paraît difficilement concevable, nous exerçons une profession qui nous impose de prendre en compte la subjectivité propre qui s'instaure dans chaque nouvelle relation avec autrui. Ainsi pour tendre vers une objectivité, il est nécessaire de commencer d'abord par pouvoir ne serait-ce qu'identifier si un dilemme, ou tout autre élément de la demande de bilan, pourrait contrevenir à une passation objective. L'identification est une étape préliminaire. Une fois identifié, il sera plus aisé de comprendre les enjeux du dilemme. Ainsi, en suivant la philosophie spinoziste, c'est en comprenant l'environnement que je deviens capable d'agir en lui sans en pâtir. Si j'identifie le dilemme éthique, que je peux le comprendre, cela me permettra d'agir en accord avec moi-même. Je peux alors adopter cette « attitude éthique corporelle réfléchie » décrite par GIROMINI (2017), ce qui me permettra d'être pleinement en accordage psychocorporel avec mon patient.

J'ai pris conscience de l'importance du contexte de la demande de bilan. La question du bilan psychomoteur pose celle de notre responsabilité de thérapeute et de notre place dans l'équipe. Les répercussions de ces chiffres et de l'analyse que j'en fais auront une incidence directe sur l'avenir de cet enfant. Bien entendu, ils ne sont pas seuls décisionnaires mais ce qui nous est demandé ici en matière de responsabilité n'est pas négligeable. Sommes-nous légitimes pour assurer cette responsabilité ? Je ne saurai avoir la prétention de répondre à cette question, mais il me semble que plus nous serons en accord avec nous-mêmes, dans cette attitude corporelle réfléchie, plus il sera aisé pour nous de faire passer un bilan psychomoteur sans laisser le dilemme éthique perturber son déroulement.

Mais si le but du bilan est de répondre à une demande du corps médical, l'autre objectif principal est aussi de définir les axes thérapeutiques du suivi en psychomotricité qui en

découle. La question éthique s'invite donc non seulement dans le bilan mais aussi dans nos séances.

3.2. DANS LES SÉANCES

Les séances avec Meryem s'inscrivent dans cette lignée. Le dilemme éthique s'est avéré prégnant aussi dans les temps d'éveil sensorimoteur et de guidance parentale. La demande médicale était de réaliser des évaluations chiffrées régulièrement pour suivre l'évolution de son développement. Ainsi, entre les différentes évaluations le suivi de Meryem s'axait sur de l'éveil sensorimoteur ayant pour but de favoriser l'émergence de ses capacités, de la faire progresser. Le dilemme éthique apparaît alors : fallait-il la faire progresser à tout prix pour voir ses progrès se répercuter sur les objectivations chiffrées de son développement et ainsi favoriser son inscription sur liste de greffe ? Et puis peut aussi se poser la question de la greffe, mais à quel prix, pour quel avenir pour cette enfant ? Toutes ces questions ont accompagné le suivi en psychomotricité de Meryem et plus tard il en a été de même pour Alycia.

En séance, c'est avant tout dans le partage émotionnel que cela se répercute. S'il est présent de manière générale dans les propositions du psychomotricien, il l'est d'autant plus dans ce contexte. Si la tentation fût grande de mettre le contexte de côté pendant ces séances, je n'y trouvais pas mon compte, je ne pouvais pas faire comme si cela n'existait pas. Il faut alors être d'autant plus à l'écoute de l'enfant. Que nous montre-t-il lui pendant les séances ? Ces deux petites filles ont montré, chacune à leur façon, leur appétence pour les nouvelles découvertes, les nouvelles explorations. Finalement, j'y ai trouvé mon compte en venant en séance, en apportant des propositions et en respectant le rythme de ces enfants pour s'en saisir. Nous les guidions tout en respectant leur rythme. Dans le cas de Meryem, le rôle de la psychomotricienne a aussi beaucoup été dans l'étayage de la mère. Celle-ci était en demande de savoir comment stimuler au mieux sa petite fille. Si la psychomotricienne a pu lui apporter des réponses, toujours en tenant compte de l'évolution et du rythme de Meryem ; elle a pu aussi apprendre à cette mère à repérer les signes de fatigabilité de Meryem et à les respecter. L'accompagnement psychomoteur a donc permis à Meryem de progresser à son rythme, sans forcer les choses.

Le dilemme éthique impacte la relation dans le fonctionnement empathique. Aussi bien dans la capacité cognitive de décentration quand dans la résonance du dialogue tonico-émotionnel. Il peut alors devenir un outil biaisé et pourtant fondamental à la pratique de la psychomotricité. En se détachant de nos affects, il est impossible d'utiliser le dialogue tonico-émotionnel, donc cela émousse la possibilité d'empathie. Il faut réussir à faire la part entre mes émotions et celles du patient, de la famille. Nos préoccupations personnelles pour le patient ne doivent pas venir interférer sur la qualité du contact relationnel. Pourtant elles seront forcément là, bien présentes. Cette préoccupation perdure mais elle doit passer dans le langage, dans la discussion pour être symbolisée. L'élaboration nous permet de ne pas nous effondrer avec le patient.

L'enfant perçoit tout autour de lui cette préoccupation majeure et généralisée des adultes. Le rôle du psychomotricien peut être donc de l'aider dans la symbolisation de toute cette inquiétude. En fonction de l'âge, nous pouvons lui proposer un étayage, en changeant de niveau d'organisation. Cela peut se faire à partir de ses éprouvés corporels de l'anxiété en verbalisant la situation.

Comme Ilyes, il est encore plus compliqué pour le tout-petit d'intégrer et de symboliser la situation. Les anesthésies, les opérations chirurgicales, l'environnement dystimulant sont autant d'éléments diffus, de sensorialité brute qui affecte le tout-petit. Pour permettre à l'enfant de se développer parmi tout ça, il faut l'aider dans la symbolisation. Les conditions d'hospitalisation et de la maladie grave peuvent empêcher les parents d'être pleinement disponibles pour assurer cette fonction de rêverie. Le rôle du psychomotricien peut alors soit de soutenir les parents dans ce rôle ; soit de prêter directement à l'enfant notre appareil psychique pendant les séances. Nous pouvons alors lui réintrojecter une forme de symbolisation pour que ces éléments de l'envahissent pas trop dans son développement psycho-affectif.

3.3. DANS L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

Nous sommes une profession encadrée et il faut veiller à ne pas aller au-delà de notre cadre de référence. Il n'incombe en aucun cas au psychomotricien de prendre une décision sur la réalisation ou non d'une transplantation. Pourtant, nous savons que parfois les résultats du bilan psychomoteur seront décisifs. Comment ne pas se sentir alors responsables d'une telle

décision ? La décision doit se faire en équipe, lors du staff médical. Dans tous les cas, la responsabilité incombe au médecin.

Quels seraient alors le rôle et la place du psychomotricien dans l'équipe pluridisciplinaire décisionnaire en cas de dilemmes ? Quelle est la place de la psychomotricité dans les prises de décisions en éthique ? Il me semble que l'approche psychomotrice du patient peut apporter à la réflexion éthique, dans le sens où nous avons les outils pour faire émerger l'individualité de chaque patient derrière la maladie. La lecture psychocorporelle de tous les patients, y compris les plus jeunes, permet de traduire et de restituer l'expressivité corporelle, permettant l'émergence de la singularité.

La psychomotricité permet d'apporter, en outre, un éclairage différent aux dilemmes éthiques. Il est possible de sensibiliser les équipes à ce qui se joue au niveau des affects dans les relations avec les patients. Ainsi, nous pouvons favoriser l'émergence de la singularité de l'enfant auprès de tous les professionnels qui s'occupent de lui.

CONCLUSION

Grâce à ce stage, j'ai pu comprendre à quel point l'éthique pouvait interférer dans le soin psychomoteur. Le dilemme interroge la part subjective de notre savoir-être de professionnel puisqu'il vient nous mobiliser directement dans notre corps et nos affects. Ainsi, la relation thérapeutique singulière qui s'instaure en psychomotricité s'en trouve forcément impactée. Je ne pense pas qu'il soit concevable d'écarter le dilemme éthique. Ce serait, sans nul doute, le risque de nuire au patient. Au contraire, la réflexion qui en émerge favorise les ajustements de notre posture pour garantir le respect du patient quelles que soient les décisions à prendre.

Car si l'éthique influence la psychomotricité, ce travail m'aura aussi permis de découvrir l'influence réciproque que notre discipline pouvait avoir dans les décisions éthiques. Partageant en effet des fondamentaux communs avec ce qu'est ontologiquement l'éthique, la lecture psychomotrice du enfant a assurément à apporter aux discussions collégiales. Il pourrait être effectivement dans notre rôle de veiller à toujours faire émerger et respecter la singularité de chacun de nos patients.

Les situations des enfants rencontrés au cours de ce stage m'ont interpellée parce qu'elles étaient des extrêmes. Le dilemme éthique était saillant et ne pouvait être contourné. La réflexion éthique ne se cantonne pourtant pas aux cliniques de l'extrême. Cette attention aux répercussions du contexte sur notre savoir-être devrait être présente chez chacun de nous, quel que soit le public auprès duquel nous évoluons.

Pour ne pas conclure, je dirai que j'ai simplement mis un pied dans ce qu'est la réflexion éthique. J'ai découvert une discipline très vaste mais néanmoins fort passionnante. Ce mémoire a semé les graines d'une réflexion que je suis maintenant impatiente de cultiver, en approfondissant les liens qui unissent éthique et psychomotricité, tout au long de ma vie de professionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARET, J-M. (2003). Intérêt de la mesure dans l'examen psychomoteur. *Évolutions psychomotrices*, 15,(60), 66-73.
- BALLOUARD, C. (2008). Le bilan psychomoteur entre chiffres et valeurs. *Contraste*, 28-29,(1), 71-85.
- BERNARD, O. L'atrésie des voies biliaires, aspects médicaux. in GALIFER, R. B. (dir.) (1994). *Chirurgie hépato-biliaire de l'enfant*. Montpellier, France : Sauramps médical. 65-72
- BERNARD, O. Indications de la transplantation hépatique chez l'enfant. in GALIFER, R. B. (dir.) (1994). *Chirurgie hépato-biliaire de l'enfant*. Montpellier, France : Sauramps médical. 199-204
- BERTHOZ, A. & JORLAND, G. (dir.) (2004). *L'empathie*. Paris, France : Odile Jacob.
- BION, W. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris, France : Presses Universitaires de France
- CANOUI, P. La souffrance des soignants en soins palliatifs pédiatriques : un risque humain, des enjeux éthiques. in HUMBERT, N. (dir.) (2004). *Les soins palliatifs pédiatriques*. Montréal, Québec : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, 609-622
- DE AJURIAGUERRA, J. & ANGELERGUES, R. (1962) De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui : à propos de l'œuvre de Henri Wallon. In JOLY, F. & LABES, G. (dir.) (2009). *Corps, tonus et psychomotricité*. Montreuil, France : Éd. Du Papyrus. 185-196
- GERVAIS, P. Aspects éthiques en soins palliatifs pédiatriques. in HUMBERT, N. (dir.) (2004). *Les soins palliatifs pédiatriques*. Montréal, Québec : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, 637-675
- GIROMINI, F. (2003). La rencontre avec autrui ou les fondements de l'altérité. *Thérapie psychomotrice et Recherches*, 133, 4-10
- GIROMINI, F. (2017). La spécificité de la médiation en psychomotricité. *Enfances & Psy*, 76(4), 51-60

HENRY, J. & ENTHOVEN, R. (2009, février). L'Éthique : Esprit et Corps (2/5). *Les nouveaux chemins de la connaissance*. France Culture. [Podcast audio]

HOCHSCHILD, A. (2003). Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale. *Travailler*, 9(1), 19-49

JAQUET, C., NEVEU, P., PIREYRE, E., SAINTE MARÉVILLE, F. & SCIALOM, P. (2014). *Les liens corps esprit. Regards croisés à partir de cas cliniques*. Paris, France : Dunod

KORFF-SAUSSE, S. (2006). Contre-transfert, cliniques de l'extrême et esthétique. *Revue française de psychanalyse*, vol. 70(2), 507-520

KORFF-SAUSSE, S. (2016). Les cliniques de l'extrême. *Chimères*, 88(1), 54-69

LE COZ, P. (2018). *L'éthique médicale : Approches philosophiques*. Aix-en-Provence, France : Presses Universitaires de Provence

MALLET, D. Qu'est-ce que l'éthique ? Qu'est-ce qu'elle n'est pas ?. in JACQUEMIN, D. & DE BROUCKER, D. (dir.) (2014). *Manuel de soins palliatifs*. Paris, France : Dunod. 146-156

MISRAHI, R. (1998). *Le Corps et l'Esprit dans la philosophie de Spinoza*. Paris, France : Empêcheurs de tourner en rond

POTEL, C. (2015). *Du contre-transfert corporel : Une clinique psychothérapique du corps*. Toulouse, France: ERES.

RAYNAL, N. Les composantes du bilan psychomoteur. In ALBARET, J-M., SCIALOM, P. & GIROMINI, F. (dir.) (2018). *Manuel d'enseignement de la psychomotricité. Examen psychomoteur et tests*. (vol. 5). Paris, France : DeBoeck Supérieur. 1-5

Subjectif, ive. (2016). In REY, A. (dir.). *Dictionnaire historique de la langue française* (4^e éd.). Paris, France : Dictionnaires LE ROBERT. 2328-2329

ROBERT-OUVRAY, S. (2002). Le contre-transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 132, 62-67

ROBERT-OUVRAY, S. (2007). *Intégration motrice et développement psychique : une théorie de la psychomotricité*. Paris, France : Desclée De Brouwer

ROBERT-OUVRAY, S. & SERVANT-LAVAL, A. Le tonus et la tonicité. In ALBARET, J-M., SCIALOM, P. & GIROMINI, F. (dir.) (2015). *Manuel d'enseignement de la psychomotricité. Concepts fondamentaux*. (vol. 1). Paris, France : DeBoeck Supérieur. 161-199

RUSZNIEWSKI, M. (2014). *Face à la maladie grave : patients, familles, soignants*. Paris, France : Dunod

SAULUS, G. (2007). La clinique du polyhandicap comme paradigme des cliniques de l'extrême. *Champ psychosomatique*, 45(1), 125-139

SAULUS, G. (2010, septembre). *Aspects philosophiques des cliniques de l'extrême*. Communication présentée à la Rencontre-débat organisée par l'UNAPH sur le thème Les Cliniques de l'extrême.

SCHRÖDINGER, E. (1992). *Physique quantique et représentation du monde*. Paris, France : Le Seuil

SPINOZA, B. (2015). *L'Éthique*. (traduit par MISRAHI, R.). Paris, France : Éditions de l'Éclat.

WALLON, H. (1949). *Les origines du caractère chez l'enfant*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

RÉSUMÉ

La psychomotricité a toute sa place dans l'accompagnement d'enfants atteints de pathologies chroniques graves. Néanmoins, cette place particulière peut confronter le thérapeute aux dilemmes éthiques dans le cadre de décisions médicales complexes. Ce mémoire est un travail de réflexion autour de l'incidence des dilemmes éthiques sur le savoir-être du psychomotricien auprès de son patient. En partant du bilan psychomoteur, j'exposerai le cheminement de ma pensée entre ces deux disciplines que sont l'éthique et la psychomotricité. Je tenterai de comprendre par quels mécanismes le dilemme éthique influence le savoir-être du psychomotricien pour finalement partager mes réflexions sur la place de la psychomotricité dans les décisions éthiques.

Transplantation hépatique – Dilemmes éthiques – Savoir-être du psychomotricien – Relation thérapeutique – Posture empathique

ABSTRACT

Psychomotricity has its rightful place in the care of children with serious chronic diseases. However, this particular place may expose the therapist to ethical dilemmas as part of complex medical decisions. This essay is a research work about the impact of those dilemmas on the soft skills of the psychomotrician alongside his patient. Starting from the psychomotor assessment, I will show my thought process between these two fields : ethics and psychomotricity. I will try to understand how ethical dilemmas affect the psychomotrician's soft skills, to finally share my reflections on the space of psychomotricity in ethical decisions.

Hepatic transplant – Ethical dilemmas – Psychomotrician's soft skills – Therapeutic relationship – Empathic attitude