



HAL
open science

Connaissances et reconnaissance : quelles perspectives d'avenir et quels enjeux pour la profession ?

Marion Anquetil

► **To cite this version:**

Marion Anquetil. Connaissances et reconnaissance : quelles perspectives d'avenir et quels enjeux pour la profession ?. Psychologie. 2019. dumas-02177967

HAL Id: dumas-02177967

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02177967>

Submitted on 9 Jul 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.

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

**Connaissances et reconnaissance :
quelles perspectives d'avenir et
quels enjeux pour la profession ?**

**Entre hier, aujourd'hui et demain : Être
psychomotricien et exercer la psychomotricité.**

ANQUETIL Marion

née le 16 décembre 1996 à Gonesse (95)

Juin 2019

Directeur de mémoire :

Denis GRABOT

Remerciements

Cinq années se sont passés depuis l'obtention de mon baccalauréat, et depuis quatre ans je me suis engagée dans la voie de la psychomotricité, ce mémoire en est l'aboutissement : la fin d'une formation et le début d'une profession. Pour réaliser ce mémoire, j'ai pu compter sur des aides précieuses, que je souhaite ici remercier :

- L'ensemble de mes **maîtres de stage** et **structures** qui m'ont accueillie, qui m'ont montré leurs voies et qui m'ont fait confiance : Isabelle M., Jonathan B., Hélène R., Lucie K., Noémie M., Axelle D., Hélène R., Amel J., Maud B. et François D. ;
- Les **équipes** pour le partage de leurs métiers et leurs conseils avisés : agents de services hospitaliers, aides-soignants, psychologues, animateurs, infirmiers, et ergothérapeutes ;
- Les **patients, résidents, et usagers**, nos rencontres ont été un temps précieux dans ce parcours de formation ;
- L'équipe pédagogique et administrative de **l'IFP** pour leurs enseignements passionnés et passionnants ;
- **Denis G.** pour sa réactivité, son soutien et ses précieux conseils ;
- **Martine N.** pour son accompagnement et les conseils qu'elle m'a apportés tout au long de l'année ;
- **Léa F., Élodie M.** pour leurs talents graphiques ;
- L'ensemble des **camarades** des trois années de formation et toutes les **rencontres** que j'ai pu faire par delà la France et l'Europe, qui m'ont tant apportées, par leurs témoignages, leurs doutes, leurs espoirs, et qui m'ont inspiré ce mémoire ;
- Mes camarades de **promotion**, et tout particulièrement le **groupe 1**, pour tant d'expériences vécues et de chemin parcouru ;
- **Betsy G., Laura B., Laly R., Anne Le B., Florian L., Valentin G.**, votre soutien infaillible a donné des ailes à ce mémoire ;
- Ma **famille**, de près ou de loin, fondamentale, pour votre patience et votre force ;
- Merci à toi, **Damien**, quand je ne sais plus, tu me permets de continuer d'être ;

*et Merci à **Vous**, qui n'êtes pas loin, juste de l'autre côté du chemin...*

Avant-propos

« - Au commencement des temps, il n'y avait rien. Et puis, boom ! Le Big Bang envoya six cristaux élémentaires dériver à travers un univers encore vierge. Chacune de ses Pierres d'Infinités contrôlent une des données élémentaires de l'existence.

– L'Espace, la Réalité, le Pouvoir, l'Âme, l'Esprit et le Temps. »

Docteur Strange et Wong dans *Avengers, Infinity War (film)*, 2018.

Ces pierres de l'infinité peuvent être envisagées comme l'allégorie de ce qui constitue l'être humain. Il est même expliqué dans cet univers que le corps doit être assez fort pour pouvoir supporter le pouvoir de ces gemmes. La métaphore est donc toute trouvée : le corps comme support de l'âme et de l'esprit qui évolue dans un espace-temps relatif à sa propre réalité et qui confère à l'individu du pouvoir.

Ces pierres donnent l'opportunité de neutraliser la moitié des êtres vivants dans l'univers, se pose alors la question des limites et du cadre : une seule personne peut-elle vraiment maîtriser tous ces domaines sans se perdre ?

Il est intéressant de constater que ces caractéristiques de l'être humain (qui lui confèrent la vie) sont représentées par des pierres : c'est-à-dire des objets inertes, sans vie, extérieures à lui, dont la manipulation est dangereuse, voire mortelle.

Si le 7^e art est le reflet de notre société, ce film met en avant des priorités en mouvance : l'égalité hommes/femmes, l'écologie, la préservation des ressources naturelles, la conquête spatiale, le pouvoir, et la solidarité (migration, terrorisme).

Il est intéressant de nous interroger, en préambule, sur notre société actuelle et sur un succès cinématographique mettant en scène des sur-hommes, se battant contre un anti-héros ; pour qui les pouvoirs maléfiques consistent à maîtriser des aptitudes communes : des aptitudes qui font de l'être humain un sujet, qui sont « élémentaires de l'existence ».

La question religieuse originelle du monde est également balayée, les représentations du monde et de soi chez les jeunes d'aujourd'hui sont différentes de celles d'époques passées : le référentiel culturel dans lequel évolue le système de santé évolue.

Les *Avengers* auraient pu alors faire appel à un psychomotricien afin de préserver ces pierres : conservation des repères temporo-spatiaux, maintien du contact avec la réalité, gestion du sentiment de toute-puissance et rupture du dualisme corps/esprit.

Ce film pose une question essentielle : les besoins fondamentaux de l'être humain seraient-ils, aujourd'hui, réduits en objets de consommation de l'imaginaire ?

Liste de sigles

- **AFEPP** : Association Française des Étudiants et Professionnels en Psychomotricité.
- **AFPL** : Association Française des Psychomotriciens Libéraux.
- **ANEP** : Association Nationale des Étudiants en Psychomotricité.
- **CEDIFP** : Collège des Équipes de Direction des Instituts de Formation en Psychomotricité.
- **EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.
- **ESA** : Équipe Spécialisée Alzheimer.
- **FAM** : Foyer d'Accueil Médicalisé.
- **FFP** : Fédération Française des Psychomotriciens.
- **HAS** : Haute Autorité de la Santé.
- **IFP** : Institut de Formation en Psychomotricité.
- **IME** : Institut Médico-Éducatif.
- **IUSR** : Institut Universitaire des Sciences de la Réadaptation.
- **LMD** : Licence/Master/Doctorat.
- **MMOPR** : Médecine/Maïeutique/Odontologie/Pharmacie/Réadaptation.
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.
- **PACES** : Première Année Commune aux Études de Santé.
- **SNUP** : Syndicat National d'Union des Psychomotriciens.
- **SSR** : Service de Soins de suite et de Réadaptation.
- **UCC** : Unité Cognitivo-Comportementale.

Sommaire

Remerciements.....	2
Avant-propos.....	3
Liste de sigles.....	4
Sommaire.....	5
Introduction.....	6
Partie 1. Entre hier et aujourd'hui : être psychomotricien.....	8
I. Des origines du corps aux théories de grands esprits.....	8
II. Devenir psychomotricien.....	18
III. Être psychomotricien.....	25
Partie 2. Une profession aux multiples facettes : quelles modalités d'exercice pour la psychomotricité ?.....	32
I. La psychomotricité comme rééducation des fonctions psychomotrices ?	32
II. La psychomotricité comme thérapie du sujet ?	43
III. L'articulation en clinique.....	51
Partie 3. Quels enjeux et quelles perspectives d'avenir pour la profession ?	60
I. Identifier les enjeux pour demain.....	60
II. Quel(s) avenir(s) pour la formation?	68
III. Quel(s) avenir(s) pour la profession ?	78
Conclusion.....	82
Table des matières	84
Bibliographie	89
Annexes	95

Introduction

Au cours de mes années de formation, j'ai eu l'opportunité d'intégrer diverses associations : j'ai pu participer aux congrès du Syndicat National d'Union des psychomotriciens (SNUP) sur l'image du corps en 2017 ainsi que celui de 2018 sur la sensorimotricité. J'ai également participé en 2018 au congrès *corps et psyché* sur la question de la psychopathologie ; au congrès 2017 de l'Association Nationale des Étudiants en Psychomotricité (ANEP) sur l'ethnopsychomotricité et celui en 2018 sur l'adolescence. De même, j'ai pu partir au Népal dans le cadre d'un projet de solidarité ; j'ai été vice-présidente de l'association Bordelaise des Étudiants en psychomotricité, ainsi que déléguée de ma promotion ; je suis élue étudiante au conseil de collège santé et chargée de mission enseignement supérieur et recherche auprès de l'ANEP : autant de multiples expériences enrichissantes pour mon mémoire.

Toutes ces opportunités m'ont permis de rencontrer des étudiants de toute la France, et ainsi de discuter de nos formations et de m'intéresser à une multitude de sujets qui interrogent l'avenir de la psychomotricité : le master, la recherche en psychomotricité ou bien encore la psychomotricité et le virtuel ; tant de questionnements qu'il faudra prendre en compte dans notre profession à l'avenir. Dans ce contexte de rencontres et d'échanges, je me suis alors demandé quelle serait la place du psychomotricien de demain dans une société qui se transforme perpétuellement et dont les besoins en santé évoluent au fil du temps.

« L'être vivant ne survit que parce qu'il est adapté au milieu. Un sujet non adapté voit ses chances de survie diminuer » [97, p.1]. La psychomotricité n'est pas une discipline de l'urgence vitale, toutefois, elle intervient dans un contexte emprunt d'inquiétudes et d'attentes qui place le psychomotricien comme acteur du bien-être du patient, de son « mieux-être ». Il participe donc à augmenter les chances de survie du patient. « *Qu'est-ce qu'un psychomotricien ?* » ou plutôt « *qu'est-ce qu'être psychomotricien ?* » C'est une question que j'ai entendue à de nombreuses reprises au cours de ma formation. Il n'y a pas de réel consensus sur la définition de la psychomotricité. On ne peut pas réduire le travail pluriel de psychomotricien en quelques mots, pourtant cela faciliterait la reconnaissance de la profession. Lorsque j'évoque mes études en psychomotricité, on me demande souvent « c'est pour faire quel métier ? ». Comme si, d'une certaine façon, cette profession ne s'auto-suffit pas et qu'elle est un préambule vers une autre voie. Ce sentiment, on le retrouve aussi si l'on s'intéresse au parcours après le diplôme des étudiants.

Le sujet est au coeur de la psychomotricité et cette dernière est au croisement des disciplines médicales. Les matières éclectiques enseignées durant trois ans telles que la psychiatrie, la psychologie, la pédiatrie, la physiologie, ou encore l'anatomie, sont autant de preuves (s'il en était besoin) que l'étudiant en psychomotricité apprend à maîtriser de multiples connaissances. La psychomotricité se situe au carrefour de l'équipement neuro-sensoriel et de la sensori-motricité ; est au carrefour d'une multitude de discipline ; et puise ses références tant du côté du soin que des métiers du social.

Riche de ces questionnements, je réalise mes stages de troisième année au sein d'un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ainsi qu'au sein d'un cabinet libéral. J'ai également pu faire des stages dans de nombreuses structures comme en crèche, au sein d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA), en foyer d'accueil médicalisé (FAM), en service de soins de suite et de rééducation (SSR), en unité cognitivo-comportementale (UCC), en hôpital de jour, en institut médico-éducatif (IME), en service d'addictologie ainsi qu'en équipe spécialisée Alzheimer (ESA). Toutes ces expériences m'ont permis d'apprécier la richesse du métier en fonction des populations, des problématiques de chacun et du lieu d'exercice.

C'est au plus près de la clinique que je mesure l'importance de m'interroger sur une étiquette professionnelle : celle-ci permet d'être à la fois mieux identifiés auprès de l'entourage du patient, validés par l'institution, mais elle enferme aussi parfois dans une pratique qui oublie que le patient est au centre du travail et que c'est à partir de lui que sont élaborées les séances.

Connaître signifie avoir présente à l'esprit l'idée plus ou moins précise ou complète d'un objet abstrait ou concret, existant ou non ; reconnaître s'apparentant davantage à la notion d'identifier. La psychomotricité, dans sa dimension plurielle, rend sa simplification presque impossible. Pour chaque profession, sa reconnaissance passe pourtant par une simplification, ou du moins, une réduction. Les médecins sont ainsi de simples prescripteurs, les orthophonistes font apprendre à lire et les kinésithérapeutes massent. Les métiers sont beaucoup plus riches, mais leur réduction a permis une reconnaissance accrue car facile. Ces métiers sont plus identifiés, mais l'idée que l'on s'en fait est réduite : il y a donc un compromis perpétuel à trouver entre la reconnaissance et la connaissance, un deuil narcissique à faire pour chacun afin de trouver le juste écho auprès du patient.

Qu'est-ce qui nous rassemble en tant que psychomotriciens ? Quelle identité, quels moyens et quels enjeux pour la psychomotricité de demain ? J'aimerais que ce mémoire éclaire, au moins partiellement, les spécificités de notre profession, autant qu'il questionne sur l'importance d'une reconnaissance de celle-ci. Il a pour vocation de mettre en lumière des éléments de la profession et de la formation que l'on peut mettre au travail, réfléchir, et discuter, pour soi-même et à plusieurs.

Après avoir décrit dans une première partie la pluralité théorique dans laquelle s'origine la psychomotricité ainsi que le parcours pour devenir psychomotricien et les spécificités « d'être psychomotricien » en France et dans le monde, j'évoquerai une réflexion autour de l'exercice de la profession selon les conditions dont dispose le professionnel. Enfin, nous interrogerons les perspectives d'avenir de la profession. Après avoir vu le passé et le présent de la profession et de la formation, quelle place pour la psychomotricité à l'avenir dans le paysage sanitaire français ?

Partie 1. Entre hier et aujourd'hui : être psychomotricien

I. DES ORIGINES DU CORPS AUX THÉORIES DE GRANDS ESPRITS

A. Une société en mutation

I.A.1. Le corps

Ce qui nous distingue au premier regard en tant qu'être humain, c'est autant notre intelligence, notre capacité au langage, que notre corps. Ce corps qui porte en lui et sur lui les traces de notre passé et qui est le témoin de notre personnalité. En effet, par sa couleur tout d'abord, mais aussi par le choix des vêtements, le port d'un signe religieux ou bien la marque indélébile sur notre peau (tatouages, scarifications), le corps est devenu au fil des mutations de la société, le symbole d'une liberté ou d'une répression de l'individu. Il est le support de notre identité et porte en lui le sentiment d'existence de soi : il n'y a pas de sujet sans corps.

Il est également investi par le bain socio-culturel et économique dans lequel le sujet évolue. Il est le témoin de l'appartenance à un groupe et le reflet de l'action de l'environnement sur la construction identitaire des hommes : on peut parler d'un corps social.

Le corps se retrouve ainsi instrumentalisé, symbolisé au cours de la vie mais également dans la mort. On assiste déjà à cela au temps des égyptiens où la conservation des corps inertes, tels qu'ils étaient de leurs vivants, était gage pour l'âme de rejoindre *Osiris* au royaume des morts et ainsi pouvoir accéder au repos éternel. On meurt avec un corps que l'on s'est façonné : notre « dernier » corps n'est pas identique à celui avec lequel on est né : les égyptiens témoignaient déjà du lien intime entre l'âme et le corps, entre une entité matérielle et immatérielle.

Le corps dans la mort est toujours questionné à l'heure actuelle, la science s'est emparée de la question. Pour une élite de la société, il est ainsi possible de recourir à la cryogénéisation qui permet de congeler le corps dans le cas d'un avenir meilleur. La richesse et la science proposent donc une alternative à la mort : « l'immortalité endormie ».

Avec Hippocrate, le sujet ne peut être en bonne santé qu'à travers l'équilibre de ses quatre humeurs. Il faut donc comprendre ici que c'est à partir du mouvement de quatre flux corporels que le sujet entier est en bonne santé. On y voit ici les prémices de la physiologie, de l'importance d'un équilibre, (homéostasie) qui régit la santé de l'individu. C'est ainsi au travers des progrès de la médecine que le corps va se transformer en un objet de savoir. La croyance en Dieu est petit à petit remplacée par la croyance en la science, siège du pouvoir médical, qui promet une jeunesse éternelle à une population dont l'espérance de vie ne fait que s'accroître.

Une troisième entité est également à questionner : le cerveau. Celui-ci est disséqué et étudié car il permettrait de donner les réponses aux questions philosophiques fondamentales. **R. Descartes** parle ainsi de la glande pinéale qui se situe dans le cerveau. Pour **B. Spinoza** « ce n'est pas l'esprit qui

permet de faire la distinction entre les corps, c'est le corps qui permet de différencier les esprits » [67, p. 162].

Le dualisme sera *canonisé* par **R. Descartes** et **B. Spinoza** dans leurs respectivement célèbres « je pense donc je suis » et « je suis donc je pense ». La psychomotricité rend compte pourtant du lien indissociable entre le corps et l'esprit. Elle s'appuie ainsi sur un monisme qui ne lui revient plus à prouver mais à faire éprouver au patient.

On remarquera que cette ambivalence entre dualisme et monisme est portée par le nom lui-même : la psycho-motricité. Le trait d'union (ou de désunion ?) [89] a été enlevé, est-ce le symbole suprême d'un monisme accepté ? La suppression de ces traits d'union fait également écho à « l'assemblage » des compétences du psycho- (thérapie) -motricien (rééducation) que nous aurons l'occasion de rediscuté.

La dichotomie entre une fonction corporelle de désir et la fonction locomotrice et cérébrale de raison est prégnante. Il faudra attendre **André Vésale** pendant le XVI^e siècle pour que la première autopsie publique et officielle soit réalisée. Le corps humain passe ainsi d'une enveloppe charnelle à un puzzle d'organes et de connections aux mystères qu'il revient à la médecine d'élucider. Le corps humain reste sacré pendant plusieurs siècles dans une société occidentale empreinte de la religion chrétienne : il n'est donc plus question d'ouvrir ce corps.

Jusqu'au XVIII^e siècle, avant l'arrivée du système métrique, les unités de mesure étaient corporelles, on mesurait en « pouce » et en « pied », le corps était alors le référentiel principal de la science.

I.A.2. La société comme liaison ou lésion des corps ?

« Certains esprits désincarnés se représentent le corps comme une masse flasque et pesante que l'on traîne avec douleur. L'homme est jugé à sa taille et son poids. Il est jugé à travers sa couleur. Tout le monde sait que derrière la couche de peau il existe des muscles qui se contractent d'après les lois physiologiques bien précises, qu'à l'intérieur il existe des viscères qui exercent des fonctions mécaniques diverses, que le chirurgien comme un jardinier peut tailler et greffer, mais tout cela est considéré comme de la matière corrompible » [2, p.137].

Dans notre société contemporaine, le corps est autant sujet/objet de consommation (fétichisé dans la publicité), que sujet/objet de racisme. La couleur de la peau est ainsi indice d'intégration (ou non) dans les sociétés : « le corps étranger devient le corps étrange » [72]. Il est porteur de l'étrangeté et du vice.

Comme en témoigne l'époque de la découverte du virus du SIDA où les questions du corps comme « vecteur de mort » le rendait intouchable et dangereux. Cette méfiance qui lui est attirée révèle l'importance de celui-ci comme vecteur de relation au monde comme le décrivent les phénoménologues. Les individus atteints de cancer (surtout les femmes) se retrouvent également confrontés au regard des autres, notamment avec la perte de leurs cheveux qu'entraînent les traitements. Depuis le 2 avril 2019, les perruques synthétiques sont mieux prises en charge et remboursées par la sécurité sociale : « pour Vanessa : "Mes cheveux, c'était une partie de mon

identité". Pour être en accord avec le reflet dans le miroir, mais aussi par peur du regard des autres, elle a choisi de porter une perruque pour traverser sa chimiothérapie » [56].

Le corps est social mais aussi sensoriel. Au travers des cinq sens nous appréhendons notre environnement. Si l'on suit l'ontogenèse, l'individu touche, goûte, sent, entend et voit. On peut rajouter qu'il perçoit (proprioception), qu'il se repère (kinesthésie), et qu'il bouge : **A. Berthoz** parle ainsi du mouvement comme 6e sens [88, p.163]. Privé d'un ou de plusieurs sens, que reste-t-il alors de notre humanité ?

Prenons l'exemple de la cécité. Pour **B. Spinoza** l'imperfection, que nous rapprochons de l'anormalité, n'est qu'un mode de penser que nous forgeons en comparant entre eux des individus de même genre : « ainsi, il n'y a jamais de manque effectif dans la nature. L'aveugle est dit privé de vue par comparaison avec d'autres hommes qui ne sont pas atteints de cécité, mais il n'en est pas privé dans l'absolu, car il n'appartient pas à sa nature actuelle de voir, soit de naissance, soit par accident » [67, p.163]. Un siècle plus tard, **D. Diderot** explique que le monde est dicté par notre condition humaine : dans un monde avec une prédominance de personnes aveugles, les codes sociaux seraient différents. Il n'y aurait plus de notion d'atteinte à la pudeur et l'importance que l'on accorde aujourd'hui à l'aspect visuel des choses serait réduit à néant. Il continue en expliquant que le toucher deviendrait un moyen de communication primordial, tout serait à appréhender différemment. Chaque sens est donc important et fait partie du développement de l'individu mais n'est pas indispensable puisqu'une suppléance ou un remplacement par un autre (comme le toucher) serait efficaces [66].

« Nous arrivons à éprouver de la compassion pour un cheval qui souffre mais nous pouvons écraser sans scrupule une fourmi » [67, p;260] : ce n'est donc pas avec n'importe quelle acuité visuelle que l'on voit le monde, les conditions sont pré-établies et le libre-arbitre absolu semble relatif.

Par ailleurs, les vêtements ne sont plus l'unique signifiant du statut social et le corps vient prendre une place préminente. Le surpoids est ainsi passé d'une preuve de bonne santé, d'abondance de nourriture (haut rang social) ; à un indice de mauvaise nutrition (représentation d'une catégorie sociale défavorisée). Les vêtements restent cependant un code social majeur : la blouse est ainsi l'uniforme du personnel en santé et l'on peut s'interroger sur sa portée symbolique dans la société et auprès du patient.

I.A.3. L'enfant

La place de l'enfant progresse. L'enfant est d'abord utilisé par les employeurs pour *travailler*, puis il est *étudié* : l'enfance est ainsi une période de bouleversement psychique et physiologique aux nombreux mystères dont s'empare la psychanalyse de façon privilégiée. Aujourd'hui, l'enfant est davantage *écouté*. L'école obligatoire jusqu'à 16 ans depuis 1959 place l'éducation au cœur des priorités sociétales et gouvernementales.

L'aide sociale à l'enfance est créée en 1945. Tout un corps de magistrats apparaît (juges et tribunaux pour enfants), protégeant ainsi cette catégorie de la population. L'enfant est considéré comme un adulte en devenir, pourvu de droits et de liberté, non responsable pénalement de ses actes mais

bien responsable de ses pensées. On retiendra aussi les lois du travail et la convention internationale des droits de l'enfant en 1989 qui assure à l'enfant sa place individuelle dans la société.

La reconnaissance d'une pleine autonomie de pensées et de décisions pour l'enfant est donc reconnue depuis peu de temps. Le considérer comme un sujet pensant et maître de son corps permet de l'envisager comme acteur de sa prise en charge et non plus comme objet de soin.

I.A.4. La femme

Le XXe siècle marquera également un tournant pour la place de la femme dans la société. Ces changements modulent la vie médicale, certaines dates clés [41] le démontrent :

- **1928** : Loi instituant le congé maternité
- **1965** : Les femmes peuvent exercer une profession
- **1967** : La loi Neuwirth autorise la contraception
- **1975** : La loi Veil autorise l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), confirmée en 1979
- **1982** : L'IVG est remboursée par la Sécurité sociale

La femme rentre ainsi dans le paysage médical en tant que patiente, avec la diversification des prises en charge notamment du côté de la gynécologie. Elles occupent aussi des postes dans le médical, timidement d'abord puis elles sont de plus en plus présentes aujourd'hui. La part féminine des professionnels en psychomotricité représente ainsi actuellement plus de 88% à l'échelle nationale.

I.A.5. La vieillesse

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le vieillissement correspond à un « processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps ». Selon l'OMS, l'individu devient âgé à partir de soixante-cinq ans.

La question la plus épineuse aujourd'hui restant « à quel âge est-on vieux ? » Si l'on demande à une personne de 60 ans ou à une personne de 90 ans si elle se sent vieille, la réponse ne sera pas la même (mais pas forcément dans le sens que nous pensons). « Être vieux » est un état subjectif, une impression intime qui se perçoit et se ressent. *Quelle est la limite, le seuil qui nous fait basculer de la jeunesse à la vieillesse ? la retraite, la ménopause, l'apparition de la première ride, du premier cheveu blanc, les petits-enfants, le passage des cent ans, le handicap ?* L'OMS propose un seuil théorique mais l'on voit bien qu'en pratique, les frontières sont plus floues. Le point de vue physiologique et la mort programmée de nos cellules place le seuil plus précocement : nous vieillissons à partir du moment où nous naissons.

Dans l'antiquité, la vieillesse est symbole de sagesse, la personne âgée est celle qui détient le savoir et donc, le pouvoir. La représentation contemporaine semble davantage glisser de la figure du patriarche à celle du vieillard. En revanche, depuis le 13 mars 1985, en France, le mot « vieux » est remplacé par « personne âgée » dans les textes de loi.

La vieillesse est aujourd'hui néanmoins davantage associée au handicap, à la perte de capacités (notamment avec les démences) et au placement en institution. La dégradation des capacités cognitivo-corporelles semblent inévitables et le « jeunisme » fait rage, tant dans l'avancée médicale, qu'exposé en publicité. Vieillir est au centre des questions économiques tant pour la famille, que pour les institutions et l'État : est-ce le reflet d'une société qui dorénavant « consomme » sa santé ?

« Si la vieillesse devient une faute de goût et la mort un manque de savoir-vivre, le corps est nécessairement cette forme mal polie qu'il faut corriger au bistouri. La haine de la chair a plus d'un tour dans son sac et peut se nourrir de la chasse à la ride et à la mauvaise graisse » [67, p.256].

I.A.6. Le handicap

Le statut des personnes porteuses de handicap a également vécu une mutation au cours des âges, passant d'une ignorance durant l'antiquité à une reconnaissance au Moyen-Âge. Durant cette période, on vit la création des hospices : par peur, on enferme ces gens dont on ne maîtrise pas les particularités. Au cours du siècle des lumières, on assiste avec **l'Abée Charles Michel de l'épée**, notamment pour les jeunes sourds, à une évolution des idées sur le handicap.

Il faudra attendre les lois de 1898 sur la responsabilité de la collectivité pour permettre aux personnes handicapées l'accès au travail ainsi que les lois Ferry pour l'accès à l'éducation. Ces lois marqueront le début d'un long travail qui continue encore aujourd'hui pour l'inclusion des personnes handicapées dans la société ; comme en témoigne la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ».



LA TRISOMIE 21 N'EST PAS CE QUE JE SUIS, JUSTE CE QUE J'AI

On voit toutefois que la dichotomie entre *être* handicapé et *avoir* un handicap est toujours prégnante. Cette subtilité est aujourd'hui mise en lumière par des parents d'enfants porteurs de la trisomie 21. Sur le site internet, *Le Huffington Post*, est présente une campagne publicitaire où sont cassés les clichés et préjugés que l'on peut avoir. Cette campagne rappelant ainsi que « la trisomie 21 n'est pas ce que je suis, juste ce que j'ai » [54].

Les nouvelles technologies ont aussi permis de changer de regards sur le handicap et la maladie : de nombreuses vidéos ont vu le jour sur la plateforme *Youtube* avec des témoignages au quotidien de personnes atteintes de handicaps ou de maladies chroniques. Les nouveaux smartphones permettent également de faire des communications vidéos, ce qui facilite les échanges des personnes sourdes et malentendantes qui peuvent ainsi communiquer virtuellement en langue des signes.

Le rapport établi par la la rapporteuse spéciale des nations unies sur les droits des personnes handicapées sur sa visite en France, stipule en point 24 et 25 qu'« actuellement, les places offertes par

le secteur médico-social se répartissent pour 70 % en établissements médico-sociaux et pour 30 % en accompagnement par un service de soins. L'objectif est d'atteindre une répartition égale de ces places, soit d'offrir 50 % de l'offre médico-sociale sous forme de places en services de soin, au terme du plan quinquennal. Ainsi, cette stratégie quinquennale (2017/2021) doit permettre à terme pour 50 à 80 % des enfants scolarisés en unité d'enseignement d'accéder à une modalité de scolarisation en milieu ordinaire avec appui des services médico-sociaux aux établissements scolaires » [90, p.5]. L'orientation gouvernementale est donc à l'inclusion des personnes porteurs d'un handicap dans le milieu ordinaire.

L'ensemble de ces progrès est à mettre en lumière avec des vécus de discrimination et de combat sociétal. Par crainte de la discrimination, c'est la relation qui est évitée. On peut ainsi parler de handicap social comme avec la transidentité. C'est le regard des autres sur le corps non sexué dans les cases ordinaires qui crée le handicap. Le corps est donc ici la source de handicap en ce qui l'a d'« a-normal ».

Les changements de regards et les évolutions sociétales ont nourri un terreau fertile pour l'émergence de pensées unifiant davantage le corps et l'esprit. Les découvertes théorisées au cours du XXe siècle sont empreintes de ce que vivaient ceux qui les ont découvertes à l'époque. Au XXe siècle, les courants de pensées se développent, avec l'émergence de théories notables (dans divers domaines) sur lesquelles la psychomotricité va s'appuyer. Quels sont alors ces domaines ? La psychomotricité n'est-elle donc que le résultat de leur addition ?

B. L'héritage théorique du XX^e siècle

Le siècle dernier a été le berceau de la psychomotricité. Son histoire commence au XIX^e siècle : en témoignent la rééducation de Victor de L'Aveyron (diverses expériences stimulantes et qui sera étudiée par Itard en 1800), et la première utilisation du terme psychomoteur par Griesinger en 1844.

Que possède le XX^e siècle de si particulier ? Deux guerres mondiales entre autres, une révolution industrielle et un baby-boom. La guerre a eu le funeste destin de servir de laboratoire psychologique et médical à l'échelle mondiale. Au cours de la première guerre mondiale, les corps sont utilisés en « chair à canons ». Au cours de la deuxième guerre mondiale, les corps deviennent objet de recherche médicale (les expériences du docteur Mengele sur les jumeaux à Auschwitz par exemple) et de ségrégation raciale. Ces circonstances ont favorisé l'émergence de nombreuses découvertes scientifiques qui ont remis en question le savoir médical.

Ainsi, par exemple, en 1945, **R. Spitz** met en avant le syndrome d'hospitalisme auprès d'enfants de moins de trois ans privés d'affects et de contacts parentaux à la suite de la seconde guerre mondiale. Le travail plus tard sur l'attachement y trouve son origine. R. Spitz met en avant le fait qu'une nourriture physique et les soins médicaux ne suffisent plus, mais qu'une nourriture psychique et affective sont également nécessaires à la survie du petit homme.

La France fait face à ses gueules cassées, à ses traumatisés, et à ses nouveaux métiers : Quelle médecine pour quels troubles ?

I.B.1. Jean-Martin Charcot (1825 - 1893)

Il faut remonter à la fin du XIX^e siècle, pour appréhender l'émergence de la neurologie moderne. Neurologue français, **Jean-Martin Charcot** a révolutionné l'approche des maladies psychiatriques, telle que l'hystérie, en cherchant à trouver l'origine physiologique et neuronale de celles-ci. Il fut aussi le premier à utiliser l'hypnose comme traitement. Précurseur de la psychopathologie, il souhaite trouver l'intrication systématique entre une cause neuronale et un effet somatique, délaissant complètement les enjeux psychologiques.

L'avènement de l'hypnose bouleverse la société car elle rappelle les questionnements autour d'un corps et d'une pensée séparés mais qui peuvent tout de même interagir entre elles. Le cœur de la problématique dualiste est alors ravivé : comment le corps et l'esprit peuvent-ils communiquer s'ils constituent tous deux des entités distinctes ? **Guy de Maupassant** dans sa nouvelle fantastique *le Horla* [74] nous dresse ses réflexions en 1887, la littérature se faisant ainsi l'écho de la pensée de l'époque : l'hypnose « lui vole sa pensée, c'est-à-dire son âme, l'âme, ce sanctuaire, ce secret du Moi, l'âme, ce fond de l'homme qu'on croyait impénétrable, l'âme, cet asile des inviolables idées, de tout ce qu'on cache, de tout ce qu'on aime, de tout ce qu'on veut céder à tous les humains, il l'ouvre, la viole, l'étale, la jette au public ! N'est-ce pas atroce, criminel, infâme ? » [74, p.163].

On voit les inquiétudes de l'être humain à propos d'une thérapie qui vient agir sur son intériorité psychique et physique, sur un soi « inviolable ». En ce qui concerne ce secret du «Moi», c'est Sigmund Freud qui apportera un éclairage théorique quelques années après.

I.B.2. Sigmund Freud (1856 - 1939)

J-M.Charcot fut notamment le professeur de **Sigmund Freud** qui poursuivit ses recherches sur l'hystérie et qui créera sur plusieurs années des concepts fondateurs de la psychanalyse, qu'il nommera ainsi en 1896. Le but ? Dénouer des troubles psychiques médicalement intraitables. On voit là déjà l'intérêt d'énoncer une alternative nécessaire à des traitements médicamenteux qui ne sont pas toujours efficaces. Les concepts Freudien nous permettent aujourd'hui encore d'envisager l'autre et de comprendre le psychisme sous le prisme psychanalytique. Ses concepts majeurs sont les deux topiques : la première sur le pré-conscient, le conscient et l'inconscient, puis en 1920, il rajoutera le moi, le surmoi et le ça.

S. Freud, à travers ses essais sur la théorie sexuelle, va jeter un regard neuf sur le développement de la personnalité. Il évoquera le refoulement, le complexe d'Oedipe et le transfert. Il révolutionnera la psychothérapie avec l'association libre et l'interprétation des rêves.

Mais S. Freud oublia, si l'on peut dire, une donnée à ces équations : le corps. Pour lui, le soma est à la source de la pulsion, mais il n'est pas nécessaire de l'étudier : le corps est un corps anatomo-physiologique et sa connaissance n'éclaire pas la psychologie.

I.B.3. Henri Wallon (1879-1962)

Henri Wallon s'intéressa au développement et à la psychologie de l'enfant. Il mis en évidence le caractère multi-factoriel du développement de l'enfant : un facteur biologique influençant le système nerveux central et un facteur social intervenant dans les interactions entre l'enfant et son milieu. H.Wallon va mettre en évidence l'impact de l'environnement sur le sujet : l'homme est un être « bio-psycho-social » dira **F. Engels**.

H.Wallon suggère que le développement du sujet est discontinu et que c'est au travers de crises, que le remaniement, et donc la maturation psychique, s'opère. Selon lui, ce n'est plus un âge qui détermine un stade de développement mais bien l'acquisition d'un ensemble de conduites psychologiques. Cette prise en compte de l'environnement va permettre à H. Wallon de proposer un concept fondamental en psychomotricité : le mouvement reflète nos interactions avec le milieu, il parle ainsi d'un dialogue moteur.

Henri Wallon s'intéresse au corps : il introduit le stade du miroir qui sera repris plus tard par Jacques Lacan. L'enfant croit ainsi être l'image qu'il voit, il est donc d'abord extérieur à lui. C'est à lui également que l'on doit la conception dynamique du schéma corporel.

I.B.4. Jean Piaget (1896 - 1980)

Un autre nom est important lorsque l'on s'intéresse à la psychologie de l'enfant, il s'agit de **Jean Piaget**. L'oeuvre de ce dernier aboutit à une théorie de l'intelligence. J. Piaget met ainsi en lumière trois concepts que sont l'adaptation, l'intégration et l'équilibration. Il propose quatre stades de l'intelligence dont la première, l'intelligence sensori-motrice, est particulièrement riche et intéressante pour le psychomotricien.

À l'inverse d'H. Wallon, J. Piaget énonce que le développement de l'intelligence est linéaire et que l'intelligence se transforme au travers de l'assimilation et de l'accommodation réalisées en permanence par l'enfant face à une nouvelle expérience. J. Piaget rejoint H. Wallon sur le rôle de l'environnement dans la construction du sujet ; mais là où pour H. Wallon, il y a un fondement biologique à l'émotion, chez J. Piaget, l'affectivité qui colore nos actions ne peut se manifester qu'en s'appuyant sur nos ressources intellectuelles.

J.Piaget qui intègre donc le courant de la psychologie du développement met en évidence le débat entre l'inné et l'acquis. La psychomotricité ne peut pas faire l'économie de celui-ci : le psychomotricien appréhende les acquisitions psychomotrices du sujet qui émergent sur un terrain génétique inné.

I.B.5. Donald Woods Winnicott (1896 - 1971)

L'environnement est donc un acteur dans le développement de l'individu et **Donald Woods Winnicott** va se concentrer sur ces interactions entre le sujet et son milieu. Il va ainsi s'intéresser aux

interactions précoces entre la mère et son enfant. Il va mettre en évidence le concept du *holding*¹ dans le rapport mère-enfant. D. W. Winnicott évoque aussi le *handling* (soins apportés au bébé) et l'*object presenting* : c'est-à-dire la capacité pour la mère (le parent) de répondre aux bons besoins de son enfant au bon moment (sein, biberon). Pédiatre avant d'être psychanalyste, Donald W. Winnicott connaît bien les enfants : il explique que d'une fusion primaire sans distinction de corps et de psyché pour le bébé (par rapport à sa mère), l'enfant va peu à peu s'autonomiser. Cette expédition du jeune enfant va se faire via des phénomènes transitionnels. Parmi ces derniers, D. W. Winnicott parle de l'objet transitionnel. Dépassant le clivage moi/non-moi, cet objet est le symbole de l'indépendance gagnée de la mère, d'une conquête du statut de sujet pour l'enfant, et d'une « capacité à être seul ». Ces phénomènes sont donc fonctions de l'étayage parental précoce.

Le psychanalyste s'est davantage concentré sur la mise en place de la relation mère/enfant mais ses travaux tracent un chemin que peuvent emprunter les professionnels de santé. Aujourd'hui, il est davantage pertinent de parler de relation *parent/enfant* au vu de la diversité des modèles familiaux.

Le psychomotricien trouve sa place dans la théorie winnicotienne en son rôle de soutien entre parents et enfants, tant dans le dialogue tonico-émotionnel de H. Wallon, que dans cette approche d'une « mère suffisamment bonne ».

I.B.6. Maurice Merleau-Ponty (1908 - 1961)

La phénoménologie de **Maurice Merleau-Ponty** éclaire aussi la clinique psychomotrice. Elle préconise d'observer et de décrire les choses telles qu'elles sont dans les faits. Voilà un entre-deux théorique significatif dans lequel la psychomotricité s'épanouit : entre l'observation objectivante de tests standardisés et l'interprétation clinique plus subjective qui s'appuie sur l'analyse des enjeux relationnels, non comme base de travail, mais pris en compte dans la dynamique thérapeutique.

Le corps est au centre des avancées de pensées au cours du XX^e siècle; passant du *corps propre* chez M. Merleau-Ponty au *corps réel* et *corps imaginaire* de **Sami-Ali** (né en 1925) : ce dernier propose une théorie psychosomatique de la psychomotricité et avance dans son livre corps réel, corps imaginaire, la première théorie psychanalytique de la discipline.

L. Branchard [11] propose une vision intéressante lorsqu'il découpe une approche phénoménologique sur le sentiment d'existence, une approche psychologique sur la conscience de soi, et une approche psychomotrice qui s'intéresse à l'éprouvé corporel.

I.B.7. Julian De Ajuriaguerra (1911 - 1993)

Père de la psychomotricité, **Julian De Ajuriaguerra** a su être au carrefour de toutes ces disciplines. Expert dans de nombreux domaines, il a démontré l'importance d'une nouvelle profession

¹ « Winnicott désigne par le terme de holding (maintien) l'ensemble des soins de la mère donnés à l'enfant pour répondre à ses besoins physiologiques spécifiés selon ses propres sensibilités tactile, auditive, visuelle, sa sensibilité à la chute et qui s'adaptent aux changements physiques et psychologiques de l'enfant » [7, p.64] : le fait de le porter dans les bras ou de le bercer et un portage psychique aussi : la capacité de la mère à penser les émotions de son enfant.

qui travaillerait sur le développement des fonctions mentales, perceptives et motrices chez le sujet. Il s'est intéressé entre autres aux troubles de l'écriture chez l'enfant et à l'implication de la régulation tonique dans les interactions sociales. La psychomotricité a donc ses lettres d'or dans l'étude d'un « corps en relation ».

Ses collègues du collège de France résument ainsi son oeuvre : «[Son] projet fut de tenter une synthèse des approches de la Psychiatrie qu'il apprit avec Clérambault, Guiraud et Marchand ; de la Psychanalyse dont il fit l'expérience ; de la Neurologie à laquelle l'initièrent les grands neurologues André Thomas, et Lhermitte ; de la Psychologie dont il retint surtout les efforts de synthèse de Piéron et Wallon et l'œuvre du constructiviste Piaget ; et, à la fin de sa carrière, de la Biologie et des théories qui mettent l'accent sur les facteurs génétiques dans le développement » [49].

Julian De Ajuriaguerra a permis non seulement l'émergence de la psychomotricité mais aussi son institutionnalisation avec l'aide de **Gisèle Soubiran**, (1916 - 2012) kinésithérapeute de formation.

I.B.8. D'autres auteurs ont aussi contribué à l'héritage théorique de la psychomotricité :

E.Dupré, neuropsychiatre, décrit en 1907 le tableau clinique de la débilité motrice. Il s'appuie sur un modèle selon lequel les troubles psychomoteurs seraient l'expression clinique de lésions ou de dysfonctionnements de territoires cérébraux correspondant à la fonction mise en jeu. Il décrit ainsi le premier tableau clinique de déséquilibre motrice [6, p.20].

On peut aussi citer **Anna Freud** ou encore **Mélanie Klein** qui s'opposent sur la question de la psychanalyse de l'enfant. M.Klein brise les codes et s'assoit pour jouer avec un enfant. Cela va la conduire à faire de grandes découvertes sur les ressources que le jeu apporte pour la compréhension de l'enfant et de son développement. Le jeu est une médiation souvent utilisée par le psychomotricien, notamment auprès du jeune public.

D'autres concepts ont également leur place dans la pratique psychomotrice. On peut évoquer la théorie de l'attachement de **John Bowlby** ainsi que son concept de résilience, que **Boris Cyrulnik** a vulgarisé et étudié.

La psychomotricité s'appuie également sur la nosographie psychiatrique, qui lui permet de posséder un langage médical commun avec les autres professionnels de santé. Les avancées médicales conjointes permettent de moduler les conditions d'exercice : en 1950 par exemple, la pharmacie rencontre la psychiatrie avec l'apparition du premier neuroleptique, on passe alors de la psychiatrie asilaire à la psychiatrie ambulatoire.

Il est nécessaire de prendre en compte tous ces aspects sociologiques afin de comprendre au mieux les enjeux intra- et inter-individuels qui se jouent dans la relation thérapeutique. En effet, le thérapeute et le patient sont des êtres humains, homme ou femme, jeunes ou âgés et handicapés ou non dont la relation est imprégnée de ces questions sociétales. Ces données s'imbriquent avec les découvertes du siècle dernier qui sont apprises par l'étudiant en psychomotricité et intégrer dans son parcours professionnel (nécessitant une articulation constante).

II. DEVENIR PSYCHOMOTRICIEN

A. La formation en France

II.A.1. Les instituts

Au nombre de six pendant plus de vingt ans, il y a aujourd'hui **15** Instituts de Formation en Psychomotricité (IFP) en France :

- L'institut de **Mulhouse** (68) placé sous la tutelle du Ministère des solidarités et de la santé, est ouvert depuis 2012. L'accès se fait par PACES et il y a 25 places par promotion soit 5 places par ancienne région (Alsace, Bourgogne, Champagne-Ardennes, Franche-Comté et Lorraine). L'institut est public et financé par les Conseils Régionaux ;
- L'institut de **Bordeaux** (33) placé sous la tutelle du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, est ouvert depuis 1974. Il est rattaché à l'université de Bordeaux. Le *numerus clausus* est passé de 55 à 50 places cette année. On y a accès par une année préparatoire attachée à la PACES : il y a 2 places pour Tahiti, 2 pour les Antilles et 2 places supplémentaires pour les sportifs de haut-niveau ;
- L'institut de **Rouen** (76) qui a le statut public universitaire. L'accès se fait par concours et il y a 20 étudiants par promotion ;
- L'institut de la **Pitié-Salpêtrière** (75) placé sous la tutelle du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Il y a 160 étudiants par promotion. On y accède par concours ;
- L'Institut Supérieur Libre de Rééducation Psychomotrice et Relaxation à Paris (**ISRP**) (92) est privé sous contrat. On y accède par concours. Le nombre d'étudiants est de 210 par promotion ;
- L'institut de **Meulan Les Mureaux** (78) placé sous la tutelle du Ministère des Solidarités et de la Santé. Cet IFP est ouvert depuis septembre 2011 et il dépend d'une structure universitaire. Il y a 25 places sur concours, 3 places par la PACES et 2 places pour les étudiants de sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) ;
- L'institut d'**Orléans** (45) par lequel on accède soit par la PACES de Tours ou par la passerelle de première année de licence (L1) STAPS ou biologie. Il y a 25 étudiants par promotion ;
- L'institut de **Toulouse** (31) placé sous la tutelle du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. On y accède par concours et il y a 150 étudiants par promotion ;
- L'institut de **Lyon** (69) placé sous la tutelle du Ministère de l'Enseignement et de la Recherche, il est ouvert depuis 1974 et est rattaché à la faculté de médecine. Le département de psychomotricité fait partie de l'Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation (ISTR) aux côtés d'autres formations

paramédicales (masso-kinésithérapie, ergothérapie, orthoptie, orthophonie et audioprothèse). Il y a 65 places par promotion et l'accès se fait par concours ;

- L'institut de **Lille** (59) placé sous la tutelle du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche est rattaché à une structure associative. Il y a 70 places par promotion et l'accès se fait sur concours ;
- L'ISRP de **Marseille** (13) placé sous la double tutelle du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et du Ministère des solidarités et de la santé. On y accède par concours et le nombre d'étudiants est de 100 par promotion ;
- L'institut de **Hyères-La Garde** (83) a 40 étudiants par promotion. On y accède sur concours ;
- L'institut de la **Réunion** (974) placé sous la tutelle du Ministère des Solidarités et de la Santé. On y accède par concours et il y a 25 étudiants par promotion ;
- L'institut d'**Alençon** (61) ouvert depuis septembre 2017, dépend d'une structure privée pour la formation aux professions paramédicales. Le *numerus clausus* est de 40 places et l'accès est réglementé par un concours ;
- L'ISRP de **Vichy** (03) est le dernier à avoir ouvert ses portes pour la rentrée 2018. On y accède par concours et il a une capacité d'accueil de 60 places.



Ne sont pas représentés sur la carte [35] : l'institut de formation de la Réunion ainsi que celui de Vichy.

Tous les IFP sont agréés par le ministère de la santé. Ils sont ensuite rattachés à une structure privée, hospitalière ou à l'université.

II.A.2. La formation

La formation en psychomotricité en France possède des disparités qui colorent le choix des IFP pour les néo-bacheliers. Le prix de la formation tout d'abord, avec des frais qui peuvent se limiter aux frais d'inscription comme à la Réunion (180 euros) allant jusqu'à près de 10 000 euros/année pour l'ISRP. Ces différences « de frais sont essentiellement liés au fait que, contrairement aux instituts publics, les régions ne sont pas tenues de financer les instituts privés en fonctionnement, reportant ainsi le coût de la scolarité sur l'étudiant » [91, p.9]. Le choix des instituts est donc conditionné par le coût à la fois de l'institut mais aussi de la vie sur place (la vie à Paris n'a pas le même coût que celle à Bordeaux par exemple).

Les modes d'accès aux instituts diffèrent, conditionnant également le choix des futurs étudiants : faire une préparation, une passerelle ou une PACES ne demande pas les mêmes connaissances. Le concours correspond à une épreuve de biologie et une épreuve de français basées sur le programme de terminale scientifique alors que la PACES constitue un nouveau corpus d'enseignement à intégrer, évalué par autant d'épreuves à la fin de l'année.

Les promotions sont aussi différentes : entre 25 à la Réunion et plus de 200 à l'ISRP, conditionnant les enseignements à être dispensés en « salle de classe » ou en amphithéâtre.

Les étudiants postulent à plusieurs concours et partent là où ils sont reçus, ce qui les oblige bien souvent à quitter leur région d'origine. L'avantage de cette « migration » est la pluralité d'opportunités de stages pour l'étudiant : à la fois dans la région de son IFP et dans sa région d'origine. Cependant, l'absence de défraiement de stage pour les étudiants en psychomotricité (contrairement aux autres étudiants paramédicaux) limite leurs possibilités financières de déplacement, et donc de stages.

Les programmes sont uniformisés selon le dispositif du diplôme d'État. La cohérence des enseignements à l'échelle nationale est supervisée par le collège des équipes de direction des instituts de formation en psychomotricité (CEDIFP). Les rencontres annuelles de ces directeurs sont mises en place depuis 2005 sur l'initiative de **Jean-Michel Albaret**, directeur de l'institut de Toulouse. Ces rencontres permettent aux différents directeurs de se concerter sur les points clés de la formation et d'uniformiser à travers la France le programme général, laissant la place toutefois à l'identité de chaque institut pour s'exprimer : le choix du corps professoral (et donc l'orientation pédagogique) est laissé au directeur de l'institut.

Des référentiels pédagogiques sont élaborés par le CEDIFP, ils regroupent l'ensemble des enseignements mis en place dans les IFP. Il y a, par exemple, un document commun qui fait mention des formations pratiques ; un deuxième regroupe les principes de l'évaluation et les tests enseignés ; un autre enfin, est une production portant sur une définition commune des troubles psychomoteurs.

D'après l'arrêté du 7 avril 1998 relatif aux études préparatoires au diplôme d'État de psychomotricien, la formation correspond à un volume horaire de 2522 heures. Elle comprend des enseignements théoriques (1392 heures), théorico-cliniques et pratiques (450 heures) ainsi que 680 heures de stage.

L'objectif de la première année est orienté vers le fonctionnement de la personne en bonne santé à tous les âges de la vie et à l'acquisition des bases fondamentales dans chacune des

disciplines. La seconde année a pour objet l'initiation aux méthodes cliniques de soin. Enfin la dernière année est orientée vers le processus de professionnalisation.

L'ISRP de Paris et de Marseille, ainsi que l'institut de la Pitié-Saplétrière, sont agrées Erasmus, cela signifie que les étudiants peuvent réaliser leur semestre 4 (deuxième semestre de la deuxième année) dans un IFP européen ayant passé un accord avec eux.

Le passage dans l'année supérieure est subordonné à l'obtention d'une moyenne générale supérieure ou égale à 10/20 et à la validation des stages de l'année considérée. Ce passage est déterminé par des partiels deux fois par an et par un système de contrôle continu.

L'examen du diplôme d'Etat débute par une Mise en Situation Professionnelle (MSP) d'une durée de 45 minutes à une heure, notée sur 20 ; en la présentation et la soutenance d'un mémoire, d'une durée de 45 minutes maximum, notées sur 20. La moyenne du contrôle continu des enseignements théoriques, théorico-cliniques et pratiques de la troisième année entre dans le total des points exigés pour l'obtention du diplôme.

Pour la poursuite des études en psychomotricité après le diplôme d'État, seul l'ISRP propose un master en psychomotricité, le *Master Internacional en Psicomotricidad* (MIP) en partenariat avec l'université de Murcia en Espagne.

Les étudiants en psychomotricité ont peu l'opportunité de se rencontrer. L'ANEP propose des événements au cours de l'année afin de permettre ces rencontres dans différentes villes de France. Ce manque d'interactions entre étudiants est encore plus concret avec ceux de la Réunion avec qui 10 000 km nous séparent...

Le format d'études sur trois ans ne permet pas de faire un mandat associatif, même au national, de plus d'un an (bien que l'actuelle présidente ait fait un mandat de deux ans au sein de l'ANEP dont un an en tant que présidente). Ce court temps de mandat ne permet pas aux étudiants de saisir efficacement tous les enjeux socio-economico-politiques que soulève la reconnaissance de notre profession et nous pensons que cela ne sert pas la formation.

II.A.3 La formation continue : le développement professionnel continu (DPC)

Afin de se former après le diplôme d'État, les syndicats professionnels proposent des « catalogues de formation » car le développement professionnel continu est une obligation professionnelle.

Depuis janvier 2018, afin de répondre à une demande du Ministère de la Santé, et dans l'objectif de mieux structurer les parcours de formation continue des psychomotriciens, l'AFEPP, l'AFPL, le CEDIFP, la FFP et le SNUP se sont associés pour créer le Conseil National Professionnel des Psychomotriciens (CNPP) dont Françoise Giromini est la présidente. Les missions du CNPP sont :

- De proposer à l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC) un parcours pluriannuel de formation continue pour les psychomotriciens ;
- D'identifier les modalités de formation les plus adaptées en se basant sur les méthodes élaborées par la Haute Autorité de Santé (HAS) ;

- De construire un document permettant de retracer l'ensemble des actions réalisées par les professionnels;
- Recueillir des informations sur les initiatives de terrain et les besoins des professionnels.

Le CNPP a effectué sa première réunion le 19 décembre 2017 afin d'entamer des groupes de travail en vue de la mise en place des orientations de formations des psychomotriciens pour 2019-2022.

La mutation des demandes de soin, les avancées technologiques et bio-médicales, imposent une réactualisation constante des connaissances pour les professionnels en santé. Le DPC permet de remettre à jour ses connaissances et ses compétences sur les tests et leur passation car ceux-ci sont remaniés au gré des années. Ces réactualisations passent par la formation continue et l'enseignement dans les instituts de formation qui doit sans cesse se renouveler.

La formation Bordelaise est sur le point d'évoluer pour les étudiants en santé puisque la PACES va disparaître et que l'institut de formation en psychomotricité intègre l'Institut Universitaire des Sciences de la Réadaptation (IUSR). En tant qu'élue étudiante, j'ai une place active de représentation des étudiants en psychomotricité lors du conseil du collège santé : quelle avenir pour la formation à Bordeaux ?

B. La formation à Bordeaux : entre doutes et promesses

II.B.1. La formation à Bordeaux aujourd'hui

On peut lire sur le site de l'institut de formation en psychomotricité de Bordeaux [39] : « depuis 1991, l'Université Bordeaux Segalen, puis le Collège sciences de la santé de l'Université de Bordeaux, organise l'année préparatoire et les épreuves d'admission au concours d'entrée dans l'Institut de Formation en Psychomotricité. Cette préparation spécifique se fait dans le cadre de la PACES (Première Année Commune aux Etudes de Santé) et donne accès à la formation dans la limite d'un quota annuel (*numerus clausus*). Cette année préparatoire est également organisée à l'Université Antilles et à l'Université Polynésie Française qui bénéficient de quotas spécifiques.

Pour être admis à la préparation au diplôme d'Etat de Psychomotricien, les candidats doivent figurer dans le *numerus clausus* à l'issue des épreuves du concours de janvier et de mai. Il y a également deux places réservées aux sportifs de haut-niveau.

Il est aussi question des dispensés de scolarité pour l'intégration de la deuxième année : « pour les personnes titulaires des diplômes listés dans l'arrêté ministériel du 7 avril 1998 modifié par arrêté 1998-12-24 art. 1 JORF 22 janvier 1999 est organisé un examen spécial d'entrée directe en 2e année.

Pour être admises, ces personnes devront obtenir une moyenne générale de 10 sans note inférieure à 8 à un examen écrit portant sur le contenu des modules théoriques de 1ère année. »

II.B.2. Liens avec l'université de Bordeaux : la PACES

L'institut de formation est intégré à l'Université de Bordeaux et fait partie du collège sciences de la santé. Ce collège est dirigé par **Jean-Luc Pellegrin**, médecin. Il est composé par l'Unité de Formation et Recherche (UFR) des sciences médicales, l'UFR des sciences pharmaceutiques, l'UFR des sciences d'odontologie, l'Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement (ISPED), de l'institut du thermalisme, et l'institut de formation en psychomotricité (l'unité de formation en Biologie ayant rejoint cette année le collège sciences et technologie). Ce collège représente 18 500 étudiants, dont les étudiants en psychomotricité.

L'accès à la formation bordelaise se fait par la réussite au concours PACES, qui a vécu de nombreux changements récemment. En effet, le 3 juillet 2017 est signée la convention de délocalisation des enseignements de la PACES de l'université de Bordeaux sur le campus de l'Université de Pau et des Pays de l'Adour.

Le mercredi 24 octobre 2018, c'est au tour d'Alain Rousset, président du Conseil régional de Nouvelle-Aquitaine, de Xavier Fortinon, président du Conseil départemental des Landes, d'Elisabeth Bonjean, présidente du Grand Dax agglomération, maire de Dax, et de Manuel Tunon de Lara, président de l'université de Bordeaux, de signer la convention de délocalisation de la PACES sur le site de l'Institut du Thermalisme à Dax.

À la rentrée 2019, la ville d'Agen accueillera elle aussi une antenne délocalisée.

Malgré les doutes émis par les étudiants responsables du tutorat qui redoutent la surcharge de travail et les salles immersives, les délocalisations se mettent en place. Elles permettent aux étudiants les plus défavorisés de suivre un cursus dans le milieu médical et paramédical sans avoir à assumer les coûts de la vie loin du domicile familial. Les travaux dirigés sont réalisés via ces salles immersives. Ce sont des salles équipées de caméras et de micros qui permettent la retransmission en direct dans les délocalisations. Concernant le tutorat, une étudiante redoublant à Pau estime que « c'est un peu contraignant car on perd le seul contact humain dans cette année difficile » [59].

Pour les résultats, **Jean-Luc Pellegrin** explique : « nous avons comparé les résultats des étudiants du 64 inscrits sur le site de Pau et les étudiants du 64 inscrits à Bordeaux. Nous nous sommes aperçus que les facteurs déterminants de la réussite, c'est le fait d'être redoublant, d'avoir obtenu un bac S avec mention bien ou très bien, d'être issu d'un milieu socioprofessionnel favorisé et de ne pas être boursier. Ce n'est donc pas le fait d'être à Pau ou à Bordeaux qui est déterminant. Ce n'est ni défavorisant, ni favorisant. Les résultats sont comparables pour les primants entre Pau et Bordeaux » [64].

L'accès par la PACES permet une véritable reconnaissance pour les étudiants en psychomotricité : ils font partie de l'UFR sciences médicales, mais la cohésion entre formations semble plus théorique que pratique. En effet, l'IFP de Bordeaux se trouve sur le campus de la Victoire et les autres formations sont, elles, situées sur le campus Carreire. Les autres formations paramédicales issues de PACES sont aussi extérieures au campus Carrere puisqu'elles sont regroupées au sein de l'Institut Médical de la Santé (IMS) qui se situe à côté du Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

Cet éloignement géographique ne contribue pas à une bonne reconnaissance et à une bonne connaissance mutuelle des professions. Il n'y a pas de partage de cours, ni d'interprofessionnalité. Il existe un module interprofessionnel qui permet de travailler autour d'un sujet avec la présence de différentes professions paramédicales et médico-sociales. Ce module n'est pourtant pas satisfaisant : la sur-représentation inévitable des infirmiers (au vu du nombre d'étudiants) et l'absence du corps médical biaisent les effets attendus. L'objectif est pourtant indispensable : *comment travailler ensemble autour du patient ?* Bien que l'on puisse le voir en stage, il s'agit ici de le vivre en autonomie et d'établir les points forts et les points de communion de chacune des professions en fonction de leurs compétences. Ce module est donc indispensable, mais l'organisation et les conditions manquent parfois de rigueur.

II.B.3. l'Institut Universitaire des Sciences de la Réadaptation (IUSR)

L'institut de formation de Bordeaux a rejoint l'Institut Universitaire des Sciences de la Réadaptation (IUSR). Le but de cet institut est une intégration universitaire fonctionnelle des études paramédicales en sciences de la réadaptation de l'université de Bordeaux.

Sont représentés dans cet institut, les écoles de masseurs-kinésithérapeutes de Bordeaux, de la croix rouge et celle de Dax, l'institut de formation en ergothérapie, l'institut de formation en psychomotricité, l'institut de pédicurie-podologie, l'école d'orthophonie, celle d'audioprothésiste ainsi que celle des orthoptistes. Les trois dernières écoles ne font pas partie du tronc commun assuré par la PACES. Il a donc été pensé un tronc commun en neuropathologie, en anatomie, en neurophysiologie ainsi qu'en santé publique afin d'uniformiser les compétences communes des formations.

Ce dispositif a des points forts, comme le développement d'enseignements ou de travaux dirigés interprofessionnels qui suppléeraient efficacement le module bancal proposé aujourd'hui. Néanmoins, la proposition est de créer un corpus commun de supports numériques et de développer le *e-learning* (support d'apprentissage numérisé), ce qui favorise davantage la dématérialisation des enseignements et empêche donc les rencontres entre étudiants.

Cet institut fait face à des limites qu'il n'a pas encore franchies : il possède un statut fédératif et une convention inter-établissements est en cours ; mais le plus complexe reste la disparité des référentiels entre les formations et l'hétérogénéité des organisations internes, des modalités de contrôle des connaissances et des semestres.

La réadaptation est-ce le « bon » mot pour la psychomotricité ? Cette appellation fait écho au système québécois où seuls le physiothérapeute et le thérapeute en réadaptation physique sont reconnus par le système professionnel. Michel de Montaigne disait « chaque homme porte en lui la forme entière de l'humaine condition », il en est alors de même du travailleur pour son travail. Est-il nécessaire de vouloir coller une étiquette à un professionnel qui ne conviendra pas lorsque l'on s'intéressera à un autre ? Si *l'habit ne fait pas le moine*, la blouse ne fait pas non plus le soignant. Le choix du psychomotricien de s'identifier plutôt comme rééducateur, et/ou comme thérapeute de la réadaptation est important car il permet d'être reconnu, à la fois, par l'institution, par le patient, et par les autres professionnels mais cette étiquette n'est ni immuable, ni irréversible.

Mais alors, qu'est-ce qu'un psychomotricien ?

III. ÊTRE PSYCHOMOTRICIEN

A. Définir la psychomotricité

I.A.1. Le cœur du métier

La psychomotricité reste toujours insaisissable pour une grande majorité de patients mais aussi de professionnels de santé. Les raisons ? Elles sont multiples mais la principale reste encore que la psychomotricité vient toucher à l'intimité du sujet. Il ne s'agit pas de s'intéresser à ce que la personne fait, ne fait plus ou ne fait pas comme il faut, mais à ce que la personne est, n'est plus ou plus comme elle le souhaite. Il est très difficile pour les êtres humains cartésiens que nous sommes (relatif à notre culture) de saisir l'objet d'étude de la psychomotricité. Même avec l'utilisation d'un bilan standardisé, de protocoles ou de rééducation fonctionnelle : la psychomotricité reste l'association et la mise en pratique d'une psyché qui s'imbrique dans un corps et une motricité prise dans une relation et dans une interaction avec son environnement.

Cela revient donc presque à qualifier la psychomotricité de thérapie de l'indescriptible, à une thérapie qui touche à la part vulnérable qui fait de chacun de nous un être unique et sensible. Il s'agit pour ceux qui exercent cette profession de prendre soin de la part que nous qualifierons « d'ombre interne » chez l'individu. De cette part de soi que le sujet projette à l'intérieur de son corps et qu'il cache ou qui le submerge en fonction de ses expériences. Il s'agit d'un modèle dynamique, mettant en jeu le corps, l'esprit mais aussi l'environnement et qui nécessite un ajustement permanent du thérapeute. Ce réajustement tonico-émotionnel étant au cœur de la prise en charge psychomotrice, il s'agira donc pour le thérapeute de sublimer le compliqué en complexe.

Bien loin d'une thérapie mystique ou ésotérique, il s'agit d'une thérapie para-médicale qui s'insère dans le parcours de soin du patient tout comme elle s'insère dans son parcours de vie. Cette vision du soin permet au psychomotricien de centrer son intervention autour de la personne : ce qu'elle était avant de devenir patiente, ce qu'elle est maintenant, mais aussi ce qu'elle sera. Cette vision permet aussi une intervention auprès de l'entourage car elle redonne au patient une part plus active dans sa prise en charge, ou plutôt dans sa prise en soin.

I.A.2. Définitions

Si l'on se réfère au Larousse [57] et au site *l'Internaute* [60], les définitions se centrent davantage sur la fonction psychomotrice : « *ensemble des fonctions motrices considérées sous l'angle de leurs relations avec le psychisme* » pour le Larousse ; et pour *l'Internaute* : « *relation entre les mouvements physiques et les fonctions neuro-psychologiques.* » On a dans ces définitions une approche fonctionnelle qui met en avant un lien entre le corps et les fonctions psychiques (neuro-psychologiques). Mais nous n'avons pas une idée du métier, seulement de la fonction psychomotrice.

Cette définition nous semble complète et exhaustive, elle reprend les points que nous avons pu développer auparavant mais sa longueur l'empêche de pouvoir être facilement énoncée dans une conversation si l'on nous demande « qu'est-ce que la psychomotricité ? ».

Le SNUP propose [34] :

« Le psychomotricien évalue les fonctions sensori-motrices, perceptivo-motrices, tonico-émotionnelles et psychomotrices. Il analyse leur intégration, leurs interactions et il pose un diagnostic psychomoteur. Le compte-rendu de cette évaluation et les propositions de soins qui en découlent sont transmis au médecin prescripteur pour valider la démarche thérapeutique envisagée. L'objectif des soins psychomoteurs est de permettre au patient de :

- ◆ prendre conscience de son organisation psychomotrice,
- ◆ d'en réduire les dysfonctionnements, qu'ils soient d'origine psychique ou physique,
- ◆ de restaurer ses capacités de participation et d'adaptation aux activités de son environnement.

Le psychomotricien instaure pour cela une relation thérapeutique en utilisant des techniques corporelles, sportives, manuelles... ou des médiations telles que le jeu, l'expression artistique, l'éducation gestuelle, la relaxation psychomotrice... Ces médiations sont les outils proposés par le psychomotricien pour la réalisation du projet thérapeutique individualisé élaboré avec le patient ou sa famille.

Les soins psychomoteurs sont pratiqués en séances individuelles ou de groupe, avec un accompagnement familial, si nécessaire. Dans son champ d'intervention défini par le décret d'actes de compétences, le psychomotricien assure des missions de prévention, de dépistage, de traitement, d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique. Il contribue à la recherche dans le domaine de la psychomotricité et du soin psychomoteur.

Il accomplit ses missions dans le cadre d'équipes ou de dispositifs pluridisciplinaires dans les secteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, éducatifs ou en pratique libérale. Avec ses compétences dans le domaine de la globalité psychomotrice, il participe à la conduite transdisciplinaire d'un projet de soin individuel.

Il effectue des actions de formation et d'encadrement d'étudiants et de stagiaires, y compris issus d'autres professions. Il analyse sa pratique professionnelle et l'évalue au regard des principes déontologiques et éthiques. Il s'informe régulièrement sur les évolutions de la connaissance et des pratiques de son champ d'intervention.

- ◆ Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'exercice de la profession.
- ◆ Un arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de l'Académie nationale de médecine, fixe la liste des actes relatifs à l'exercice de la profession. »

I.A.3. Le décret de compétences

Un décret de compétence est un document qui régleme le champ professionnel par décision émanant de l'autorité souveraine (l'État). Le décret de compétence n°88-659 du psychomotricien, publié au journal officiel le 6 mai 1988, est un décret qui protège la profession et qui lui donne une crédibilité. Un amendement du 11 décembre 1994 accorde aux psychomotriciens le statut d'auxiliaire médical, travaillant ainsi sur prescription médicale. L'identité professionnelle est alors davantage pérenne : les psychomotriciens sont maintenant inscrits en quatrième partie du Code de la Santé Publique, au livre III, intitulé « auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers ».

Le décret de compétences définit donc les limites légales du champ d'exercice de la profession. On peut donc établir une définition en se basant sur ce décret mais comme pour celle proposée par le SNUP, cette définition est longue et fastidieuse, bien que complète.

Le décret [58] stipule :

« Les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 ci-après sont habilitées à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin, les actes professionnels suivants [*compétence, attributions*]:

1. *Bilan psychomoteur.*
2. *Education précoce et stimulation psychomotrices.*
3. *Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination :*
 - *retards du développement psychomoteur ;*
 - *troubles de la maturation et de la régulation tonique ;*
 - *troubles du schéma corporel ;*
 - *troubles de la latéralité ;*
 - *troubles de l'organisation spatio-temporelle ;*
 - *dysharmonies psychomotrices ;*
 - *troubles tonico-émotionnels ;*
 - *maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies ;*
 - *débilité motrice ;*
 - *inhibition psychomotrice ;*
 - *instabilité psychomotrice ;*
 - *troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.*
4. *Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique. »*

Comme pour tous métiers, la définition s'adapte en fonction de l'interlocuteur qui l'écoute. Comme pour une information thérapeutique, le discours doit s'adapter au niveau de connaissances du patient. Mais alors comment définir la profession de psychomotricien de façon synthétique ?

Pour définir la psychomotricité, il y a des notions que l'on ne peut pas omettre : le monisme, la relation, et la notion de rééducation et de thérapie. Si l'on essaie de dégager un propos clair de ces notions, je propose une définition comme telle : **la psychomotricité est une profession paramédicale qui, par le biais d'une thérapie à médiation corporelle, soutient (en alliance avec le patient) : la mise en place, le fonctionnement économique, et la rééducation des fonctions psychomotrices.**

Définir la psychomotricité de façon claire et accepter de la réduire parfois pour simplifier sa compréhension est une première étape pour la connaissance de celle-ci : une définition claire permettrait une amélioration de la connaissance de la profession auprès de tout interlocuteur, qu'il soit néophyte ou expérimenté dans les sciences médicales. Il n'est donc pas aisé de définir la psychomotricité, d'autant plus que notre position géographique détermine cette définition.

B. La psychomotricité dans le monde

III.B.1. Être psychomotricien à l'internationale

Être psychomotricien dans le monde c'est faire face aux lois de chaque pays et il est parfois compliqué d'exercer sa profession, voire interdit [32].

Ainsi, dans les années 70, au Québec, l'ordre des *Occupational therapist* craignait que la psychomotricité ne soit trop similaire à leur métier et qu'elle ne les concurrence trop sur le marché. Ils ont l'avantage du nombre et du grade master, la psychomotricité disparaît alors du Québec. Toutefois depuis 2000, les psychomotriciens se réinstallent dans le pays mais en exerçant un autre métier : comme technicien en éducation à l'enfance, comme éducateur *Applied Behavioral Analysis*² (ABA) ou alors comme psychomotricien en auto-entrepreneuriat (libéral).

En Angleterre, où les *occupational therapist* et les *physical therapist* occupent l'ensemble du marché, le métier de psychomotricien n'est pas non plus reconnu.

Aux États-Unis, il est possible d'exercer en auto-entrepreneuriat en proposant par exemple, des séances à domicile ou dans un cabinet. Le diplôme d'instructrice en locomotion est reconnu mais pas celui de psychomotricien.

La psychomotricité a donc du mal à trouver sa place dans les pays anglophones, elle est néanmoins bien présente en Amérique Latine. En effet, au Mexique, la formation existe et elle aboutit à un grade master. Au cours de leur formation, les étudiants se rendent à deux reprises à l'université d'été de l'ISRP Paris. Les étudiants d'Équateur et du Brésil ont aussi l'opportunité de venir compléter leur formation à l'ISRP Paris. La profession vient d'ailleurs d'être reconnue au Brésil depuis le 11 décembre 2018.

Au Paraguay, le métier existe et la formation (*licenciatura de psicomotricidad*) se déroule en quatre ans. Une équivalence du master international en psychomotricité (MIP) est possible. Il en est de même en Uruguay.

Au Chili, la formation qui dure un an est possible après cinq ans d'études dans le domaine de la santé ou de l'éducation.

En Argentine, le métier existe également sous forme de *tecnicatura* en trois ans ou de *licencia* en cinq ans.

² Analyse appliquée du comportement, méthode très utilisée dans les pays anglophones pour les troubles envahissant du développement (autisme).

Cette exportation (réussie en partie en Amérique latine) interroge : *est-ce les racines latine de nos langues qui facilitent la communication et la compréhension ? Ou bien la proximité de certains départements d'outre-mer ? Ou encore, est-ce une culture du corps développée et investie dans ces pays qui a permis l'émergence rapide et pérenne de la profession ?*

En Europe, exercer la psychomotricité est possible : au Danemark, aux Pays-Bas, au Luxembourg (par équivalence du diplôme français), en Allemagne (c'est une qualification), en Suisse, en Autriche (c'est une spécialisation du métier d'instituteur), en Italie, en Grèce, en Espagne (spécialisation), et au Portugal. Il faut bien souvent exercer en auto-entrepreneuriat ou par des filières détournées (spécialisation, qualification). Il n'y a donc pas d'homogénéité dans les formations de par le monde et même au sein de l'Europe, ce qui crée des freins à la reconnaissance et à la connaissance internationale de la psychomotricité.

En Belgique, en juin 2016, le Ministère de la Santé a refusé que les psychomotriciens soient reconnus en tant que professionnels paramédicaux. Ils ne peuvent alors travailler que dans certains domaines comme la prévention et l'éducation, toute assimilation à la thérapie étant devenue illégale.

Il est possible d'exercer la psychomotricité dans d'autres endroits du monde : au Maroc, en Algérie, en Tunisie, au Cameroun, au Gabon, au Liban, à Dubaï (*psychomotor therapist*), ou au Vietnam (diplôme français et trois ans d'expérience sont nécessaires). Dans d'autres pays comme au Singapour ou en Australie, il est possible d'exercer si on arrive à convaincre un employeur mais les démarches de visa freinent l'installation sur le long terme dans le pays.

III.B.2. Les projets humanitaires et de solidarité internationale

Apprendre ou exercer la psychomotricité n'est pas le seul vecteur de son rayonnement international : hormis les opportunités de stages dans différents pays, il est possible de réaliser des missions humanitaires ou de solidarités internationales.

Les projets auxquels peuvent participer les étudiants en France sont nombreux. Il y a par exemple un projet au Guatemala avec l'association Psychomotricité Autour du Monde (PAM) ; un projet à Rodrigues pour les étudiants réunionnais, un projet en Haïti, au Mali avec l'association Psychomotricité et Ouverture sur le Monde du Maternage (POMM), au Sénégal, au Burkina Faso avec Psychomotricité Sans Frontières (PSF), au Togo avec l'association JEMAV, au Sénégal, au Laos, en Thaïlande ou encore dans les Philippines.

Les psychomotriciens et étudiants peuvent aussi partir dans le cadre de missions humanitaires comme avec handicap international au Soudan ou encore action contre la faim en Birmanie.

À l'institut de formation de Bordeaux, il existe cinq projets de solidarité internationale. La préparation pour ce type de projets se fait en un an, cela privilégie donc le départ en fin de première année. Ces projets sont basés sur le volontariat, l'école n'est pas impliquée dans l'organisation. Il s'agit pour les étudiants volontaires de réaliser des actions toute l'année afin de récolter de l'argent qui servira à payer en majorité le matériel qui sera apporter sur place. Ces projets demandent de l'investissement,

développent le travail en équipe ainsi que les compétences de planification, l'expression orale et

Leïla : « j'ai participé en août 2017 à un projet de solidarité internationale au Népal. La préparation sur une année a été difficile pour moi. Outre le fait de devoir défendre et sensibiliser les personnes à un projet de solidarité, il a fallu aussi expliquer, réexpliquer voire même justifier la position de la psychomotricité, son rôle, notre rôle. Cependant, une fois sur place, je retiens surtout de grands moments d'échanges, de rencontres, d'ouvertures. Cela m'a permis d'aller à la découverte de moi, de mes capacités, de mes limites ; et je trouve que c'est très enrichissant pour ma future pratique qui, pour soutenir et accompagner des patients, nécessite un investissement dans la relation et donc un engagement de soi. »

nécessite une créativité constante.

À Bordeaux, il y a la possibilité de faire : deux projets à Madagascar ; un projet au Maroc ; un au Népal ; un autre au Pérou ; et enfin un en Roumanie dans le cadre de l'association Action Pour les Orphelins Roumains (APOR). Il y a environ 8 étudiants par projet qui partent sur le temps des vacances scolaires d'été et qui proposent de l'éducation et de l'éveil psychomoteur. J'ai eu l'opportunité de partir lors du mois de juillet 2017 au Népal. Si je devais évoquer ce que je retiens de mon expérience, ce serait sans doute l'enrichissement personnel que cela offre, l'ouverture sur le monde et la découverte d'une nouvelle culture. L'enrichissement sur le point de vue humain et personnel est indéniable. D'un point de vue professionnel, peut-on réellement se sentir prêt à « exporter » la psychomotricité au bout d'un an de formation ?

La différence entre les définitions d'humanitaire et de solidarité sont alors déterminantes [39] : l'humanitaire s'attache à soulager l'humanité souffrante, à venir en aide aux hommes dans le besoin, dans la détresse ; la solidarité correspond à un devoir moral, résultant de la prise de conscience de l'interdépendance sociale étroite existant entre les hommes ou dans des groupes humains. Elle incite les hommes à s'unir, à se porter entraide et assistance réciproque et à coopérer entre eux, en tant que membres d'un même corps social. La solidarité internationale ne constitue donc pas l'apport d'une connaissance totale dans un domaine de la part d'un étudiant d'un pays développé auprès d'une population plus défavorisée. Il ne s'agit pas de venir soulager ou guérir mais bien de venir coopérer dans un double-échange. L'étudiant arrive avec son matériel et ses propositions d'expériences d'éveil psychomotrice et il travaille en coopération avec les enfants, les professionnels sur place, leur langue et leur culture. Il s'agit donc pour l'étudiant d'une occasion d'entrevoir les richesses d'une *ethnopsychomotricité*, ce qui est tout à fait possible en première année.

La participation à ces projets nous permet d'entrevoir l'importance des malentendus engendrés par une méconnaissance. La solidarité devient ainsi de l'humanitaire et la psychomotricité de l'animation : tout est important mais chacun a sa place. La préparation de ces projets expose au grand public comme lors des marchés ou aux autres étudiants lors de soirées organisées pour l'association. Ces moments sont également sources de discussions informelles autour de la profession et de la formation, et contribuent à une meilleure visibilité et donc (re)connaissance de la psychomotricité.

La psychomotricité est également promue à l'internationale par des organismes comme l'Organisation Internationale de Psychomotricité et de Relaxation (OIPR) ou l'European Forum of Psychomotricity (EFP).

L'OIPR est une organisation professionnelle qui participe à la promotion de la psychomotricité de part le monde. Elle est créée en 1979 à l'ISRP de Paris et propose :

- le Certificat International en Sciences et Techniques du Corps (CISTC) ;
- le Master International en Psychomotricité et Relaxation (MIP) ;
- et l'Université d'Été à l'ISRP Paris.

L'European Forum of Psychomotricity participe également à la promotion de la psychomotricité au niveau Européen. Elle coordonne et soutient le développement de la profession dans les pays européens. Elle soutient par ailleurs la formation en organisant chaque année la *Student's Academy* qui s'est déroulée en avril 2019 à Zurich, en Suisse. Il s'agit de trois jours d'ateliers et de groupes de réflexions où les participants (des étudiants en psychomotricité de toute l'Europe) se rencontrent et échangent autour de leur pratique, la langue officielle de ces journées est l'anglais. Le thème de cette année était le jeu et les échanges ont été très riches, j'y ai pu appréhender les différences de formation et d'exercice de la profession en fonction des pays d'Europe.

Hier, la psychomotricité naissait. Comme toute profession, elle a dû gagner sa place dans le paysage du système de santé français. La psychomotricité a donc évolué parallèlement à la société et aux théories émergentes au XXe siècle. Devenir psychomotricien est possible non seulement en France, mais dans de plus en plus de pays européens et internationaux. Être psychomotricien fait encore appel à une image kaléidoscopique insaisissable dont nos collègues et nos patients ont du mal à se saisir. Si être psychomotricien c'est un ensemble de savoir-être et de savoir-faire en théorie, qu'en est-il de son exercice ?

Partie 2. Une profession aux multiples facettes : quelles modalités d'exercice pour la psychomotricité ?

Il y eu jadis une lutte identitaire entre des adeptes de « rééducations technicistes orthopédagogiques d'un côté et [des] thérapies à médiations corporelles et ludiques de l'autre » [20, p. 43].

Bien qu'aujourd'hui ces différends tendent à devenir obsolètes, il est important de revenir sur les spécificités de chacune de ces « deux psychomotricités » pour rendre compte de l'importance d'une profession unifiée. La psychomotricité est une profession aux multiples facettes en cohérence et en convergence des besoins du patient, mais aussi des conditions d'exercice (institution, libéral) pour lesquels je vous propose d'y réfléchir : quelles modalités d'exercice alors pour la psychomotricité ?

I. LA PSYCHOMOTRICITÉ COMME RÉÉDUCATION DES FONCTIONS PSYCHOMOTRICES ?

A. Sémiologie psychomotrice

I.A.1. Histoire

La sémiologie psychomotrice fonde la rééducation psychomotrice dont les origines remontent à Victor de l'Aveyron. À la fin du XIX^e siècle, **P.Tissié** développe une gymnastique médicale qui est au prélude de l'approche psychomotrice. Prenant en compte la rééducation de P.Tissié, **E. Guilmain** va proposer une méthode de rééducation avec deux angles de vue. Le premier, centré sur le tonus, valorisera le calme et l'immobilité pour moduler l'hyper- et l'hypotonie. Le deuxième est axé sur des exercices rythmiques afin de travailler sur le contrôle de la motricité. **S.Fauché** [20] propose une multitude de récits de séances de gymnastique médicale. Bien que son vocabulaire soit aujourd'hui un peu dépassé, ses descriptions de séances éclairent les origines d'une médecine du mouvement. Il évoque également les professionnels du sport et la rivalité possible entre deux professions dont le corps en mouvement est l'essence.

La découverte des troubles psychomoteurs revient aux neurologues, leur originalité réside dans un dysfonctionnement cérébral a minima : d'après J. De Ajuriaguerra, il n'y a pas de lésion en foyer (contrairement aux troubles neurologiques). Bien qu'on puisse entendre parler de « neuropsychomotricité » [101], les signes neurologiques doux sont les témoins d'un trouble psychomoteur. Le terme « signe neurologique » prête à confusion, car le trouble psychomoteur n'est pas neurologique, il s'exprime de façon globale et intéresse plusieurs fonctions : le trouble psychomoteur impacte la construction identitaire de l'individu.

Les troubles psychomoteurs, tout comme les troubles psychiatriques, ne résultent pas de la prise d'une substance illicite ou d'une affection médicale générale. Ils peuvent être comorbides, quant à savoir lequel est le principal, l'affaire se complique : « La comorbidité est définie comme une association non aléatoire entre plusieurs entités morbides présentes chez un individu. Une comorbidité

implique que deux entités morbides soient absolument indépendantes l'une de l'autre et puissent exister en tant que telles (Soppelsa, Albaret et Corraze, 2009) » [98, p.288]. Les interactions peuvent être de quatre types : ou bien le trouble psychiatrique cause le trouble psychomoteur (psychogenèse du trouble), ou bien c'est le trouble psychomoteur qui en est la cause (psychopathologie réactionnelle) ; ou bien la présence concomitante des deux est due au hasard, ou alors les deux troubles sont causés par le même agent.

La place des troubles psychomoteurs est donc indépendante des troubles psychiatriques, bien que les liens entre les deux soient ténus : par exemple, 74% des sujets qui entrent dans le spectre de l'autisme présentent un trouble déficitaire de l'attention [98].



Le trouble psychomoteur ne relève pas non plus d'un symptôme Freudien. La formation du symptôme névrotique Freudien (relatif *au corps imaginaire* de Sami-Ali) s'organise comme indiquée sur le schéma ci-dessus. Dans la majorité des cas, les troubles psychomoteurs portent sur une fonction qui n'est pas encore constituée et qui ne peut donc pas être portée par la sexualité infantile. Les troubles psychomoteurs touchent au *corps réel* de Sami-Ali : il n'y a pas de choix d'organe. Il ne s'agit pas d'une problématique autour du désir mais d'une impossibilité précoce à mettre en place efficacement une fonction, ce qui entrave alors le fonctionnement général du sujet.

I.A.2. Définition

La sémiologie ou symptomatologie est l'ensemble des symptômes³ qui caractérisent une maladie ou un trouble (synonyme alors de syndrome) ainsi que l'étude de ces symptômes.

« L'enfant qui souffre de troubles psychomoteurs est empêché, ou s'empêche, d'agir. Son corps n'est plus au service de sa croissance, de ses apprentissages, de son épanouissement » [97, p.218]. Or, c'est avec lui que l'enfant comment à apprendre, il « est le véhicule de l'être au monde » comme le dit M. Merleau-Ponty. **A-M. Latour** parle d'une construction neuromotrice prise dans des interactions

³ Le symptôme est la manifestation spontanée d'une maladie permettant de la déceler, qui est perçue subjectivement par le sujet ou constatée objectivement par un observateur.

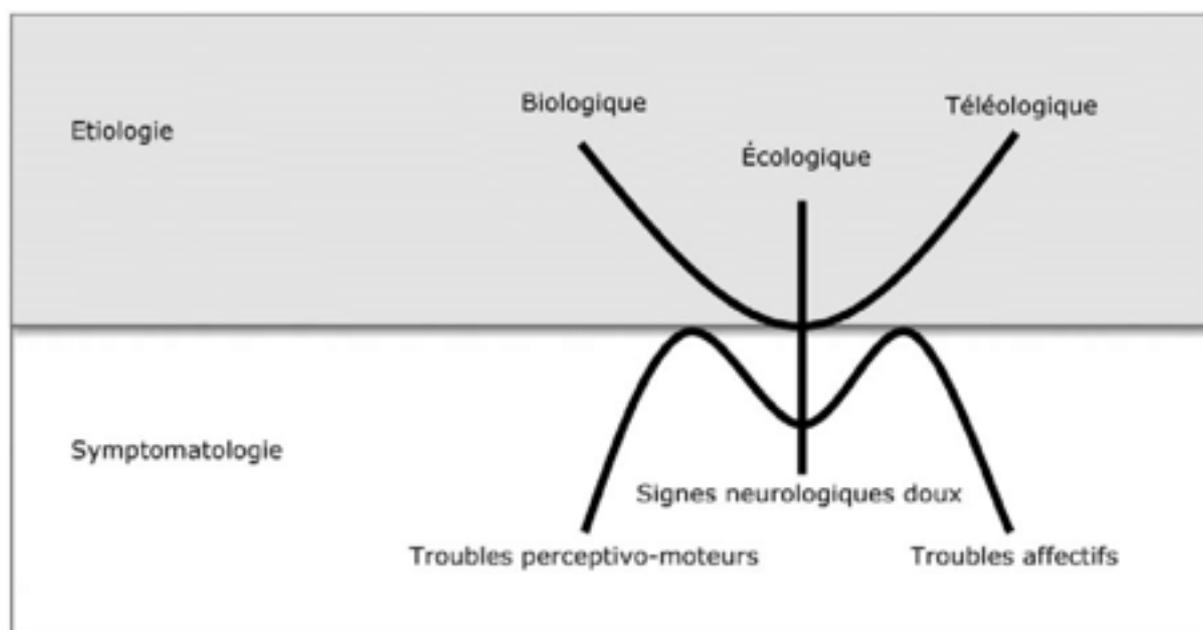
relationnelles primaires : nos interactions primitives motrices, affectives, sociales et intellectuelles sont médiatisées par le corps en mouvement. Le corps est le socle d'expérimentation et donc d'apprentissage pour l'individu.

Sa place en psychomotricité est centrale car c'est son investissement et son utilisation qui sont entravés lors d'un trouble psychomoteur. Le dualisme corps/esprit renaît vivement lorsque l'on s'intéresse aux troubles psychomoteurs : La question de l'organogenèse ou de la psychogenèse des troubles se pose afin d'en trouver les origines.

Les médecins ont peu de temps dans leur formation d'étudier en détails le développement psychomoteur, or c'est au coeur de la formation du psychomotricien. Chacun se développe à sa façon : il convient de se questionner sur la frontière entre une simple variation du développement psychomoteur ou sur l'existence d'un phénomène pathologique. La frontière est floue entre le normal et le pathologique, il n'y a pas de facteur biologique fiable et l'impact de l'étiologie plurifactorielle et de l'environnement familial est majeur en psychomotricité .

D'après **J-M. Albaret**, « le trouble psychomoteur se manifeste à la fois dans la façon dont le sujet est engagé dans l'action et dans la relation avec autrui. Les troubles psychomoteurs sont des troubles neurodéveloppementaux qui affectent l'adaptation du sujet dans sa dimension perceptivo-motrice. Leurs étiologies sont plurifactorielles et transactionnelles associant des facteurs génétiques, neurobiologiques, psychologiques et/ou psychosociaux qui agissent à différents niveaux de complémentarité et d'expression. Ils sont souvent situationnels et discrets, entravant en priorité les mécanismes d'adaptation, constituant une source de désagrément et de souffrance pour le sujet et son milieu social. Leur analyse clinique s'appuie sur une connaissance référentielle approfondie du développement normal. Elle nécessite des investigations spécifiques, dont l'examen psychomoteur, pour appréhender les aspects qualitatifs et quantitatifs des perceptions, des représentations et des actions du sujet » [98, p.299].

Corraze, lui, propose une étiologie qui peut être biologique, écologique ou encore téléologique avec un trépied symptomatique : les troubles perceptivo-moteurs, les signes neurologiques doux, et les troubles affectifs. Modèle qui est schématisé ci-dessous :



Les troubles psychomoteurs comme troubles neurodéveloppementaux ou comme troubles instrumentaux ?

F. Joly, fervent défenseur d'une approche psychodynamique des troubles psychomoteurs, parle du plaisir de fonctionnement. Il y a là un croisement des compétences du psychomotricien : la rééducation des fonctions psychomotrices et la thérapie d'une motricité ludique en relation.

Savoir situer le trouble psychomoteur est fondamental pour être clair dans sa pratique professionnelle. Mais comme le note **B. Golse** : « il importerait d'ailleurs de se demander si l'utilité d'une classification, souvent indéniable en matière de communication scientifique internationale, implique *ipso facto* sa validité » ([88, p.169]. En effet, bien que la sémiologie psychomotrice offre l'opportunité d'une visibilité scientifique et objective, il ne faut pas perdre de vue que les problématiques du sujet qui sont complexes : focaliser la prise en charge sur le symptôme n'annihilerait-il pas la subjectivité du sujet ? En psychomotricité, on ne peut envisager le symptôme uniquement dans sa valeur négative, mais plutôt comme un fonctionnement singulier du sujet.

D'après le site [cntrl](#). Les troubles psychomoteurs présentent « un ensemble de signes, de symptômes, de modifications morphologiques, fonctionnelles ou biochimiques de l'organisme, d'apparence parfois disparate mais formant une entité reconnaissable qui, sans présager obligatoirement des causes de ces manifestations, permettent d'orienter le diagnostic » [38]. Or, les symptômes psychomoteurs ne sont pas pathognomoniques⁴, ils se retrouvent dans une multitude de tableaux cliniques. La prise en charge thérapeutique varie ainsi en fonction de chaque patient : si le symptôme psychomoteur est le plus envahissant pour le sujet, une prise en charge psychomotrice est l'indication la plus pertinente.

On retrouve la sémiologie psychomotrice disséminée dans toutes les classifications diagnostiques : le *diagnostic and statistical manual V* (DSM-V), dans la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-11), et dans la classification diagnostique des troubles de la santé mentale et du développement de la première et de la petite enfance (CD : 0 à 3 ans).

Les troubles psychomoteurs apparaissent donc au cours du développement psychomoteur mais ce dernier ne se borne pas aux limites de l'enfance, on le retrouve à d'autres moments de la vie du sujet. En cas de traumatismes psycho-corporels ou bien d'accidents, la plasticité cérébrale permet au sujet de remodeler ses processus d'adaptation. L'être humain est un mammifère en constante évolution, non seulement à l'échelle phylogénétique, mais également sur le plan ontogénétique. Les psychomotriciens n'interviennent donc pas exclusivement lors de troubles du développement, mais aussi à toutes les étapes du parcours de vie et de soin, là où les capacités et l'investissement corporel du patient sont altérés.

⁴ signe clinique qui caractérise spécifiquement une maladie.

I.A.3. Les troubles psychomoteurs

Nous vous proposons un tableau récapitulatif des différents troubles psychomoteurs [annexe 1] dont le terme apparaît en 1950 :

Le **trouble de l'acquisition de la coordination** (TAC) est aussi appelé dyspraxie de développement et regroupe plusieurs symptômes dyspraxiques. Parmi elles, on retrouve la dyspraxie idéatoire, la dyspraxie idéomotrice, la dyspraxie visuo-constructive, la dyspraxie de l'habillage, la dyspraxie bucco-linguo-faciale, la dyspraxie verbale ou encore la dyspraxie visuo-spatiale.

La **dysgraphie** peut être appréhendée par de nombreux professionnels en fonction de l'origine du trouble, et même parfois, en co-thérapie. L'altération de l'écriture et les troubles syntaxiques seront plutôt à envisager du côté de l'orthophonie et de l'enseignant. Les troubles spatiaux peuvent se travailler en psychomotricité et une évaluation auprès d'un orthoptiste peut être envisagée pour vérifier la vision focale et périphérique. La répugnance à écrire peut, elle, être abordée auprès d'un psychomotricien et/ou d'un psychologue.

Le **trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité** (TDAH) est de plus en plus étudié aujourd'hui. La part génétique et les facteurs biologiques ont été mis en évidence. Un déficit en dopamine (neurotransmetteur qui permet de fixer l'attention) serait en cause. Les traitements médicamenteux se basent sur une régulation de ce neurotransmetteur. Les effets secondaires du traitement sont lourds, la complémentarité d'une prise en charge non-médicamenteuse telle que la psychomotricité est donc valorisée.

Les **Tics** vont du tic transitoire simple au syndrome de Gilles de la Tourette, selon la durée de l'affection et la coexistence ou non (chez un même sujet) de tics moteurs et vocaux. Un traitement médicamenteux existe également pour soulager le sujet. Outre la thérapie psychomotrice, une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est possible : l'entraînement au renversement d'habitude (*habit reversal training*) par exemple.

Comme pour les Tics, il est possible de mettre en place un entraînement au renversement d'habitude dans le cas de **stéréotypies motrices**. Une thérapie familiale est à envisager lorsque le trouble prend une valeur de communication pour l'individu, une psychothérapie verbale peut aussi être mise en place.

« Le tonus d'un muscle est la réaction du muscle à son propre étirement ou la sensibilité du muscle à son propre étirement » [98, p.161]. **Les troubles de la régulation du tonus** font partie des troubles psychomoteurs. Ils mettent en jeu la sphère relationnelle de l'individu : le tonus donne une forme au corps et celui-ci est l'enveloppe qui me présente au monde. Le tonus a différentes composantes :

- le tonus de **fond**, socle du corps, c'est ce tonus qui permet d'éprouver la contenance ;
- le tonus **postural**, qui permet de façon ergonomique de maintenir une posture adaptée ;

- le tonus **d'action**, à travers une contraction volontaire il met en jeu la motricité globale et me permet d'interagir avec mon environnement.

Le dialogue tonico-émotionnel permet, grâce à la gestion des émotions et à l'ajustement simultané du tonus, de rentrer en contact avec autrui. Cette rencontre entre deux dialogues est nourrie par une communication verbale, mais surtout non-verbale, expérimentée déjà depuis la naissance.

Il existe des défauts de la régulation du tonus, qui peuvent se décliner sous différentes formes :

La dystonie, situationnelle, est une contraction musculaire anormale et inadaptée qui apparaît au cours d'un mouvement ou dans le maintien d'une attitude et peut s'accompagner de spasmes engendrés par une série de contractures. Elle place le sujet parfois dans des postures singulières et douloureuses (ex : scoliose).

Les syncinésies sont des contractions ou des mouvements intéressant un ou plusieurs groupes musculaires alors qu'un mouvement actif ou réflexe a lieu dans une autre partie du corps. Les syncinésies sont, en général, plus fréquentes lorsque c'est le membre non dominant qui est engagé dans le mouvement : par exemple, chez le gaucher, on retrouvera davantage de syncinésies sur la main gauche que sur la main droite. Selon Ajuriaguerra et Stamback, il y a une différence à faire entre les **syncinésies d'imitation ou tonico-cinétiques** (imitation du membre opposé passif) qui disparaissent à 12 ans et les **syncinésies toniques** (raidissement du membre passif) que l'on peut retrouver à tout âge.

La **paratonie** est une anomalie du tonus de fond. Elle consiste en une impossibilité à réaliser sur commande la résolution musculaire. Elle est le témoin d'un défaut de régulation tonique générale.

La sémiologie psychomotrice justifie donc l'intervention du psychomotricien dans le champ du soin. Comment mettre en évidence ces troubles psychomoteurs ? L'examen psychomoteur et ses résultats participent au diagnostic différentiel et à l'orientation de la prise en charge du patient bien que les psychomotriciens n'aient pas le droit de poser un diagnostic.

B. Le bilan psychomoteur

I.B.1. Un bilan, pourquoi ?

Le premier examen psychomoteur fut réalisé par le pédagogue Guilmain en 1948 [98, p.41]. Constituant la première ligne énoncée du décret de compétence, le bilan psychomoteur est avant tout l'occasion d'une première rencontre avec le sujet. Il y a des bilans pour tous les âges de la vie, du nourrisson au bilan géronto-psychomoteur. Longtemps controversé chez les psychomotriciens, il est aujourd'hui l'acte le plus répandu dans la profession [26]. La majorité des prises en soin psychomotrices se font à la suite d'un bilan global des possibilités de l'individu. Certains tests sont spécifiques à la psychomotricité et participent donc à l'expertise du professionnel qui le fait passer.

Le bilan inaugure la prise en charge, place « le corps en mouvement » au centre et pose les jalons de ce qui deviendra progressivement l'alliance thérapeutique. Cette alliance est un contrat implicite entre les deux partenaires du soin (le soignant et le soigné), et est gage d'un accord commun actif basé sur la confiance : le patient peut alors s'engager dans son parcours de soin en étant acteur de sa prise en charge et en ayant un étayage suffisant du professionnel.

Le bilan psychomoteur s'intègre dans une recherche étiologique active des difficultés du patient. Il complète l'investigation menée par d'autres bilans comme en orthophonie, en orthoptie, ou des recherches génétiques. Il participe à l'élaboration d'un diagnostic et révèle ou non les indications d'une prise en charge en psychomotricité. L'examen psychomoteur permet de dégager les objectifs thérapeutiques (à court, moyen et long terme), les moyens thérapeutiques les plus pertinents, et les modalités de prise en soin.

Le bilan est déjà un acte thérapeutique avec l'écoute des besoins et la mise en place du cadre thérapeutique. Le bilan psychomoteur est aussi le lieu d'évaluation, d'examen et d'objectivation des capacités de l'individu. Il est composé de tests standardisés, c'est-à-dire des épreuves mises au point par des scientifiques qui ont réuni des données normatives. Il y a un bilan composé de batteries de tests ou de tests seuls, dans lesquels on évalue différents items par des épreuves qui mettent en jeu des fonctions psychomotrices. Le sujet montre, lors du bilan, les moyens de compensation qu'il a su mettre en place afin de faire « comme les autres », malgré ses difficultés.

En fonction de l'âge de la personne, l'évaluation permet le diagnostic et l'objectivation des troubles, le danger étant ici, l'objectivation jusqu'à quel point ? Les tests standardisés permettent d'omettre au maximum la subjectivité de l'examineur (pour d'éventuels biais). La validité, la fidélité et la sensibilité des tests sont mesurés afin que les résultats obtenus soient les plus prédictifs [98]. Or, la sensibilité et la subjectivité du thérapeute sont le support des observations cliniques, qui participent, autant que les tests standardisés, à faire émerger un profil psychomoteur singulier.

Si, depuis la médicalisation de l'examen psychomoteur par **G. Soubiran** en 1948, les psychomotriciens étaient nombreux à être réfractaires à l'objectivation du bilan, aujourd'hui, c'est davantage la subjectivité qui est mise en doute au profit d'une objectivation dogmatique.

I.B.2. De nouveaux tests

La psychomotricité s'est longtemps reposée sur des tests « béquilles » appartenant à d'autres domaines comme la psychologie (Marthe Vyl, Mira Stamback). La recherche psychomotrice permettrait aujourd'hui de développer davantage de tests propres à la psychomotricité. Ces derniers seraient autant des outils de travail pour le professionnel, que de reconnaissance pour la communauté scientifique.

Laurence Vaivre-Douret a ainsi développé de nouveaux tests standardisés primordiaux pour la profession comme le DF-MOT ou l'EMG.

André Bullinger propose également un bilan qui mobilise les compétences du psychomotricien : le bilan sensori-moteur. Il fait écho au stade d'intelligence sensori-motrice de J.Piaget et son appellation permet de rappeler des points de réflexion essentiels au psychomotricien : le sensoriel et la motricité.

Olivier Moyano [9, p.323] propose un protocole [annexe 2] qui permet d'explorer les représentations corporelles chez l'enfant et chez l'adolescent. Il est composé d'un dessin du bonhomme (avec annotations des parties du corps connues) et un entretien semi-directif sur les représentations corporelles. Il se termine par le conte de la fourmi de Jacqueline Royer (1978).

I.B.3. Définition

C. Potel propose une définition du bilan psychomoteur comme « un catalyseur de réactions corporelles, comportementales, relationnelles, et émotionnelles » [88, p.235], et comme le témoin de l'organisation psychocorporelle de l'individu. Pour **J-M. Albaret** et **R. Soppelsa**, le bilan psychomoteur « a pour objectif de faire état du niveau de développement et de la qualité de la mise en oeuvre 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 » [98, p.1].

Lors du bilan, on ne se focalise pas uniquement sur la production finale, mais sur les moyens mis en jeu par la personne pour y arriver, afin d'orienter la prise en charge future : par exemple dans l'échelle de Charlop-Atwell (Albaret & Noack, 1994) où l'on remplit une partie objective (approche orientée vers le produit, la performance) et une partie subjective (approche orientée sur les processus, les moyens). Autre exemple, l'examen du tonus qui, d'un point de vue qualitatif, renseigne sur le niveau de maturation et de régulation neuromotrice ainsi que sur l'influence de la sphère émotionnelle ; et d'un point de vue quantitatif, indique la dominance latérale de la fonction tonique. D'ailleurs, les résultats quantitatifs peuvent être bons mais cela peut être plus compliqué sur le plan qualitatif : organisation psycho-corporelle peu économique, qui peuvent entraver parfois les performances psychomotrices et l'investissement du corps.

Les items psychomoteurs évalués au travers de diverses situations proposées lors du bilan sont les suivants : la latéralité, la structuration et la représentation symbolique de l'espace, l'orientation spatiale (sur soi, sur autrui, et dans l'espace), l'expressivité, le rythme, l'équilibre statique et dynamique, la régulation tonique (paratonies, syncinésies, relâchement), les coordinations dynamiques générales, les coordinations et les dissociations (notamment les coordinations occulo-manuelles), l'intégration sensorielle, l'intégration de l'axe corporel, le schéma corporel, l'image du corps, la mémoire, la graphomotricité, l'investissement des objets, l'activité spontanée (jeu libre), la créativité, les fonctions exécutives (attention, capacités d'inhibition, planification) et la structuration temporelle.

On note que les aptitudes psychomotrices ne sont pas les mêmes en fonction des auteurs. Selon **Fleishman** (Fleishman & Reilly, 1998) il s'agit plutôt du : « contrôle précis des mouvements, de la coordination des mouvements des membres, du choix des réponses, timing des mouvements, temps de réaction, de la stabilité main-bras, de la dextérité manuelle et digitale, de la rapidité du poignet et de la rapidité des mouvements des membres » [88, p. 239].

Bien que certains tests soient spécifiques à certains items psychomoteurs, il est possible d'observer dans chaque situation une multitude d'informations. Lors du bilan, il revient d'être toujours vigilant à l'attitude du patient, à ce qu'il verbalise, à ce qu'il propose, mais aussi à sa posture, à ses réactions de prestance et à sa respiration. Les tests proposés dans le bilan psychomoteur sont ludiques pour les enfants, qui les appréhendent davantage comme des jeux plutôt que des exercices. Il n'y a pas un bilan type, les tests s'ajustent en fonction de l'âge du sujet et de la demande. À l'instar de l'intelligence, il n'existe pas non plus de facteur général (facteur G) en psychomotricité : il faut donc multiplier les tests afin de balayer le plus de compétences psychomotrices. La maîtrise de ces tests est vérifiée chez l'étudiant en psychomotricité par la mise en situation professionnelle, (MSP) épreuve validante du diplôme d'État.

I.B.4. L'entretien

Le bilan s'organise dans une temporalité, généralement, précise : il se déroule au cours de la première ou de la deuxième séance et s'accompagne du recueil de l'anamnèse (histoire de vie), d'un entretien semi-directif avec la famille et de la passation des tests.

La première séance est un temps d'accueil du patient et de sa famille (plutôt pour les enfants) et de recueil des données pertinentes à la prise en soin. Pour éliminer l'aspect redondant des entretiens (qui parfois s'enchaînent avec différents professionnels) il faut aller chercher ce qui a déjà été dit et exploré par nos collègues. Ce qui nous intéresse c'est l'histoire psychomotrice du sujet : comment elle nous est racontée (alexithymie⁵, excitation, effondrement), les ressources internes et externes que le patient a pu trouver lorsqu'il était en difficulté et ses façons d'être habituellement au monde. Le carnet de santé peut se révéler être un support précieux pour délier la parole et revenir sur des événements de vie douloureux pour qui la mise en mots, met à mal.

En effet, lors du premier contact, on a déjà une multitude d'informations, comme **A. Julliard** nous le fait remarquer : la façon pour le patient de serrer la main, l'adaptation de son tonus, sa façon de s'engager dans ce premier contact peau à peau, sa capacité à investir ce geste symbolique et sa relation à l'autre. On peut même s'intéresser au comportement bien avant l'entrée dans la salle de psychomotricité : *la personne est-elle en avance ? En retard ? Comment se comporte-t-elle dans la salle d'attente (ce qui envisage une réflexion de la part du professionnel sur l'aménagement de sa salle d'attente) ? Comment l'individu attend ? Comment il se retrouve seul ou avec un inconnu ou un membre de sa famille ? Il s'agit déjà d'un recueil de données précieuses.*

Qui doit être présent lors de l'entretien ?

En institution, la rencontre avec la famille est rare, et l'obtention de l'histoire de vie se fait plutôt sur l'interface du logiciel informatique de la structure. Cet entretien est la première rencontre entre le patient, son entourage et le psychomotricien. Il s'agit pour la famille et le patient de formuler une demande d'aide, ce qui n'a pas toujours aisé.

⁵ difficulté à identifier, différencier et exprimer ses émotions, ou parfois celles d'autrui.

En cabinet libéral, l'enfant peut, ou non, être présent. Ceux qui approuvent cette présence expliquent l'intérêt d'observer l'enfant pendant cette discussion : *essaye-t-il d'attirer l'attention de l'adulte ? Est-il au contraire très inhibé ? Joue-t-il seul ?* L'observation clinique débute dès cet entretien. L'enfant peut aussi déjà rencontrer la salle et aménager l'espace entre lui et le psychomotricien comme il le souhaite. Le patient, s'il est présent, peut participer à raconter son histoire, son point de vue de la situation et peut, dans l'échange avec le psychomotricien, comprendre sa présence pour cet entretien.

Cependant, *la présence de l'enfant ne censure-t-elle pas la parole parentale ? Quels sont les impacts narcissiques pour l'enfant qui entend dans le discours de son parent ses inquiétudes, peut-être ses déceptions mais en tout cas des échecs qui prédominent ?* L'enfant est davantage le centre de l'attention car on parle de lui plutôt qu'avec lui.

Il est important de repositionner la demande de soin : *qui en est à l'origine ?* En effet, l'implication du patient sera modulée selon qui est à l'origine de la demande. *Le sujet est-il conscient de ses difficultés ? Qui ces difficultés préoccupent-elles le plus ? La demande exprimée correspond-t-elle à la demande réelle ?* On doit savoir où le sujet se situe dans cette démarche de soin et les enjeux que celle-ci a pour lui. En institution, l'équipe soignante peut être indispensable afin de formuler une demande pour un patient qui ne serait pas en mesure de le faire. En EHPAD par exemple, les résidents sont rarement à l'origine de la demande de soins, il faut donc dans un premier temps leur expliquer le rôle que l'on peut avoir auprès d'eux. Suite à cet entretien, le psychomotricien émet des hypothèses. Celles-ci vont orienter son choix de bilan psychomoteur.

Les consignes des tests sont précises et doivent être énoncées avec rigueur afin de respecter la standardisation. Le psychomotricien montre (souvent) d'abord les exercices qui seront demandés ensuite à l'enfant : il y a un engagement corporel du psychomotricien lors du bilan mais aussi lors des séances. Le professionnel doit apprendre à maîtriser tous ces tests, non seulement pour les faire passer mais aussi pour être un support efficient d'imitation.

I.B.5. Un bilan, pour quoi ?

L'examen psychomoteur se doit de répondre à des questions inquiétantes pour le sujet et sa famille : *mon enfant est-il handicapé ? Mon père arrivera-t-il encore à bricoler seul ? Pourrai-je faire du vélo ? « Qu'est-ce qu'Alice va devenir ? »* [66, p.20].

Le diagnostic qui fait éventuellement suite à l'examen psychomoteur place le sujet dans un statut de patient. Or, en philosophie, un patient est celui ou celle qui subit, qui est l'objet d'une action. *Le terme « patient » est-il alors toujours satisfaisant si l'on veut placer le patient au coeur et acteur du dispositif de soins ?*

Les épreuves et tests seront sélectionnés en fonction de la demande et des compétences à explorer : chaque compétence psychomotrice évaluée étant imbriquée l'une dans l'autre. C'est dans la conclusion du bilan que cette articulation se fait entre les fonctions, elle sera le prélude du projet thérapeutique.

Selon la loi de distribution normale (ou courbe de Gauss), les résultats du bilan permettent de situer les compétences du sujet (par étalonnage) par rapport à un échantillon de population référence.

On considère que les résultats sont normaux au-dessus de -1 écart-type (appelé aussi déviation standard), à risque entre -1 et -2 écart-type et pathologique en-dessous de -2 écart-type ; on peut aussi exprimer les résultats en quartiles et en déciles [Annexe 3 et 4]. Ces résultats sont précisés et expliqués au médecin traitant et à l'entourage dans un compte-rendu écrit qui leur est remis à la suite du bilan. Il est possible de réaliser un nouvel entretien avec l'entourage afin de lui expliquer de façon éclairée les résultats. D'après mon expérience en cabinet libéral, il est important de mesurer l'impact que ces mots peuvent avoir sur la perception du patient qu'il a de lui-même mais aussi du regard de son entourage : le bilan constitue une « photographie » des capacités et incapacités du sujet à un instant donné. Les résultats du bilan sont aussi communiqués à l'équipe médico-socio-éducative ou soignante en fonction de l'institution, sous couvert du secret professionnel partagé.

Le bilan et la séance de psychomotricité s'incorporent dans le projet de vie du patient, en fonction de ses autres suivis médicaux et paramédicaux, en fonction de son emploi du temps et de ses envies et besoins. Les décisions sont prises à plusieurs, le bilan faisant office « d'état des lieux » de la sphère psychomotrice et de support de communication avec les autres professionnels intervenant auprès du patient. Les observations lors du bilan psychomoteur, notamment en cabinet libéral, peuvent aussi conduire le psychomotricien à orienter le patient vers un autre professionnel : psychothérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, (pédo)psychiatre, ostéopathe, podologue, ou ophtalmologue, par exemple.

Il n'est pas toujours possible de réaliser un bilan. : en fonction de conditions dépendantes de l'état psychocorporel du sujet (autisme ou agitation non contrôlée) ou de conditions indépendantes au sujet (proxémie d'un bilan antérieur). L'observation clinique est alors l'alternative la plus efficace. Elle agit dans ce cas en remplacement d'un bilan, mais elle est présente au cours de tout bilan et surtout, dans chaque séance qui suivra le bilan. Elle peut se faire de façon spontanée ou aiguillée par des grilles d'observation et des épreuves non étalonnées. L'observation psychomotrice s'affine et se perfectionne avec l'expérience. Il existe des outils non étalonnés dont les psychomotriciens se servent parfois pour orienter leurs observations cliniques lorsque les tests standardisés ne sont pas possibles [102]. Le bilan peut aussi se réaliser au cours de la prise en charge, afin de réévaluer les difficultés du patient et ses besoins. Cette réévaluation permet de rendre compte du degré d'efficacité de la prise en charge psychomotrice, et ainsi de réajuster les choix du thérapeute.

« La norme unifie la diversité mais elle n'est pas une loi de la nature, elle en est une possibilité » [97, p.217]. Il y a un compromis à trouver entre un bilan normatif qui place la norme comme référence et l'observation clinique dont la marge d'erreurs et de dérives interprétatives est peut-être un peu plus importante mais elle permet d'appréhender toute la subtilité des troubles.

On remarque l'importance d'assimiler les différentes étapes du développement normal (psychomoteur, psychoaffectif et cognitif) afin de pouvoir comparer au plus juste les différences de fonctionnement entre chaque enfant et de pouvoir établir un âge de développement (et donc un éventuel retard). Avant chaque bilan, on vérifiera le niveau de compréhension des consignes du sujet ainsi que ce qui pourrait obstruer cette compréhension, comme un déficit sensoriel qui n'aurait pas encore été diagnostiqué ou bien qui nécessite un appareillage spécifique : lunettes, appareils auditifs, irritabilités tactiles, agueusie (perte du goût) ou encore anosmie (perte d'odorat).

II. LA PSYCHOMOTRICITÉ COMME THÉRAPIE DU SUJET ?

A. Une thérapie à médiation corporelle

II.A.1. Le cadre

La médiation fait partie du cadre, qui comporte une dimension physique (horaire, lieu par exemple) et une dimension psychique (comme la contenance). Nous proposons de la classer dans les deux dimensions envisagées par **C.Potel** : elle fait à la fois partie du cadre physique car elle délimite un espace et un temps : séance de balnéothérapie de 11h30 à 12h30, atelier marche en extérieur de 30 minutes, séance de relaxation en salle *Snoezelen* de 40 minutes, par exemple. La médiation vient interagir avec le cadre : une thérapie individuelle ou groupale se réfléchit en fonction du profil des patients, de leurs projets de vie et thérapeutique mais aussi en fonction des médiations du thérapeute.

La médiation offre les conditions de la relation thérapeutique, elle est la proposition initiale des expériences qui vont se vivre au cours de la séance et des ajustements que devra mettre en place le thérapeute pour s'adapter aux réponses du patient. On peut aussi parler de médiations au pluriel car au sein d'une même séance ou pour faire évoluer la prise en charge, les médiations peuvent alterner, passant de la relaxation à la danse ou bien encore à l'art plastique ou à la musique.

La créativité est une compétence indispensable à la pratique psychomotrice car il faut pouvoir multiplier les propositions pour proposer des expériences ludiques et thérapeutiques au patient. La médiation est aussi l'opportunité pour le patient d'exprimer sa créativité. Le cadre doit être assez souple pour que le patient puisse mettre sa créativité au service de la médiation. Cette dernière répond néanmoins aux exigences du cadre : les rituels et les règles de base (garantissant la sécurité). La créativité permet d'obtenir une création, il n'y a « pas de créativité sans prise de risque, ni de création sans audace » [87, p.98].

II.A.2. La médiation

La médiation (du latin *mediare*, mettre au milieu) sert d'intermédiaire entre deux ou plusieurs choses. La médiation corporelle est un espace intermédiaire entre deux êtres, et entre le sujet et son environnement. Cet espace est théorisé par **Donald W. Winnicott** en « aire transitionnelle : il s'agit d'une aire qui n'est ni celle de la réalité physique interne, ni celle de la réalité extérieure, mais elle se situe entre les deux. C'est un espace d'expérimentation, de jeu en continuité avec l'environnement maternel. Elle permet à l'enfant d'intégrer progressivement la réalité et de l'aider à acquérir une perception objective du monde qui l'entoure. On peut aussi entendre l'espace comme « le milieu dans lequel ont lieu les phénomènes observés », comme le définit **Descartes** au XVII^e siècle. Mais les phénomènes ne sont pas toujours empiriques, ils peuvent aussi être fantasmatiques, imaginaires, suggérés ou bien concrets.

Au sein de cette aire, peut donc se dérouler le je(u) entre le psychomotricien et le patient, cette relation sera médiatisée par une médiation corporelle qui est l'outil de travail du psychomotricien. *Mais est-ce vraiment un outil ?* C'est aussi un instrument car la médiation ne doit pas répondre qu'au but fixé,

(comme un outil) elle doit être malléable en fonction de la dynamique de la séance [68]. **R. Roussillon**, qui se réfère à la pensée Kleinienne, désigne ainsi le médiateur comme un *médium malléable*. Elle peut être un objet (balle, terre, pâte à modeler), un atelier (équilibre, marche, balnéothérapie), le dispositif, et parfois même le corps du psychomotricien (de façon plus limitée que le médiateur). Si la médiation en elle-même ne peut pas être malléable, (le cheval par exemple) le cadre, le dispositif et la pratique du thérapeute doivent l'être, afin que le patient puisse s'approprier la séance [69].

II.A.3. Médiation thérapeutique

Pour pouvoir investir cet aire transitionnelle entre moi et l'autre je dois avoir intégré au préalable les notions de dehors et de dedans. En effet, les limites du Moi au sens Freudien sont fondamentales pour pouvoir ingérer et projeter, au dedans et au dehors, sans s'effondrer corporellement et narcissiquement. De part mon expérience clinique, j'ai pu remarquer que les personnes autistes, notamment, sont en difficultés pour construire cet espace transitionnel.

L'aire transitionnelle dépend des expériences de chacun. C'est de la réunion des deux espaces transitionnels du thérapeute et du (ou des) patient(s) que va naître l'espace thérapeutique. Le médiateur n'est pas par essence thérapeutique, c'est l'usage que va en faire le thérapeute et le patient qui va lui donner cette propriété.

L'absence de nécessité de mots en psychomotricité est une porte d'entrée par la communication non-verbale précieuse pour une personne qui n'a pas ou plus accès au langage. Ces médiations permettent de proposer des expériences psychocorporelles parfois archaïques dont la mise en mot est moins indispensable que le vécu phénoménologique. Ces médiations valorisent la communication non-verbale, elles prônent l'activité spontanée du patient qui (sans le temps de l'élaboration que nécessite la mise en mot) fait appel à des réponses sensori-motrices parfois régressives que le thérapeute doit pouvoir accompagner.

Les liens théorico-cliniques qui vont émerger au gré des séances viennent enrichir les propositions du thérapeute qui oriente les médiations en fonction des appétences du patient mais aussi de la lecture thérapeutique qu'il souhaite avoir [94]. Il ne s'agit pas en psychomotricité de savoir galoper avec un cheval ou de devenir danseuse étoile : la mise en place d'une médiation demande du temps et la médiation psychomotrice thérapeutique commence dès l'apprivoisement de l'animal ou de propositions d'imitation de mouvements en miroir.

II.A.4. Formation aux médiations à Bordeaux

Les étudiants en psychomotricité de Bordeaux sont, durant leur formation initiale, sensibilisés à des médiations :

- En **première année** : Eutonie, pratique psychomotrice, rythme, escalade, et une sensibilisation à la langue des signes ;
- En **deuxième année** : Relaxation, voix, clown et aikido ;

- En **troisième année** : Toucher thérapeutique, théâtre, méditation pleine conscience, et expression corporelle.

La durée des études ne permet pas d'approfondir sur le temps scolaire ces médiations. Il faut réaliser des formations complémentaires afin de se « spécialiser ». Ces formations permettent aux professionnels d'acquérir la méthode et la technique de ces médiations thérapeutiques mais « l'utilisation d'un médiateur ne garantit pas la médiation » [9, p.278]. Un médiateur n'est thérapeutique qu'avec la réflexion théorico-clinique que va amener le thérapeute à son propos.

Les sensibilisations permettent aux étudiants de vivre ces médiations, de se les approprier en les expérimentant. On se situe là dans le savoir-être : lorsque le professionnel propose la médiation au patient, il la vit en même temps que lui. Quand le psychomotricien est dans le bassin avec les patients ou bien avec le cheval en équithérapie, c'est tout son être qui est engagé dans le dispositif de soin. Ces sensibilisations sont donc fondamentales à deux niveaux :

- Elles permettent de se familiariser avec la médiation, de la découvrir et d'en comprendre ses enjeux pour poursuivre après ou pas en formation continue ;
- Elles permettent de vivre avec notre propre sensori-motricité ces médiations. Notre vécu pourra venir éclairer, étayer ceux de nos patients et nous permettre d'élaborer avec eux en partant de nos expériences respectives.

II.A.5. Théoriser les médiations corporelles

Pour **M. Rodriguez** [9, p.277], la médiation corporelle a trois caractéristiques :

- « transformatrice des souffrances (voire réparatrice ou rééditrice de ratés historiques ou de fragilités développementales) ;
- soutien préférentiel du travail psychique et des processus de symbolisation et de subjectivation difficiles voire impossibles à appréhender dans des approches plus *classiques*, plus habituellement secondarisées, plus langagières et... moins expérientielles ;
- la médiation permet, favorise, accélère parfois des liens et rencontres (vers les autres et *via* son corps-en-relation), autant que des « entraînements » ou mise en exercice et situation, de la pensée, de la cognition, ou de l'instrumentation corporelle ainsi (re)découvertes et (ré)investies avec une prime de plaisir dans une expérience adaptée et médiatisée ! »

La psychomotricité n'est pas la seule profession à prendre en compte le corps. Mais ce dernier n'est pas utilisé dans un but fonctionnel, il n'est pas non plus immobilisé sur un divan, il est mis en mouvement, il est vécu ou revécu au travers d'expériences proposées et partagées. Le psychomotricien doit donc accepter d'être utilisé pour le jeu et le « je » de l'autre au cours des séances. Avant de parler d'inter-subjectivité, le thérapeute et le patient se rencontrent dans une « intercorporité » au détour d'une médiation investie par les deux sujets.

C. Potel [88, p.367] propose d'envisager trois temps à la médiation corporelle :

- « - La prise de conscience de ce vécu corporel, un vécu sensoriel, ludique, esthétique, physique, émotionnel, souvent très régressif ;
- la mise en mots de ce vécu corporel, qui est une mise en représentation ;
- l'élaboration, c'est-à-dire la transformation de ces deux vécus, corporel et langagier, qui soutient tout travail de symbolisation. »

II.A.6. La symbolisation : intégrer les parents et l'entourage dans le dispositif de soins

La symbolisation est un processus qui se met en place progressivement dans les premières années de la vie. Il y a deux symbolisations : la symbolisation primaire (en présence de l'objet) et la symbolisation secondaire (en l'absence de l'objet). Les deux sont indispensables et indissociables, il n'y a pas d'absence sans présence et inversement. La symbolisation secondaire fait appel à la maturation neurologique et à la mise en place notamment du système limbique afin de pouvoir s'appuyer sur la mémoire (souvenirs de l'objet).

La psychomotricité se situe elle, du côté de la symbolisation primaire : à travers la médiation corporelle et donc à travers la présence de l'objet et les vécus corporels que l'expérience engendre, le sujet élabore des représentations mentales. Avec l'étayage du professionnel qui vient mettre en mots ses vécus, le patient accède à une sublimation de ces représentations. L'élaboration de ces deux mécanismes vient soutenir le patient dans le processus de symbolisation primaire. Mais le psychomotricien participe également indirectement au processus de symbolisation secondaire.

En effet, si l'on s'en réfère au gradient spatio-temporel des symbolisations évoqué par **B. Golse** [24] il y a un continuum espace-temps entre les deux processus (en trois temps) :

- tout d'abord en présence de l'objet et en temps direct (symbolisation primaire, B.Golse parle d'allaitement relationnel),
- puis avec des décalages spatio-temporels divers,
- et enfin il y a un accès à la symbolisation secondaire avec l'absence de l'objet et en temps différé.

En ce qui concerne le décalage dans le temps, **D. Stern** en 1985 parle d'accordage affectif : la mère, en réponse à une manifestation de son enfant (sourire) va répondre par une imitation différée qui sera enrichie (avec un autre canal sensoriel par exemple) : le parent et le bébé communiquent alors de façon non-verbale. De la même manière, **G. Haag** parle de « boucles retours » : l'enfant trouve chez autrui un effet « boomerang » de l'émotion ou du geste à valeur de communication qu'il a exprimé et il peut l'intégrer afin de l'investir ultérieurement. Le psychomotricien, en connaissant cette dimension relationnelle, peut conseiller le parent dans sa fonction de réceptacle. De même, il peut soutenir le parent dans sa fonction *Alpha* de pare-excitation en transformant les éléments *bêta* (informations sensorielles brutes, non assimilées) en éléments alpha (informations sensorielles intégrées) selon la théorie de **W. Bion** : c'est la première forme de représentation pour l'enfant. Les séances de

psychomotricité sont alors un prétexte pour aiguiller le parent dans sa fonction de « chaperon » du développement de son enfant.

Les psychomotriciens peuvent aussi proposer des ateliers d'accompagnement pour les aidants en leur proposant des ateliers de travail corporel autour de la relaxation, de la sophrologie, ou bien encore d'activités manuelles. Ce temps de retour sur soi permet une meilleure communication avec le proche malade, évite l'épuisement et leur offre un espace d'expression. Ces temps ne sont pas proposés en institutions, il ne peuvent l'être, à ma connaissance, qu'en libéral.

Les médiations n'ont pas encore eu de validation scientifique, leur efficacité est donc « validée » uniquement par la clinique. Ce qui interroge dans la thérapie à médiation corporelle c'est : *qu'est-ce qui soigne ? Est-ce le soignant ? Ou bien les outils dont il dispose ?* Nous avançons que c'est le thérapeute avec sa formation, sa sensibilité à l'observation clinique et les outils dont il dispose mis au service du patient qui constitue le dispositif de soin. C'est la rencontre entre l'histoire de vie du patient, ses problématiques, ses capacités, ses envies, et la (ou les) médiation(s) du psychomotricien ainsi que ce qu'il est, lui, en tant que professionnel qui constituerait « ce qui soigne ».

Le patient et l'entourage a une part active dans la séance de psychomotricité. Il s'agit d'une séance partagée, co-vécue et co-construite. Le thérapeute et le patient doivent donc composer dans cet espace thérapeutique avec les rouages de la dynamique relationnelle. Intégrer les parents et l'entourage dans le dispositif de soins comme partenaires actifs, permet une meilleure observance des conseils ainsi qu'un soutien pour le patient dans son parcours de soin : les conseils délivrés par le professionnel ne reste pas que théorique et ils peuvent se les approprier au quotidien.

B. La relation

II.B.1. La psychanalyse : exemple de la théorie de l'attachement

Sur le plan historique, la psychanalyse s'est emparée de la question mais ce n'est pas la seule, la biologie, sur un modèle éthologique, avance la théorie des phéromones, par exemple. La psychanalyse a cependant toujours une place centrale dans le socle théorique des enjeux relationnels.

Bowlby (1907-1990) psychiatre et psychanalyste anglais a postulé que le système de développement de l'attachement se construit en quatre phases, les trois premières se déroulant durant la première année de vie et la quatrième commençant autour de trois ans. Lors de cette dernière phase il y a un partenariat réciproque entre l'enfant et sa figure d'attachement, il y a alors un abandon progressif du référentiel égocentré. L'enfant, lors de cette phase, commence également à concevoir la figure d'attachement comme une personne indépendante, permanente dans le temps et l'espace, évoluant de façon plus ou moins prévisible. La figure d'attachement fonctionne comme un havre de sécurité, une source de réconfort et de protection dans un contexte d'activation physiologique ou de menace environnementale, et comme base de sécurité pour l'exploration. Selon Bowlby, le système d'attachement est autant un système de défense que de potentialisation de ses compétences.

Chaque enfant est lié à ses parents de façon unique mais **Ainsworth** catégorise les modalités d'attachement chez l'enfant selon : les enfants sécures, les enfants anxieux-évitants, les enfants anxieux-ambivalents ou anxieux-résistants, et les enfants désorientés-désorganisés.

La théorie de l'attachement met en lumière les systèmes relationnels mis en jeu par chacun dès son plus jeune âge. Elle évoque ainsi l'importance d'un lien d'attachement primaire *sécure* afin que l'enfant puisse aller explorer et faire ses propres expériences. Le psychomotricien doit donc se montrer vigilant aux premières interactions de son patient car elles sont souvent à la source des comportements relationnels du présent. Bowlby parle aussi d'un accroissement du comportement d'attachement lors du vieillissement et/ou de la maladie. Le patient qui vient voir le psychomotricien se trouve donc dans une situation qui mobilise ses ressources (en réaction à un évènement non désirable, comme la maladie ou le vieillissement ou à un retard psychomoteur) et son système d'attachement (*sécure, insécure* ou *ambivalent*) est le mousqueton qui le maintient en sécurité.

II.B.2. Comment définir la prise en charge psychomotrice en fonction des ressources affectives du patient ?

Le rôle du psychomotricien n'est pas, à l'image du psychanalyste, de décortiquer ces enjeux relationnels, simplement d'en avoir conscience et de les prendre en compte pour envisager le patient dans sa globalité et pour élaborer des liens théorico-cliniques complets. L'intérêt du psychomotricien pour ces théories ne doit pas être exclusif à la population de jeunes en carences affectives. L'attachement et le détachement d'un être humain à un autre se joue dans toute relation. Selon **F. DESOBEAU**, La spécificité de la relation thérapeutique en psychomotricité est que le psychomotricien s'implique corporellement pour rencontrer l'enfant, là où il est, comme il est.

Le psychomotricien a un rôle de tiers relationnel, « si nous offrons une relation [au patient], c'est qu'il a une place entière de sujet » (fondamental pour mettre en place une relation intersubjective entre le patient et le thérapeute) [9, p.163]. Le psychomotricien prend en compte les composantes relationnelles lorsqu'il met en place ses séances, notamment pour le choix du cadre : prise en charge plutôt groupale ou individuelle ? Tout en sachant que ces dispositions peuvent évoluer pour un même patient. Il doit réfléchir au déroulé de la prise en charge quel que soit son temps de travail et ses objectifs auprès du patient (exemple : en SSR courte durée alors qu'en FAM ce sera plus long).

En séances de psychomotricité, le patient ne revit pas des expériences passées échouées. Il s'en crée de nouvelles sur la proposition du psychomotricien et avec son soutien. Bien sûr, ces expériences font appel aux traces mnésiques laissées par celles du passé : dans les amnésies ou avec les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentées, le psychomotricien va venir stimuler la mémoire sensorielle en se basant sur les expériences du passé (odeurs connues par exemple).

Cette question de la relation est aussi à penser lors des séances de psychomotricité à trois. En effet, être deux psychomotriciens [21], ou un stagiaire et le psychomotricien, cela vient modifier les dynamiques de la relation : que l'un soit actif et l'autre observateur, ou bien que les deux soient engagés dans la séance, la relation est composée de trois personnes, ce qui augmente, diversifie et complexifie les interactions.

II.B.3. Transfert/contre-transfert

Avec l'héritage Freudien, comment évoquer la relation sans parler du couple transfert/contre transfert ? En psychanalyse, le transfert est le mécanisme par lequel un sujet, au cours de la cure, reporte sur le psychanalyste les sentiments d'affection ou d'hostilité qu'il éprouvait primitivement (surtout dans l'enfance) pour ses parents ou ses proches. Pour le contre-transfert, on peut dire qu'il « est le reflet du patient dans l'âme du psychanalyste ? » [19] Ces processus sont-ils alors l'apanage exclusif de la psychanalyse ?

En psychomotricité, bien loin du cadre d'une cure, ces phénomènes sont aussi présents. Si pour **J. Lacan**, l'analyste doit faire « le mort » et « tout doit venir du patient », qu'en est-il du psychomotricien qui s'implique corporellement dans la séance ? Car Il est lui-même un médiateur thérapeutique de la relation.

O. Moyano parle de « Surmoi corporel » : le psychomotricien sert provisoirement de support corporel projectif pour le patient. Le psychomotricien ne peut donc pas supprimer ses ressentis puisqu'ils vont venir servir de supports à l'absence possible de ceux du patient.

Peut-on alors conserver le terme « transfert » et les concepts théoriques qui lui sont rattachés en psychomotricité ? En psychanalyse, le transfert est le point de départ des recherches sur l'origine du trouble. Alors qu'en psychomotricité, le patient ne vient pas demander « pourquoi ? », mais plutôt « comment ? » : *comment je peux faire malgré mon trouble ?* En psychomotricité, on peut donc davantage parler de « trans-faire » [5]. Il ne faut pas faire à la place du patient mais l'accompagner à cheminer pour verbaliser sa demande : il faut le stimuler afin qu'il trouve (au maximum) seul les ressources pour pouvoir les réinvestir plus tard.

II.B.4. Les neurosciences

Les recherches dans les neurosciences sont venues apporter une crédibilité scientifique à l'intuition préalable des psychologues de l'époque sur les dynamiques relationnelles. Les recherches de **Siegel** le conduisent ainsi à parler de « l'esprit relationnel » : l'esprit se construit à la croisée des processus neurophysiologiques et des relations interpersonnelles [83].

Le groupe de recherche de l'Institut de Neurophysiologie de l'Université de Parme, conduit par **Giacomo Rizzolatti**, découvre en 1996 l'existence de neurones miroirs. Ces neurones s'activent lors de la réalisation motrice du geste mais également lors de l'observation par autrui de ce geste. Localisés dans les régions corticales pariétales et pré-motrices, ces neurones miroirs permettent à la fois de contrôler l'exécution des actions et surtout, d'en permettre la compréhension : « un bébé tout seul, ça n'existe pas » disait **D W. Winnicott** mais finalement, on pourrait l'élargir à « un être humain tout seul, ça ne survit pas » : nous sommes un (humain) au pluriel (humanité).

L'apprentissage et la compréhension des actions des autres se font grâce à un processus d'imitation qui n'est pas que visuelle : le développement des personnes atteintes de cécité serait alors condamné en impasse, or ce n'est pas le cas. Le psychomotricien peut alors être un support à une imitation plus « sensorielle ».

G. Rizzolatti en 2006 parle également de « résonance viscéro-motrice » : lorsque l'on observe l'état émotionnel de quelqu'un, nous le comprenons et nous pouvons le ressentir également (exemple : douleur, tristesse). L'enjeu pour le thérapeute est de maintenir une position thérapeutique d'empathie, qui est fondée sur les sentiments : nous comprenons les émotions traversées par la personne sans les ressentir avec la même intensité. Il faut faire attention à ne pas se laisser envahir par elles (risque d'épuisement professionnel ou *burn-out*) et tomber dans une contagion affective qui apporterait une sympathie de soutien et d'intérêt excessif, et qui serait délétère tant pour soi que pour le patient. On voit ces dynamiques de relation thérapeutique notamment dans le discours des équipes. J'ai souvent entendu sur mes lieux de stages : « il y arrive avec toi mais pas avec moi ! ».

Vignette clinique : Mme G. vient d'arriver dans l'E.H.P.A.D. Peu à peu, elle devient réticente à se lever et à cesser de communiquer verbalement. Elle refuse le temps de toilette et ne souhaite plus marcher. Pourquoi ce changement si brusque ? Les raisons peuvent être multiples, j'en identifie plusieurs : déclin lié à la maladie, culpabilité du mari restant à domicile, la rapidité des gestes et le manque d'étayage verbal des professionnels (faisant suite à leur vécu persécutoire de possibles douleurs). Je souhaite lui faire passer une échelle de douleur hétéro-évaluée mais Mme G. est transférée rapidement dans un autre établissement.

Lors de son passage à l'EHPAD, Mme G. arrive à se lever et à marcher avec sa kinésithérapeute et un aide-soignant particulier. Ce n'est donc pas ses fonctions motrices qui sont altérées mais il existe bien une composante motivationnelle, et sans doute relationnelle.

Ce qui m'interpelle c'est l'impact que cette situation a eu sur les relations entre Mme G., son mari, les autres résidents et le personnel. Les conséquences du changement d'état de santé sont directement venues ternir les relations écologiques de Mme G. transformant ainsi son investissement psychocorporel, et l'isolant peu à peu socialement.

II.B.5. Le cadre de la relation

Si le patient démontre lors des séances un besoin de verbalisation accrue, il est possible pour le psychomotricien de l'orienter vers un psychothérapeute, mais un travail psychocorporel est parfois indispensable à l'arrivée de la verbalisation. Le psychomotricien doit réagir aussitôt aux manifestations du patient, avec son bagage personnel, sa formation, ses orientations théoriques et ses expériences. Le professionnel doit avoir en permanence une double écoute : auprès de son propre corps et auprès du patient.

Cette implication de la part du thérapeute doit être mise en regard d'une éthique professionnelle rigoureuse [97] :

- Par rapport à l'institution : une salle, un temps, la participation active aux réunions et être clair avec les indications et les objectifs pour chaque patient ;
- Par rapport à soi : travail corporel personnel, supervision ou évaluation de pratique, formation continue ;
- par rapport au patient : maîtrise de la médiation, respect de soi et d'autrui, limites et interdits, créativité et personnalisation des propositions.

Le thérapeute doit remettre en question sa pratique en fonction de sa clinique et mettre à jour ses connaissances théoriques. De cette richesse de connaissances couplée à une expérience qui s'étoffe, le psychomotricien perfectionnera son action thérapeutique et sa place auprès du patient.

Une relation thérapeutique est avant tout une relation : c'est-à-dire un échange basé sur la confiance. La relation thérapeutique sous-entend pour le patient et son entourage une attente de résultats, mais ces derniers ne pourront émerger que si l'alliance thérapeutique est pérenne et si le thérapeute recherche constamment l'adhésion du patient. Il est important aussi d'adapter sa posture, ses gestes et notamment ses choix sémantiques en fonction de l'âge et du niveau de compréhension du patient. La séance de psychomotricité commence ainsi à la poignée de main du début (même avant, lors de la préparation de la séance) et se termine lorsque le thérapeute donne le prochain rendez-vous, gage de se revoir. À l'instar d'un rituel de début et de fin de séance, cela implique aussi de réfléchir à la fin de la relation : la fin d'une prise en charge doit être pensée, anticipée et programmée. Le patient pourra ainsi s'y projeter et s'y préparer. La relation est fantasmée, imaginée, parfois même appréhendée. L'excitation et l'appréhension tant du patient que du thérapeute se mêlent aux vécus suscités par les expériences de la séance. La relation thérapeutique est au coeur du dispositif de soin et de l'investissement du patient à ses séances.

L'importance de la reconnaissance et de la connaissance de la psychomotricité est aussi vive dans cette question de la relation en psychomotricité. En effet, si les patients identifient bien les différents professionnels, ils seront en capacité de mieux investir leur parcours de soin car celui-ci sera plus clair. L'enjeu d'être reconnu pour les psychomotriciens est également un enjeu d'identification auprès des patients et de leur entourage. On le voit avec l'éducation thérapeutique du patient : informer et communiquer avec le patient c'est lui donner les clés de sa prise en soin. Le monde relationnel du patient est riche : famille, pairs, professeur, aide-soignant, infirmiers, médecins, boulangère, par exemple. Le patient doit donc pouvoir situer la relation qu'il a avec son psychomotricien.

III. L'ARTICULATION EN CLINIQUE

Le psychomotricien est donc formé à la pratique tant de la rééducation psychomotrice que de la thérapie. Outre les appétences personnelles de chaque professionnel, j'ai pu remarquer que ce sont les lieux d'exercices qui orientent les prises en charge, que l'on travaille en libéral ou en institutions. Si l'on veut balayer la pluralité d'exercice de la profession, il est donc intéressant d'envisager les deux modes d'exercice.

Au cours de mes stages, j'ai eu l'opportunité d'appréhender les différences entre un travail en institution et un travail en libéral. Les différences sont aussi observables entre institutions. Elles sont relatives au fonctionnement de l'établissement, à son projet mais aussi aux dynamiques d'équipe, au matériel proposé, ainsi qu'aux indications des patients. Je propose d'éclairer la comparaison par des exemples cliniques de mon parcours de stagiaire.

A. Réflexion autour de la pratique psychomotrice en institution

III.A.1. La question du temps

La rythmicité des séances sert de fil rouge à la mise en place d'un lien thérapeutique qui dure dans le temps. Le temps compose et décompose la séance, il est garant du cadre psychique. Il

constitue le début, le milieu et la fin de la séance. La rythmicité des séances, leur occurrence dans la semaine et leur durée constituent l'espace-temps thérapeutique. Le temps n'est pas le même en fonction des institutions. Dans le ressenti tout d'abord, la lenteur psychomotrice des résidents d'EHPAD s'oppose à l'excitabilité psychomotrice des enfants en Institut-Médico-Éducatif (IME) et à celle des enfants en crèche.

La séance de psychomotricité s'insère à différents moments de la journée pour le patient : dans le projet éducatif de l'enfant en IME ou encore corrélée au moment de la toilette comme en EHPAD. Les temps de la journée sont rythmés par les : repas, sieste, autres prises en charge, sorties, maladies, les traitements, le travail, et l'école. Il faut donc réfléchir au moment opportun du temps de séance psychomotrice.

Le temps de présence au sein des structures n'est pas non plus le même : l'EHPAD est un lieu de vie permanent où les résidents viennent pour y finir leur vie, il y a très peu de retour à domicile, mais les résidents peuvent faire la demande de déménager d'EHPAD. La crèche (environ 3 ans), le SSR (environ trois semaines), l'unité cognitivo-comportementale (le temps de la crise), le service d'addictologie (environ trois semaines), et l'Équipe Spécialisée Alzheimer (ESA) (environ 10 séances) sont des institutions ou des dispositifs qui délimitent un cadre temporel plus court. Les résultats attendus ne sont pas les mêmes : la nécessité de résultats entraînerait un exercice de la profession orientée vers une approche rééducative. Le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) et l'IME sont des structures où les individus vont y passer plusieurs années (dans la plupart des cas) avant d'être réorientés vers une autre structure comme un foyer occupationnel ou une maison d'accueil médicalisé.

Mr L. et Mme L. sont rentrés à l'EHPAD car malgré les aides à mises en place, le maintien à domicile était devenu impossible. Mr a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale avec un pronostic vital engagé.

L'EHPAD fait donc intervenir l'équipe de soins palliatifs : Mr L. souhaite rentrer chez lui afin d'y décéder. Nous ne pouvons pas obliger monsieur à rester à l'EHPAD même si la situation à domicile au préalable était compliquée. Monsieur et madame sont rentrés chez eux.

Le temps de travail du psychomotricien, et donc son temps de présence dans la structure, détermine également le temps thérapeutique qu'il peut proposer aux patients.

Il faut aussi songer au fin de prises en charge qui peuvent être particulièrement douloureuses pour les patients carencés sur le plan affectif notamment : quels relais après cette prise en charge ? On voit l'importance de ces relais notamment en ESA, où l'après est réfléchi afin d'orienter la personne vers des structures adaptés aux besoins.

Le temps est aussi un facteur des prises en charge en cabinet libéral : où intégrer la psychomotricité dans mon emploi du temps ou celui de mon proche ? Entre les autres prises en charge, les activités, l'école ou le travail, organiser l'emploi du temps relève parfois d'un casse-tête. Lorsque ce n'est pas possible, c'est le cadre thérapeutique qui est impacté : par exemple, là où il devrait y avoir une séance de psychomotricité hebdomadaire, il n'y en a plus qu'une toutes les deux semaines...

III.A.2. Le matériel à notre disposition

Le travail institutionnel en psychomotricité est aussi orienté en fonction des outils à notre disposition. Ainsi, en EHPAD hospitalier public la psychomotricienne pouvait réaliser ses séances avec deux perruches, une salle *Snoezelen* ainsi qu'un « salon de coiffure » où avait lieu des séances de groupe co-animé avec une socio-esthéticienne. Cet éventail de propositions permet de diversifier l'offre de soin et être au plus juste des besoins individuels des résidents.

Une même médiation peut aussi être déclinée en fonction de l'institution et du matériel sur place. Si l'on prend l'eau comme médiation thérapeutique : j'ai pu participer à des séances de groupe de quatre résidents en FAM dans un grand bassin, co-animées avec une ergothérapeute. En EHPAD, j'ai pu proposer des séances de balnéothérapie individuelles en baignoire. En crèche, l'eau peut être utilisée par le biais d'une pataugeoire, séance co-animé avec une autre psychomotricienne pour un groupe de quatre à cinq enfants.

J'ai mené cette année un atelier en EHPAD « marche et équilibre ». Après la passation d'un bilan géronto-psychomoteur et les résultats du test de risque de chute « Tinetti », j'ai constitué un groupe de trois résidents. L'indication commune était un risque de chute élevé ainsi que le maintien de l'autonomie par la marche. Mais ces trois résidents avaient aussi des « objectifs » thérapeutiques individuels : il y avait un travail autour de la précipitation, de l'équilibre et de la respiration pour Mr P., un travail autour de l'attention, de la mémoire, de l'écoute et de la concentration pour Mr L., et un travail autour de la confiance et de l'estime de soi, de l'expression des ressentis et des émotions, et du renforcement musculaire pour Mr C. Au sein d'un même atelier et avec une proposition commune qui englobe l'ensemble de leur problématique, nous avons pu travailler ensemble autour des difficultés de chacun.

J'ai pu aussi observer l'utilisation du chariot *Snoezelen* avec les personnes les plus dépendantes de l'EHPAD (alitées), les patients de l'UCC, et en service d'addictologie. Le matériel portatif permet un travail plus fluide car il réduit les difficultés que créent pour certains patients les déplacements, ou bien l'absence de salle adéquate.

III.A.3. Le groupe

Les institutions permettent des prises en soin groupales plus facilement qu'en cabinet libéral (emplois du temps, taille des salles). Les prises en soins individuelles sont aussi possibles mais l'efficacité demandée aux soignants incite à privilégier celles groupales. Ces dernières peuvent être un atout thérapeutique : elles permettent au sujet de (re)trouver une individualité au sein du groupe. Pour établir une prise en soin groupal il faut mettre en place les indications, qui peuvent être communes aux membres du groupe mais aussi spécifiques à chacun.

Les institutions favorisent également la co-animation entre plusieurs professionnels. Ce qui permet l'interdisciplinarité et le croisement des regards cliniques. L'institution permet aussi de faire cadre pour les histoires de vies un peu compliquées, notamment en IME. L'agressivité est parfois

difficile à gérer pour un seul thérapeute, et l'institution peut faire fonction d'enveloppe protectrice et autoritaire tant pour le patient, que pour le thérapeute.

L'équipe soignante est aussi un groupe. Les prises en soin un peu difficiles (la toilette notamment) peuvent ainsi être discutées et élaborées en équipe et le contre-transfert parfois douloureux peut ainsi être dissous dans la dynamique d'équipe : « l'équipe est un groupe institué qui porte une histoire, à son insu. Comme dans tout groupe institutionnel, cette histoire, qui ne doit pas être négligée, est sans cesse à reconstruire. En institution, on hérite toujours d'une histoire, qu'on préférerait parfois ne pas avoir, mais elle est là. Qu'on soit « nouveau » ou « ancien », c'est un peu comme dans une famille, des choses se transmettent de génération en génération, des habitudes, des manières de voir auxquelles finalement on est conduit à adhérer, des histoires auxquelles on s'identifie » [76, p. 24].

Les psychomotriciens peuvent aussi accompagner les équipes en leur proposant des ateliers de travail corporel autour de relaxation, de la sophrologie, ou bien encore d'activités manuelles. Ce temps de retour sur soi permet une meilleure communication au sein des équipes, évite l'épuisement au travail et leur offre un espace d'expression. Ce temps bénéficie ensuite aux patients car les professionnels sont plus à l'écoute, plus calmes et davantage détendus. Mais il est très difficile en pratique de mettre en place ces temps car la culpabilité des soignants (qui pensent que « c'est du temps perdu ») et le manque d'effectif freinent ces possibilités.

III.A.4. L'équipe pluridisciplinaire

L'ensemble des offres d'emploi le précise : « travail d'équipe exigé », « capacité d'adaptation en équipe », ou encore « travail en collaboration et en complémentarité. » Le ton est lancé : la santé d'aujourd'hui est plurielle dans ses interventions et intervenants. Si la pluridisciplinarité est devenue la panacée du système de santé français, les résultats en pratique sont plutôt relatifs : les embauches précises « psychomotricien ou ergothérapeute », sous-entendant que les fonctions et les responsabilités sont inter-changeables. La supervision est une des réponses apportées : c'est un espace de discussion et de réflexion pour les professionnels qui souhaitent y participer.

La reconnaissance du métier n'est pas exclusive aux psychomotriciens : le nombre d'actes réalisés par chacun est gage de l'utilité incontestable de la profession au sein de la structure. Le risque de « la pluridisciplinarité à tout prix » serait « le principe de la démission alternée » [16, p.100] qui voudrait que le patient change de thérapeute au fil des échecs. Les « blocages culturels (individualisme de la « société libérale avancée »), sociologiques (statuts et rôles professionnels cloisonnés) et psychologiques (désir d'omnipotence) entravent le fonctionnement ordinaire des équipes se disant pluridisciplinaires » [16, p.109].

Les limites inter-professionnelles sont floues et la « guerre de frontières » fait rage afin de garder pour soi le plus possible de clientèle (terme auquel on préfère désormais patientèle). Jusqu'à présent, la spécificité de la psychomotricité n'est pas de viser la réadaptation fonctionnelle (comme peuvent le faire le masseur-kinésithérapeute ou l'ergothérapeute), ni de valoriser le muscle mais bien la fluidité du corps dans le mouvement. Les différences se vivent ainsi au cœur de la clinique : là où les kinésithérapeutes ont toutes leurs compétences dans l'utilisation fonctionnelle du corps, le psychomotricien lui, vient questionner l'investissement de ce corps. Une circulaire voit le jour dès 1971

pour éclairer les différences entre kinésithérapeutes et psychomotriciens : « la rééducation psychomotrice est neuro-physiologique dans la technique, psychologique et psychique dans son but, destinée à agir par l'intermédiaire du corps sur les fonctions mentales et psychomotrices perturbées de l'enfant et de l'adolescent ou de l'adulte » [20, p.242].

Les psychologues, eux, ont des compétences fondamentales dans l'analyse des contenus de pensées exprimées par le langage. Les troubles psychomoteurs, eux, ne sont pas résolus par un effet de langage bien qu'ils se dévoilent au cours d'une interaction (celle-ci peut être non verbale). L'ergothérapeute, lui, optimise et favorise le maintien de l'autonomie du patient au travers d'activités diverses. Le psychomotricien, lui, envisage que « le corps est le premier et le plus naturel instrument de l'homme » comme nous le rappelle **M.Mauss** .

L'équipe pluridisciplinaire multiplie les regards, les points de vue et les propositions thérapeutiques autour d'un patient. L'équipe permet, notamment en psychiatrie, de « diluer salutairement entre plusieurs intervenants le transfert massif qui, avec ces sujets, n'est pas un accident mais une constante du traitement. On devrait arriver ainsi à éviter la cristallisation passionnelle, ou à la réduire si on n'a pas pu empêcher son apparition » [16, p.108].

En EHPAD, j'aurais pu travailler cette année avec l'ergothérapeute auprès d'une patiente en surcharge pondérale : comment concilier adaptation du matériel médical et image de soi ? En effet, les douches pourtant tant appréciées par la résidente n'étaient plus possibles : le lève-personne la blesse, la largeur du fauteuil a atteint les limites pour les dimensions des portes, et les soignantes redoutent de s'occuper de Mme A.. Cette dernière a conscience de sa prise de poids continue, a une estime d'elle-même dépréciée et devient de plus en plus désagréable avec le personnel (ce qui a empêché ce « co-travail »). Il a été décidé des toilettes en co-soin Aide-Soignant (AS)/ ergothérapeute ou psychomotricien afin d'associer les savoir-faire et savoir-être de chacun.

De plus en plus, les équipes pluridisciplinaires sont amenées à faire de la transdisciplinarité, c'est-à-dire être capable de transcender sa formation et sa pratique dans un but commun et sans renier sa spécificité : en psychomotricité, il est possible de faire des repas thérapeutiques ou encore de participer aux toilettes. La relation la plus investie par le patient est ainsi priorisée. Cela justifie en partie l'importance des transmissions, qui permettent une communication fluide et complète entre l'ensemble des intervenants. En EHPAD, j'ai pu voir l'importance relationnelle des agents de services hospitaliers (ASH) dans le quotidien des résidents : ils se confient à eux et partagent des moments privilégiés autres que dans le cadre traditionnel du soin.

Le psychomotricien est amené à travailler en collaboration avec une pluralité de professionnels : orthophoniste, kinésithérapeute, médecins, diététiciens, orthoptiste, audioprothésiste, aide-soignant, infirmier, membres de l'administration, tuteurs juridiques, animateurs, agents d'entretien, ou encore commerciaux en matériels médicaux, par exemple. Cette richesse invite le professionnel à acquérir des connaissances dans des domaines vastes et divers afin de partager un langage commun et audible de tous.

L'accent est mis sur la coordination, la coopération et la transversalité entre l'ensemble des professionnels oeuvrant autour du patient. Ainsi, entre 2000 et 2007, les services hospitaliers publics s'organisent peu à peu en pôles. « La grande majorité des établissements a mis en place des pôles réunissant des activités complémentaires ou constituant une filière de soins pour les patients pris en charge. L'organisation en pôles s'est donc appuyée, dans une très large mesure, sur une base médicale cohérente » [104, p. 8].

III.A.5. Des alternatives

L'ESA, tout comme le Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile (SESSAD), sont des dispositifs entre l'institution et le libéral : le professionnel se déplace (domicile, école) mais il peut intervenir avec un collègue (assistant de soin, orthophoniste) et il est salarié du dispositif. De même, les maisons de santé se multiplient en France. Le psychomotricien, au sein de ces maisons, pratique un exercice libéral avec des collaborateurs et à proximité qui se retrouvent régulièrement pour discuter entre eux des prises en soin.

Ces alternatives, plus modernes, comme le pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) en EHPAD, accordent davantage de responsabilités aux psychomotriciens : gestion des plannings d'activités et de présence des équipes, organisation des séances, gestion du groupe de résidents et des équipes, par exemple. *Cependant, la différence professionnelle entre un animateur et un psychomotricien est-elle bien claire au sein d'un PASA ?*

Dans la société contemporaine, le mot d'ordre pour les politiques de santé est l'inclusion. Dans cette optique, un « village Alzheimer » porté par le conseil départemental des Landes est en train de voir le jour au coeur de la ville de Dax [36]. Ce village recevra 120 résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées à la fin de l'année 2019 et plus de 120 professionnels en santé (médecin, infirmier, assistant en soins gériatriques, psychologue, psychothérapeute, ergothérapeute, et psychomotricien, entre autres) soit un professionnel par résident. Il y aura également 120 bénévoles qui encadreront la vie quotidienne des résidents. Le village s'organise autour d'une « bastide », place où se trouvent les commodités ainsi que les cabinets des différents professionnels de santé (qui n'auront donc pas de blouse blanche). Les familles peuvent loger sur place. Ce projet place le patient au coeur du dispositif de soins et acteur de sa maladie. À l'heure où les traitements médicamenteux pour la maladie Alzheimer viennent d'être dé-remboursés, ce village privilégie lui, les approches non-médicamenteuses. C'est un projet unique en France mais qui s'inspire d'une expérimentation déjà réussie à Weesp, près d'Amsterdam, créée en 2009.

B. Réflexion autour de l'exercice de la psychomotricité en libéral

III.B.1. Individuel

Les prises en soin individuelles sont plus rares en institution car les politiques de fonctionnement s'orientent principalement autour de la quantité : il faut justifier de ne pas rencontrer chaque patient ou résident de la structure, comme pourrait le faire une animatrice, car la psychomotricité est soumise à des indications qui sont bien spécifiques.

La relation duale que suggère une prise en charge en psychomotricité en cabinet libéral permet de créer une alliance thérapeutique sereine et *sécur*e avec des patients pour qui les relations peuvent s'avérer compliquées. La prise en charge libérale est une succession de rencontres avec des patients aux histoires de vie unique et aux expériences et capacités/incapacités diverses. Le défi est donc de rester attentif aux besoins du patient et de savoir rencontrer chaque patient à un rythme parfois effréné.

La relation particulière qu'entretient le psychomotricien est aussi valable pour les parents (en institution la rencontre avec les familles se fait plus rarement qu'en cabinet). Lors de mon stage, j'ai pu voir l'importance des mots et de la posture du professionnel lors des entretiens avec la famille et lorsque les parents sont présents dans la séance. Nous nous incluons bien souvent dans un parcours de soin déjà bien rempli de médecins, thérapeutes et infirmiers : *comment l'annonce du trouble, du handicap et/ou de la maladie a été vécue ? Comment est le quotidien ? Comment envisagent-t-ils l'avenir ? Lorsqu'il n'y a pas de diagnostic, et donc pas de réponses, comment accompagner le sentiment de solitude du patient et de l'entourage que j'ai pu entendre exprimé ?*

J'observe dans le discours parental, lors des équipes éducatives et dans les articles [68], l'utilisation du terme : « notre » psychomotricien. Pour les parents, le psychomotricien libéral ne porte pas de blouse, tient un discours tourné vers l'avenir (développement) et met en avant les capacités de leur enfant, il démontre avec l'enfant qu'il « est capable de ». Les parents investissent donc la psychomotricité car c'est un espace thérapeutique tant pour leur enfant que pour la relation qu'ils entretiennent avec lui.

Le caractère « individuel » des séances est aussi valable pour le psychomotricien : il est seul en séance avec son patient. Il est le seul réceptacle de ce qui se passe en séance, il est donc nécessaire d'avoir acquis des savoir-faire et des savoir-être préalable. Le psychomotricien installé en cabinet libéral doit donc communiquer de lui-même avec les autres soignants du patient, le médecin généraliste étant le chef d'orchestre de la prise en soin. En libéral le psychomotricien est exposé : avec le patient, avec la famille, avec les autres professionnels, lors des équipes éducatives, pour les informations préoccupantes, pour les décisions difficiles (placement en institution). La responsabilité morale qui incombe au professionnel n'appartient qu'à lui.

III.B.2. Aspect financier

Le psychomotricien en cabinet libéral gère seul son cabinet : les rendez-vous, la communication, son matériel, ses congés (remplacement) ainsi que son salaire qui n'est donc pas fixe (comme en institution). Le professionnel se retrouve à demander le dû de la séance, ce qui peut parfois le placer dans une situation inconfortable. Les séances ne sont pas remboursées (elles peuvent l'être en partie par les mutuelles). Or, bien souvent, ce sont des familles avec une histoire compliquée, pour qui le règlement des séances peut s'avérer difficile, qui nécessitent une prise en soin psychomotrice.

En institution, l'aspect financier peut aussi se poser. Notamment pour les EHPAD, où le prix journalier ne dépend pas du revenu des résidents. Une « sélection naturelle financière » des établissements se fait donc en fonction du niveau de vie. Les EHPAD publics ont une certaine capacité d'accueil, avec le vieillissement de la population, *pourrons-nous accueillir et accompagner l'ensemble de nos futurs aînés ?*

Le fait que ce soit aux parents de payer ou bien au patient lui-même lorsqu'il vient en séances, m'a permis d'observer deux caractéristiques :

- L'attente est forte : le paiement sous-entend un service qui doit amener des résultats. Le psychomotricien est donc garant d'une amélioration ou du moins d'une transformation de l'état psycho-corporel actuel du patient ;
- L'implication de la famille et du patient : Ils se sentent concernés et assidus, les rendez-vous manqués sont généralement minoritaires. En institution, j'ai pu assister à de nombreux rendez-vous « oubliés ». L'investissement en séances ne dépend pas que de l'aspect financier, mais il y contribue.

Par ailleurs, en libéral, il peut également y avoir des arrêts brutaux de suivis, il faut le savoir car cela peut être très déstabilisant. Il est à noter que les médiations utilisées en cabinet libéral peuvent être les mêmes qu'en institution, mais le matériel est à la charge du professionnel.

III.B.3. Parcours d'une installation en libéral

Tout d'abord, pour exercer, il faut être détenteur du diplôme d'État de psychomotricien. Selon les articles L4334-1 et L4334-2 du code de la santé publique, « L'usage sans droit de la qualité d'ergothérapeute ou de psychomotricien ou d'un diplôme, certificat ou autre titre légalement requis pour l'exercice de ces professions est puni comme le délit d'usurpation de titre » donc de la même façon qu'une usurpation d'identité. « L'exercice illégal de la profession d'ergothérapeute ou de la profession de psychomotricien est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende » [58].

On doit ensuite faire valider son diplôme à l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour obtenir un numéro professionnel ADELI et une carte professionnelle (CPS). Il faut aussi se déclarer à l'Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF) et à la Caisse

Interprofessionnelle de Prévoyance et d'Assurance Vieillesse des professions libérales (CIPAV) qui est la caisse de retraite concernée pour cette profession.

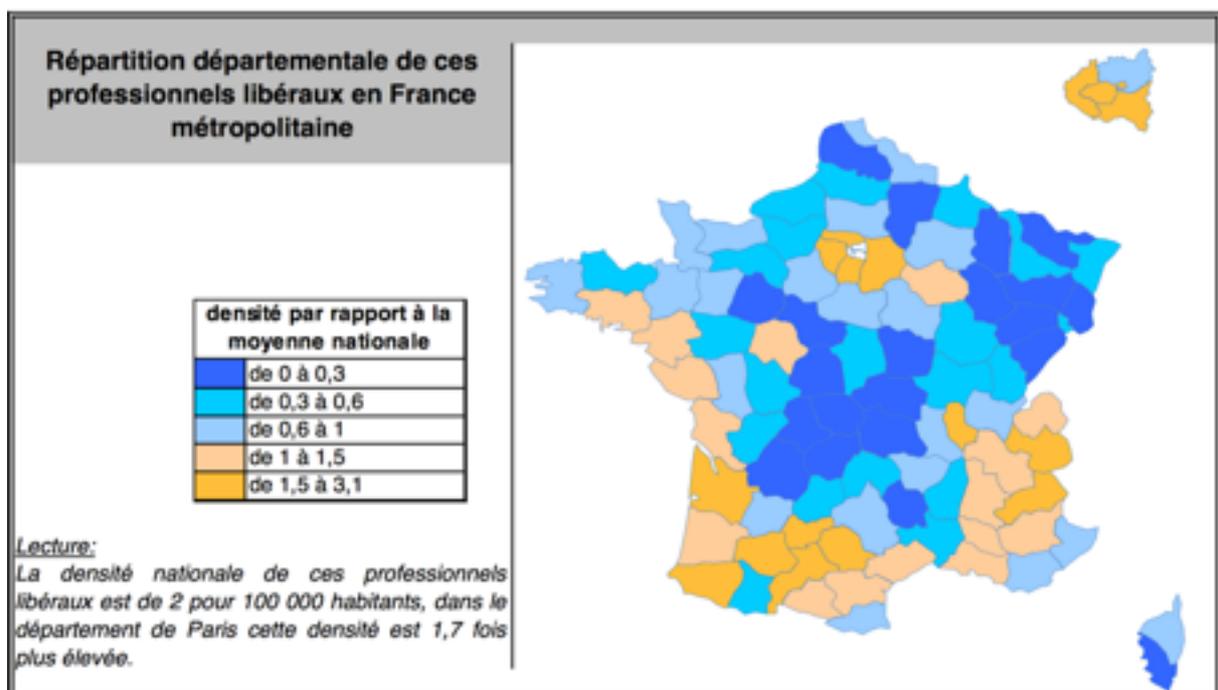
Le psychomotricien peut envisager diverses formes juridiques pour s'installer :

- la micro-entreprise (anciennement auto-entrepreneur), Le seuil de chiffre d'affaires à ne pas dépasser est de 70 000 € par an,
- L'entreprise individuelle s'il est seul,
- ou la société d'exercice libéral.

Une fois installé, le psychomotricien doit entreprendre des démarches afin de se faire connaître auprès des autres professionnels et notamment les médecins prescripteurs.

Il n'y a pas d'ordre des psychomotriciens libéraux mais l'association française des psychomotriciens libéraux (AFPL) demande à ses adhérents de respecter une « charte éthique et déontologique » (l'adhésion à l'AFPL n'est pas obligatoire pour l'installation).

Voici la répartition départementale des psychomotriciens libéraux en France [35] :



Partie 3. Quels enjeux et quelles perspectives d'avenir pour la profession ?

La psychomotricité est une profession émergeant d'un passé riche et qui possède de multiples facettes. Dans cette dernière partie, je propose d'envisager la question : quelles perspectives d'avenir et quels enjeux pour la profession ? Dans un premier temps, en identifiant les enjeux d'aujourd'hui pour demain. Ensuite, je propose de discuter autour de l'avenir de la formation : qu'en-est-il de l'universitarisation et de la réingénierie ? Enfin, je tenterai de mettre en évidence les perspectives d'avenir de la profession à travers la proposition d'un nouveau décret de compétences « réactualisé ».

I. IDENTIFIER LES ENJEUX POUR DEMAIN :

A. Une identité professionnelle en construction

III.A.1. L'identité professionnelle...

Pour être connu et reconnu, il faut avoir une identité à exposer et faire reconnaître. L'identité est une construction subjective en interaction avec son environnement [82]. La maturation de l'identité se situe dans le développement cognitif de l'enfant vers 18 mois (permanence de l'objet, du Moi) selon la théorie Piagetienne.

À la question « qui êtes-vous ? » On peut imaginer que la première réponse donnée en majorité serait le nom et le prénom. *Mais ensuite ?* Souvent, l'individu a tendance à se décrire par son rôle familial (père, fille, petit-fils) mais aussi pas son travail : le travail fait partie de l'identité sociale. On a là des sphères chargées symboliquement selon chacun : affectif et statut social. Dans certaines pathologies, la question de l'identité fait appel à un univers définie qui appelle à des réponses répétitives, ou bien à une absence de réponses. Avoir une identité ne veut donc pas dire être identique à autrui mais bien partager des caractéristiques communes. Avoir une identité c'est pouvoir construire une contextualisation de soi : selon le contexte, j'ai une identité immédiate qui peut changer constamment : dans un supermarché je suis une cliente, chez le médecin je suis une patiente, lorsque je parle avec mon enfant je suis une mère etc... « Je suis » par rapport à autrui, c'est l'autre qui donne du sens à mon « je », « le moi est le fruit d'un processus social » [82, p.93].

La façon dont on se définit implique chez celui qui écoute une représentation mentale de notre identité : la personne va retenir des éléments qui lui semblent pertinents et va se construire une idée de nous. L'identité est donc fondamentale dans la connaissance et la reconnaissance d'autrui car mon identité n'est peut-être pas la même entre celle que j'incarne et celle que les autres interprètent.

L'identité fait écho au sentiment de continuité d'être, au sentiment d'exister. Elle est relative à notre propre maturation neurologique et aux expériences sensori-motrices vécues et éprouvées. On le voit dans les pathologies relatives à la mémoire (amnésie, démences) : *qui suis-je puisque je ne sais pas qui j'étais ?* C'est en cela aussi qu'il est intéressant d'étudier le passé d'une profession, car il

constitue le socle identitaire de la construction sociale et commune de celle-ci. Ce passé reflète aussi l'identité culturelle qui s'est construite autour de la psychomotricité d'aujourd'hui et de demain.

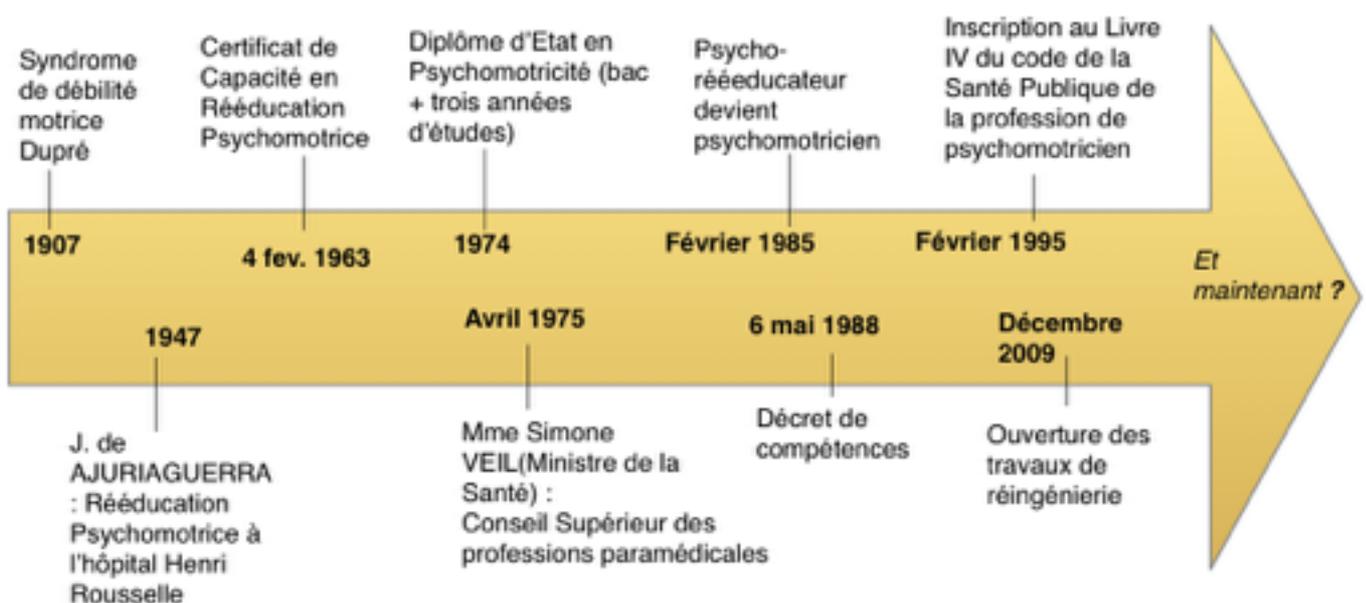
L'identité de groupe s'appuie aussi sur une contextualisation et sur des caractéristiques communes. Le sentiment d'appartenance au groupe est fondamental pour construire une identité groupale : les psychomotriciens partagent une formation commune et développent des savoir-faire semblables. On peut dire que la formation amène à réfléchir sur des valeurs communes qui constituent la psychomotricité. C'est cette formation et ces expériences similaires qui permettent aux psychomotriciens de se comprendre et de communiquer facilement entre eux.

Le travail constitue une quête, un projet de vie, il donne un sens à chacun et constitue en cela une part importante de l'identité : je sais qui je suis car je sais ce que je fais. Être psychomotricien et exercer la psychomotricité constitue une identité groupale (activités semblables), une identité sociale (même formation et même métier) et une identité professionnelle (même référentiel de compétences). L'identité liée au travail serait donc davantage objective, colorée par l'identité subjective du sujet. L'identité professionnelle est alors une facette de l'identité sociale, prise dans un contexte particulier : sur son lieu de travail, l'identité professionnelle prédomine sur les autres identités.

L'identité professionnelle est régie par des cadres éthiques déontologiques et légaux [105]. L'identité est plurielle, évolutive en fonction des expériences vécues, et est remaniée et enrichie tout au long de la carrière du sujet. Il en est de même pour la construction de l'identité professionnelle des psychomotriciens : qu'elles en ont été ses remaniements ?

III.A.2. ... en construction

Envisageons l'histoire de la construction identitaire de la psychomotricité sous la représentation occidentale du temps : une frise chronologique, symbolisée par une flèche qui pointe vers l'avenir.



La reconnaissance de la psychomotricité par l'État permet aux psychomotriciens de se forger une identité qui passe par un travail offrant une reconnaissance sociale. Or, la reconnaissance de la psychomotricité par le système de santé français n'a pas été évidente car les autres professionnels ont vu chez les psychorééducateurs, une menace quant à leur clientèle. Cette crainte se concrétise en juin 1976 lorsque la Confédération Nationale des auxiliaires médicaux avec la Fédération des kinésithérapeutes français déposent une requête pour interdire le monopole aux psychorééducateurs (qu'on appelle aujourd'hui psychomotriciens). Malgré la nécessité de la création d'une nouvelle profession pour répondre aux demandes de soins, la crainte de la nouveauté freine l'émergence de la psychomotricité d'aujourd'hui.

Le rôle de l'État est de garantir la qualité de la formation et de l'exercice de la profession, ce qu'il s'engage à faire lorsqu'il accorde notamment le diplôme d'État aux psychorééducateurs en 1974. C'est Pierre Mesmer, en 1974, alors Premier ministre qui, avec le décret 74-112, porte création de ce diplôme d'État de niveau III, c'est-à-dire reconnu comme bac + 2.

Le 26 janvier 1979 a vu une journée d'action unitaire des professionnels et des étudiants en psychomotricité : grève, pétition et manifestation au Ministère de la Santé, puis à l'Élysée, concernant le statut de la profession et les problèmes de la formation. Il n'y aura pas de conséquences directes à cette journée mais le 3 mars 1980, les psychorééducateurs accèdent au statut hospitalier grâce au décret n°80-253. Le décret n°85-188 en 1985 transforme l'appellation de psychorééducateur en celle de psychomotricien.

L'identité professionnelle du psychomotricien est donc une identité à part entière. Il s'agit d'une identité adaptative *aux* identités et/ou à l'identité du patient. Elle est ainsi l'épiderme dont le derme serait l'identité d'étudiant et l'hypoderme serait l'identité de soi. C'est l'accumulation de ces « peaux » qui permet aux professionnels d'être assurés dans leur pratique. L'expérience permet de continuer à la modeler et à l'étoffer.

B. Les enjeux sociétaux pour demain

Les professions de santé vont être amenées à évoluer en fonction des demandes de soin et des besoins de la population. Identifier les enjeux sociétaux permettent de pouvoir répondre efficacement et justement à ces besoins. Quels enjeux concerne la santé de demain, et donc la psychomotricité ?

I.B.1. Le vieillissement de la population

La population française vieillit avec de plus en plus de handicap et de maladies chroniques qui l'accompagne. selon le bilan démographique de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) réalisé en 2014 [55], les personnes de soixante ans et plus, représentaient 24,4 % de la population française en janvier 2014 contre 16,1 % en 1946.

Selon L'INSEE, 22,3 millions de personnes seront âgées de 60 ans ou plus en 2050 (un habitant sur trois) contre 12,6 millions en 2005 (un habitant sur cinq). En 2005, la proportion des jeunes de moins de 20 ans est tombée à 25,2 % contre 30,4 % en 1980. L'espérance de vie française, qui fait partie des meilleures au monde, n'a cessé d'augmenter depuis les années 50, avec toujours un écart selon les sexes mais qui tend à se réduire. L'écart entre la population âgée et jeune se réduit donc peu à peu. L'INSEE prévoit ainsi que le pourcentage des personnes âgées dans la population dépassera celui des jeunes d'ici 2050.

La vieillesse, qu'elle soit pathologique ou physiologique, présente une détérioration de l'état de santé et un deuil (capacités d'antan) pour la personne. « Conséquence du recul de la fécondité, puis d'une plus grande longévité, le vieillissement de la population se manifeste par une élévation de l'âge moyen, qui est passé de 32,4 ans en 1901 à 39,5 ans en 2005 » [99, p.26]. Depuis 1993, il existe un fond de solidarité vieillesse à la sécurité sociale [81].

La prise en charge de nos aînés est un enjeu sociétal d'aujourd'hui car hier les personnes âgées étaient moins nombreuses. L'avancée médicale et le *papy-boom* des années 60-70 ont contribué à allonger l'espérance de vie et multiplier la démographie des personnes âgées. En 2002, les pouvoirs publics créent l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) délivrée par chaque département. Le débat national sur la place des aînés et des retraités est donc relégué à l'échelle locale. En Gironde, en 2016, 5,2% des plus de 60 ans ont reçu l'APL à domicile contre 3,2% en établissement [50].

L'enjeu majeur du vieillissement est avant tout économique : les personnes âgées doivent pouvoir rester à leur domicile. Derrière cette question du maintien à domicile est sous-entendu le maintien de l'autonomie. Or, en Gironde, en décembre 2016, on dénombrait 19,1 places en Service Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) pour 1000 personnes de 75 ans et plus [50] : la réalité du terrain est donc encore timide par rapport aux ambitions des souhaits gouvernementaux.

Mme L. est âgée de 70 ans, vit à domicile avec son époux et est sous traitement pour dépression. Le couple refuse le placement en EHPAD, je la rencontre dans le cadre de mon stage en ESA. Mme L. est suivie à domicile par le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) pour la toilette et par les assistants de soins (AS) de l'ESA formés par l'ergothérapeute et la psychomotricienne (à mi-temps chacune dans l'équipe). Ce suivi permet à Mme L. de bénéficier d'une stimulation cognitive, d'une prévention de la perte d'autonomie et d'un réinvestissement corporel et narcissique tout en restant à domicile : l'importance du domicile est d'autant plus fondamentale lorsque l'on se trouve dans une situation de refus de soins.

I.B.2. La santé 2.0

« La santé 2.0 est une déclinaison de l'appellation Web 2.0, qui offre à chacun la possibilité de communiquer et de partager de l'information ou des expériences vécues grâce aux nouvelles technologies en réseau » [71, p.25]. Aujourd'hui, l'internet propose une mine d'or d'informations sur une pluralité massive de sujets. La santé en fait partie : il existe des sites qui proposent des diagnostics (*Docteur Google* par exemple), avec un recueil de symptômes et une réponse (tant attendue) à la fin. Le danger de ces sites est une mésinformation (créant parfois une panique non fondée) du potentiel

patient et un « remplacement » des médecins par un diagnostic non personnalisé et sans prise en compte des diagnostics différentiels nombreux possibles.

Des forums ont également émergé, permettant aux patients notamment de maladies chroniques ou orphelines, de se mettre en contact afin de partager leurs vécus. Des échanges virtuels sont également possibles pour l'entourage et les aidants de malades. Ces sites permettent parfois de rompre l'isolement social causé par la maladie et donne le sentiment d'appartenance à une communauté, qui peut être soit virtuelle, soit réelle (les associations locales ou nationales).

La psychomotricité a vu naître internet dans les années 90 ainsi que les inventions technologiques modernes qui permettent aujourd'hui aux sciences médicales d'affiner leurs diagnostics, d'opérer avec des robots ou encore de faire des consultations à distance. Ces innovations représentent une société de plus en plus virtuelle qui investit beaucoup les médias comme source d'informations. Lorsque l'on s'intéresse aux reportages sur la santé ou bien aux séries télévisées et aux films à thème médical, on voit notamment une représentation très accrue des médecins et des infirmiers : on peut avancer que la médiatisation d'un métier contribue fortement à sa reconnaissance universelle au sein de la population et inversement.

Il existe des « passeports santé » sur internet, par exemple pour la vaccination, qui vous permettent de savoir si vous êtes à jour dans vos rappels. Dans le même registre, on trouve depuis cette année, « gratuitement sur Internet, le Dossier Médical Partagé (DMP) est un carnet de santé numérique qui réunit toutes vos informations médicales » [45]. Ce carnet de santé (non obligatoire) dont l'accès et la confidentialité sont gérés par le patient lui-même, permet une transdisciplinarité cohérente qui évite la redondance des soins et permet une transmission éclairée des informations pour les différents professionnels intervenants. Le patient et son médecin traitant ont donc accès aux renseignements relatifs à l'ensemble de la prise en charge du patient.

La télémedecine (projet amorcé par le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010) est définie aujourd'hui par le code de santé publique (art. L.6316-1), comme une une forme de pratique médicale à distance qui permet d'élargir l'offre de soin sur les territoires. Dans ce dispositif, la téléexpertise, qui « permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication » [45] est un outil dont pourraient aussi se servir les psychomotriciens afin de communiquer avec les autres partenaires soignants.

Nous avons pu expérimenter au cours du module interprofessionnel une application mobile (*PAACO-globule*) mettant en lien les différents soignants autour d'un patient à domicile : les échanges ont pu être riches, faciles et complémentaires mais il se pose ici la question de l'intimité du soignant qui, lorsqu'il rentre chez lui le soir, peut continuer à recevoir des notifications relatives à son travail sur son téléphone personnel.

Aujourd'hui, la connaissance médicale ne vient plus des autopsies mais de l'imagerie, les progrès techniques et technologiques virtualisant ainsi la santé. Il existe même des applications sur smartphones qui peuvent vous donner une « vérification rapide » de votre pression artérielle, fréquence

cardiaque, respiratoire et de votre capacité pulmonaire, entre autres. *Mais le calibrage des capteurs de téléphones est-il identique à celui des appareils médicaux ?* Nous avons fait le test avec une application qui mesure la pression artérielle et la fréquence cardiaque : les résultats sont parfois incohérents et la marge d'erreur est élevée.

Le virtuel fait partie du quotidien des patients. Les polémiques autour de « l'autisme lié aux écrans » est vif et chacun est exposé à la nouvelle technologie. En thérapie psychomotrice, j'ai pu assisté à des séances groupales en institut médico-éducatif avec une console de jeu vidéo autour de la danse. Ce dispositif permet de rencontrer les enfants autour d'un domaine qui les intéresse et peut participer à la prévention : en mettant le corps en mouvement, ce jeu participe à sensibiliser les enfants, notamment en surcharge pondérale, afin de prévenir la sédentarité et les problèmes de santé qui en découlent.

I.B.3. Les déserts médicaux et paramédicaux

Pour lutter contre les déserts médicaux ou dit aussi « zones sous-dotées » [35], le gouvernement a mis en place en 2012 le « pacte territoire-santé ». Il encourage l'installation des jeunes médecins en zone rurale, notamment par une augmentation du nombre de Contrats d'Engagement de

Service Public (CESP) et par la multiplication des maisons de santé (1000 maisons de santé en services en 2017). « Notons que le pacte Territoire santé du gouvernement de 2012 visait à lutter contre les « déserts médicaux » quand le plan du nouveau gouvernement ambitionne de renforcer l'accès territorial aux soins, sans mentionner explicitement les « déserts médicaux » [17, p.363]. D'initiative locale, les maisons de santé permettent aux habitants d'avoir accès à une offre de soins riche, pluridisciplinaire et coordonnée par un projet de santé commun et validée par l'Agence Régionale de Santé (ARS, créée en 2010).



Aujourd'hui la problématique n'est pas tant d'avoir une répartition équilibrée de médecins généralistes (la télémedecine peut en être une réponse) que d'avoir un accès égalitaire aux soins. **Roy Penchansky** et **J. William Thomas** décrivent, en 1981, l'accès aux soins selon cinq dimensions centrales : la disponibilité de l'offre, l'accessibilité spatiale, l'organisation des services de santé (les horaires), l'accessibilité financière et, enfin, l'acceptabilité des soins selon les attentes des patients et leurs caractéristiques [17].

Pour la psychomotricité, **la disponibilité de l'offre** libérale est en augmentation. **L'accessibilité spatiale** est favorisée par l'installation dans les maisons de santé et les cabinets avec

collaborateurs. Pour **les horaires**, cela se complique. En effet, La loi d'instruction votée le mercredi 13 février 2019 rend l'école obligatoire, dès la rentrée 2019, à partir de 3 ans (contre 6 ans jusqu'à aujourd'hui). Cette loi pour « l'égalité des chances » n'autorise pas l'absentéisme pour les rendez-vous paramédicaux (ex: psychomotricité, orthophonie). Les horaires traditionnellement surchargés (mercredi après-midi ou heures de repas) le seront davantage et on devra faire face à une impasse : des journées « vides » pour les professionnels et un manque de rendez-vous pour les familles. Il ne s'agit pas de choisir entre l'éducation et les soins mais d'envisager que l'un et l'autre soient co-dépendants.

L'accessibilité financière est contrainte par le non-remboursement de la sécurité sociale qui engage l'ensemble des frais par les familles. La prise en charge de certaines mutuelles et les aides financières possibles sont facilitantes mais ne parviennent pas encore à assurer l'accès à la psychomotricité pour tous ceux qui en auraient besoin.

Enfin, **les attentes des patients** sont à mettre en regard avec la connaissance de la psychomotricité : je sais ce que fait ce professionnel, je suis donc en capacité de pouvoir y associer mes besoins. Les caractéristiques des pathologies et des besoins des patients sont définies par le décret de compétences et sont donc relatives à la reconnaissance de la profession.

Le développement des pratiques libérales et de proximité pour tous appartient aux missions de l'ARS sur le plan régional ainsi que de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) au niveau national. Sur le site *cartosanté.fr* de l'ARS, on trouve une cartographie avec de nombreux indicateurs, pour les médecins généralistes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes et les orthophonistes, on ne trouve aucune information pour les psychomotriciens.

Une étude australienne [75], mais que l'on pourrait sans doute reproduire en France, a mis en évidence que les étudiants issus du milieu rural ont plus de probabilités que les autres de s'y installer et d'y rester. La prise en compte de l'origine géographique des étudiants favorise l'installation de jeunes médecins (et d'autres professions) dans des espaces sous-dotés. On peut ici faire le parallèle avec les antennes délocalisées de la PACES et la réforme des études de santé (qui souhaite diversifier les profils des étudiants) qui peuvent, peut-être, permettre d'obtenir le même résultat à terme.

L'enjeu aujourd'hui est donc de « faire plus avec moins », comment ? Avec le regroupement pluriprofessionnel et la délégation des tâches (vaccination par les pharmaciens, infirmiers de pratiques avancées (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016), orientation au bon professionnel paramédical, par exemple). Revaloriser le travail d'équipe transdisciplinaire et permettre, dès les formations de chacun, une connaissance éclairée de ses futurs collègues, permettrait sans doute, tant pour le patient que pour les professionnels, un parcours de soin plus fluide et plus complet. Multiplier la diversité de l'offre permettrait aussi d'être en cohérence avec la loi L-1110-8 du code de santé public qui défend le libre choix du praticien pour les usagers du système de santé.

I.B.4. Le patient acteur et au cœur de sa prise en soin

La prévention est au cœur des préoccupations de santé publique. Le patient est appelé à être de plus en plus autonome, connaisseur de sa pathologie et acteur de sa prise en soin. Pour être autonome, le patient doit savoir : l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est aujourd'hui en plein

essor. « L'ETP s'adresse aux sujets porteurs de maladies chroniques qui ont pour particularité de ne pas guérir même si, pour certaines d'entre elles, on parle de « rémission » ou de « stabilisation ». Les maladies chroniques nécessitent des soins continus ayant pour objectifs d'en contrôler, d'en ralentir l'évolution, voire d'en éviter les complications ». Les « malades sont invités à s'autonomiser et conduire un ensemble d'activités d'autosurveillance et de soins en dehors de l'hôpital de manière à faire baisser les coûts de santé » [100, p.13].

Les patients ou malades, sont souvent laissés en marge de la société, notamment dans le milieu professionnel. Une campagne mondiale « *Fighting Cancer* » menée au printemps 2018 par *cancer@work* souhaite sensibiliser à la valorisation professionnellement l'expérience de vie de la maladie car « les personnes atteintes d'un cancer doivent non seulement se battre contre la maladie, mais aussi contre la période blanche sur leur CV. Pour le salarié, le cancer est souvent synonyme d'isolement et de rupture dans son parcours professionnel » [47].

La maladie est davantage vue aujourd'hui comme un « défi », la part actif du patient est grandement recherchée ainsi que sa motivation : « la motivation et le désir sont liés. Elle renvoie à l'appréhension par le sujet du plaisir, notamment du plaisir de vivre » [31, p.116]. La démotivation est ainsi synonyme de perte de l'élan vitale menant irrémédiablement à la mort. Il serait donc intéressant de réfléchir à l'impact de la motivation dans le soin. En pratique, cet impact est évident : la motivation facilite la bonne observance des traitements, la participation en séances, l'implication dans la rééducation, l'investissement dans le parcours de soin, par exemple.

La prévention est aussi un enjeu majeur en crèche ainsi qu'en EHPAD et en SSR : dans ce dernier, spécialisé en gériatrie, j'ai pu participer à des ateliers « relevé du sol », indispensables pour que les néo-opérés (souvent à la suite d'une chute) puisse reprendre confiance en eux et en leurs appuis.

Aujourd'hui, nous sommes témoin d'une approche ascendante de la médecine où les informations parviennent du patient lui-même et où il est concerné et davantage autonome face à la maladie, on est loin de la situation de jadis : le médecin savant opposé au patient profane. En témoigne les patients-experts : patient qui a acquis de solides connaissances de sa maladie au fil du temps (grâce notamment à l'éducation thérapeutique). Il ne remplace pas le soignant mais il favorise le dialogue entre les équipes médicales et les malades, facilite l'expression des autres patients et contribue à améliorer la compréhension du discours des équipes soignantes. Pour l'instant, il n'existe pas de reconnaissance institutionnelle du statut de patient-expert en établissement de santé. Pour autant, des associations de patients, des universités et des hôpitaux ont lancé des formations destinées à ces patients-experts. Ainsi, par exemple, en 2009, **C. Tourette-Turgis**, enseignante en médecine à l'université Pierre et Marie Curie, a ouvert la première Université des Patients. Elle propose des diplômes universitaires destinés à former des patients-experts sur les maladies chroniques et sur l'éducation thérapeutique. Les universités de Grenoble et Marseille s'investissent aussi dans ces formations. L'université de Paris 13, quant à elle, implique des patients-experts dans la formation des futurs médecins généralistes. Il y a aujourd'hui en France, 123 patients-experts souffrant de diverses pathologies (cancer, VIH, diabète, sclérose en plaques...) qui sont diplômés en éducation thérapeutique [53]. Il existe aussi la méthode du patient-traceur [53] qui permet d'améliorer la qualité des soins et la coordination pluridisciplinaire après l'analyse *a posteriori* du parcours du patient.

Demain, le système de santé va donc évoluer en corrélation avec le vieillissement de la population, la nouvelle technologie, les déserts médicaux et paramédicaux et une plus grande place accordé au patient.

II. QUEL(S) AVENIR(S) POUR LA FORMATION ?

A. La réingénierie

II.A.1. Qu'est-ce que c'est ?

Le ministre de l'éducation français, ainsi que de 28 autres pays européens, signent les accords de Bologne le 19 juin 1999. Cet accord engage une harmonisation des études supérieures européennes avant la fin de l'année 2017 : la réingénierie de la profession et de la formation en psychomotricité en France n'a pas été encore définie, cela ne répond donc pas aux engagements pris par le gouvernement français.

1 crédit =	25 à 30 heures d'activités d'apprentissage
une année de formation =	36 à 40 semaines = 60 crédits = 1400 à 1600 heures de travail
un bachelor/ licence =	180 à 240 crédits
un master =	60 à 120 crédits
un doctorat =	nombre de crédits à déterminer

La réingénierie, qui repose sur les processus de Bologne, a pour but de mettre en place des études en trois cycles, une reconnaissance académique et professionnelle, et une démarche qualité commune à l'ensemble des études supérieures européennes.

La formation en psychomotricité est actuellement régie par et par le décret de 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, et l'arrêté du 7 avril 1998 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de psychomotricien.

II.A.2. Crédits ECTS

Parmi les objectifs de cet accord, on peut parler des « *european credit transfer system* » ou plus communément appelés crédits ECTS. Ces crédits représentent les nombres d'heures de cours ainsi que le travail personnel (mémoire, stages) de l'étudiant. Ils peuvent être capitalisés afin d'être exportés dans une autre formation, voire même un autre pays. Les crédits ECTS permettent une reconnaissance académique des études à l'étranger.

En France, l'organisation des diplômes passe par la reconnaissance du principe en trois cycles : « licence-master-doctorat », soutenue par la création des crédits ECTS. Il est cependant laissé une grande liberté aux universités, créant une grande diversité dans la mise en place des parcours de formation français.

On peut imaginer que ces crédits ECTS puissent être davantage diversifiés : crédits spécifiques aux engagements associatifs (élus étudiants, projets humanitaire et de solidarité internationale,

solidarité locale ou tutorat). Ces projets engagent du travail personnel de la part de l'étudiant, qui pourrait être valorisé par la mise en place de crédits ECTS accordés et associés.

La non reconnaissance du parcours de formation « psychomotricien », malgré le diplôme d'État, en crédits ECTS, influe un sentiment d'injustice auprès des étudiants dont le travail n'est pas reconnu à égalité d'autres filières.

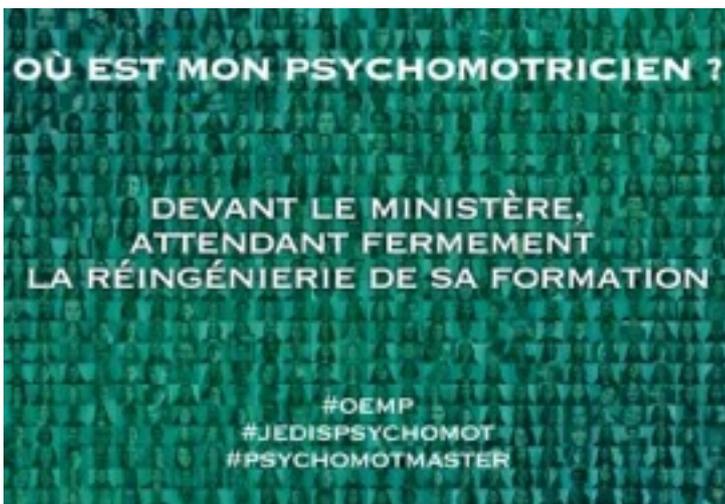
II.A.3. Historique de la réingénierie

En 2008, la France lance les réformes en lien avec les accords de Bologne pour l'ensemble des formations en santé et en profite pour réactualiser les référentiels de chaque métier : la psychomotricité ne sera pas réactualisée. Cette réactualisation porte sur les actes autorisés du

professionnel, les compétences requises pour exercer la profession, et la formation nécessaire pour acquérir ces compétences. Le champ de compétences des professionnels est revu et élargi.

En 2010, les psychomotriciens construisent, et font valider par les autorités, le nouveau référentiel d'activités ainsi qu'un référentiel de compétences actualisé.

En 2011, les travaux de réingénierie sont suspendus.



En septembre 2015, un élan virtuel se met en place, réunissant les psychomotriciens sous une série de visuels répondant à la question « où est mon psychomotricien ? », comme on peut en avoir un aperçu ci-dessus [33].

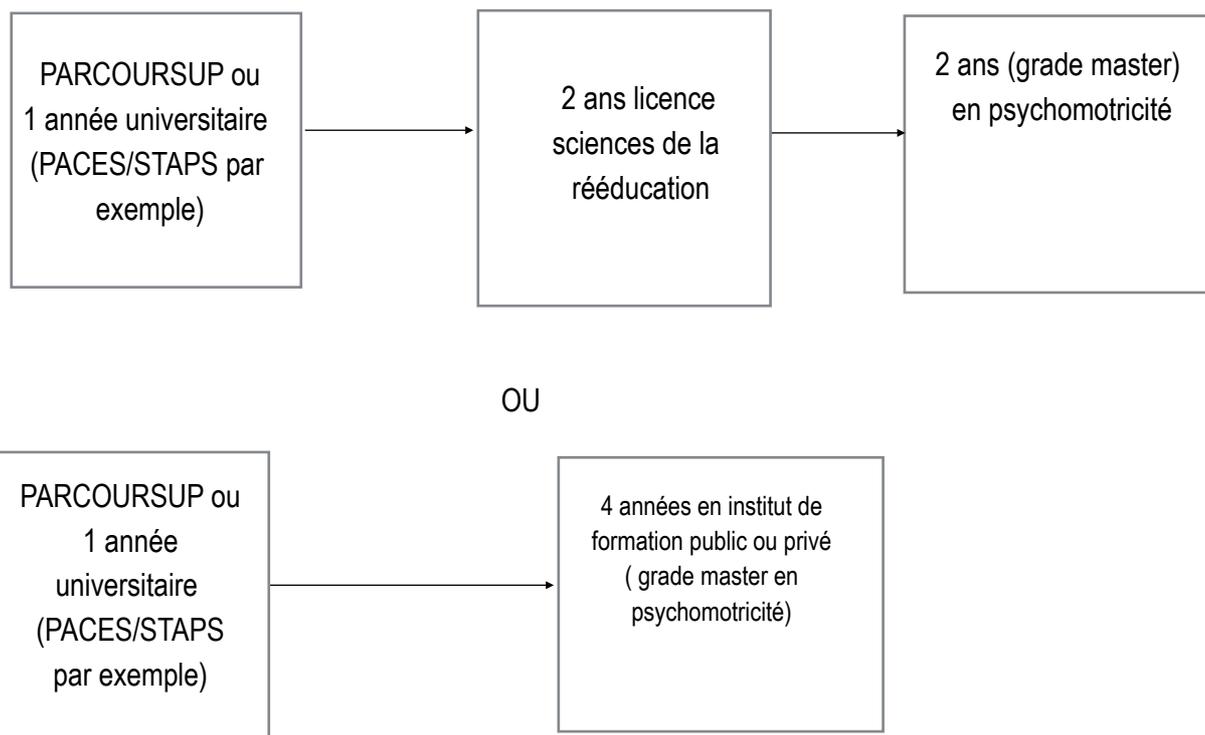
En novembre 2015, **Mr Grand**, sénateur de l'Hérault, interpelle le ministère des affaires sociales et de la santé afin de reprendre les travaux sur la réingénierie. La réponse qui sera donnée au sénateur est la suivante : « en s'appuyant sur les conclusions du rapport des deux corps d'inspections des affaires sociales et de l'administration, de l'éducation nationale et de la recherche (IGAS-IGAENR) sur la poursuite du processus d'intégration des formations paramédicales dans le dispositif Licence-Master-Doctorat (LMD), qu'une reprise des travaux de réingénierie de l'ensemble des formations ayant vocation à intégrer le processus LMD, incluant la formation des psychomotriciens, doit être définie prochainement » [63].

En février 2016, lors de la grande conférence de santé, la ministre de la santé évoque le rapprochement des formations médicales et paramédicales avec l'université.

En novembre 2016, c'est **Mr Lenoir**, ancien sénateur de l'Orne, qui interpelle à nouveau le ministère sur la suspension des travaux de réingénierie. La réponse sera identique à celle donnée à Mr Grand. Les travaux sur la réingénierie reprendront finalement au premier trimestre 2017.

C'est en juin 2017, que le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et de l'Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche (IGAS-IGAENR) [91] sera publié.

Ce rapport met en avant deux possibilités de parcours :



Il existe des organismes qui sont les « porte-parole » de leurs adhérents : les associations de professionnels comme l'association des psychomotriciens de la Gironde (APGIR) ; les associations d'étudiants de chaque IFP comme l'Association Bordelaise des Étudiants en Psychomotricité (ABEP), réunies sous un bureau national, appelé Association Nationale des Étudiants en Psychomotricité (ANEP); et les syndicats professionnels que sont le Syndicat National d'Union des Psychomotriciens (SNUP) et la Fédération Française des Psychomotriciens (FFP).

La délégation, composée des directeurs d'IFP, des syndicats et fédérations professionnels ainsi que de l'ANEP, travaillent sur un parcours de cinq ans en institut. Les étudiants que j'ai pu rencontré me livrent un témoignage similaire : en trois ans, on a davantage l'impression d'être sensibilisé à la psychomotricité plutôt que formé. Le nombre de psychomotriciens qui poursuivent après le diplôme d'État en est témoin.

II.A.4. La réforme de la PACES pour la rentrée 2020

La PACES devient peu à peu obsolète, laissant place à une sélection plus progressive et jugée moins stressante. Le gouvernement, avec le Plan Étudiants (s'insérant dans le plan santé 2022), souhaite abroger la PACES. Ce nouveau parcours offrira aux étudiants du médical et du paramédical l'opportunité de s'insérer progressivement dans les filières de leurs choix en fonction de leurs résultats obtenus. Le programme de ce cycle va aussi évoluer, afin d'intégrer l'évaluation des compétences humaines et relationnelles (qui seront prises en compte pour l'internat de médecine dès 2022).

L'orientation des lycéens est au coeur de la problématique de l'enseignement supérieur. Le Plan Étudiants l'envisage, en proposant :

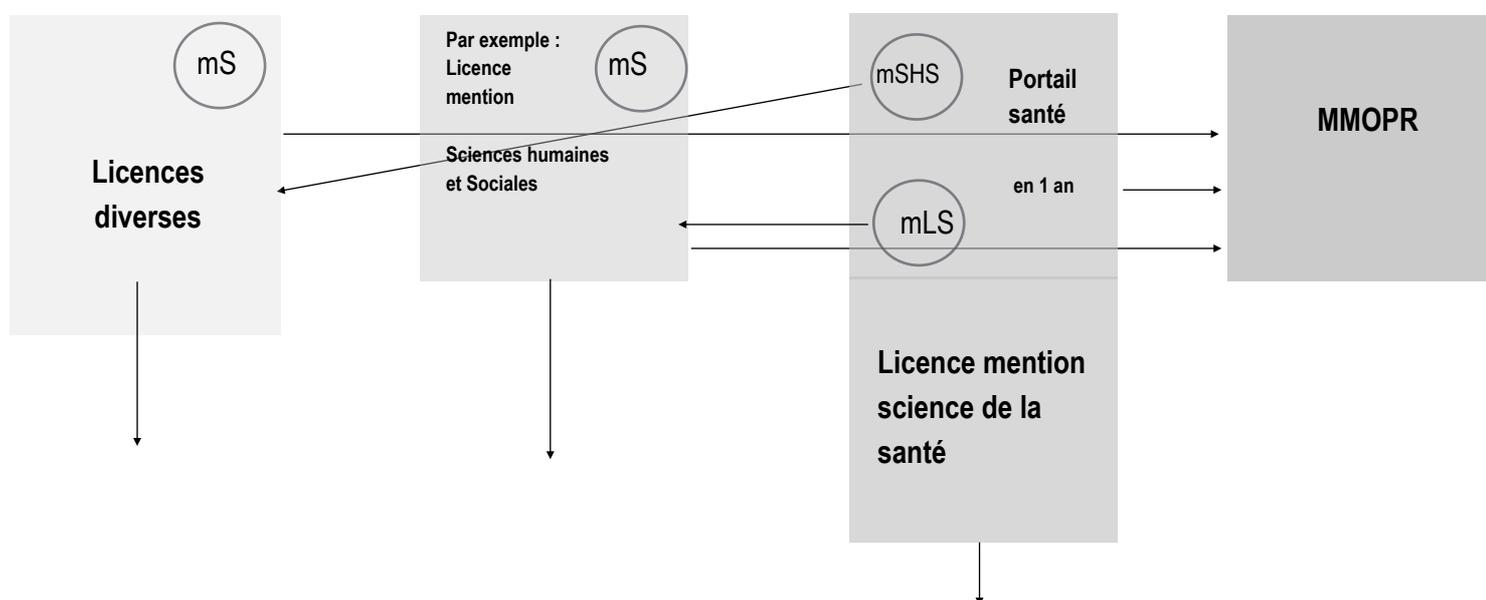
- Deux professeurs en classe de terminale pour soutenir l'orientation des élèves ;
- Deux semaines dans l'année dédiées à cette orientation ;
- Un dispositif d'« étudiant ambassadeur » où des étudiants rencontrent des élèves de terminale pour répondre à leurs questions.

C'est sur ce dernier point qu'il est important de s'arrêter : nous croyons que ce sont les étudiants qui ont le plus à apporter car ils vivent en temps réel la vie universitaire et ont dû récemment faire les mêmes choix que ceux auxquels vont être confrontés ces élèves. Outre la présence des étudiants en psychomotricité dans les lycées qui pourrait s'accroître, nous proposons [annexe 5] une plaquette informative pour l'orientation des lycéens. Ce document pourrait servir à la fois aux conseillers d'orientation afin d'avoir un propos éclairé auprès des élèves et aux élèves eux-mêmes afin qu'ils aient un document auquel se référer. En annexe 6, se trouve un dépliant informatif à destination des professionnels et des familles. Nous sommes convaincus que la communication participe à la reconnaissance et à la connaissance de la psychomotricité. Plus l'information juste circule, et plus les bonnes pratiques seront mises en place. La psychomotricité n'est pas efficace pour tous, il est nécessaire que les professionnels prescripteurs (les médecins en l'occurrence) aient une (bonne) représentation de la psychomotricité.

J'ai pu assister à la concertation concernant la réforme des études de santé à Bordeaux le 14 mars 2019. Outre la présence de l'ARS, étaient présents des doyens des formations médicales de Nouvelle-Aquitaine ainsi que les présidents d'Universités et des représentants d'étudiants (dont je fais partie) : la reconnaissance et la connaissance passe aussi par la représentation. La concertation était animée par les conseillers des ministres de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Lors de cette concertation, ont été évoqués les contenus de formation et les modalités d'admission des formations Médicales, Maïeutique, Odontologie et Pharmacie (MMOP). La particularité de Bordeaux est d'y ajouter un « R » pour les métiers de la réadaptation : MMOPR.

Prévue un an avant la réforme du baccalauréat (2021), la réforme des études de santé envisage un parcours de formation différent de celui qui est préconisé par le rapport IGAS-IGAENR :



Légende du schéma :

mS : mineur santé

mSHS : mineur sciences humaines et sociales

mLS : mineur licence santé

La PACES serait donc remplacée par le portail santé (56% du nombre d'étudiant au final sélectionné par cette voie pour les filières en santé). Mais, pour diversifier les profils des étudiants en santé, il y aurait également une sélection au sein d'autres licences (qui participent volontairement au projet) qui possèderaient des « mineurs santé ». Ces mineurs seraient des Unités d'enseignement (options) qui permettraient de passer l'épreuve d'admissibilité pour les concours médicaux et paramédicaux. Ce nouveau système permettrait également aux étudiants du portail santé de suivre des mineurs d'autres disciplines afin de pouvoir se réorienter plus facilement en cas d'échec. L'admissibilité serait directe pour les meilleurs élèves et une épreuve orale serait envisagée pour départager les derniers étudiants reçus. Les antennes délocalisées de la PACES disparaîtraient avec un relais des universités sur place où il y aurait des licences possédant des mineurs santé.

Les coefficients et les unités d'enseignants sont à réfléchir pour chaque formation. Les filières MMOPR restent sélectives par les capacités d'accueil qui sont fixées par les universités en fonction des terrains de stages du deuxième cycle : comment faire pour les études paramédicales qui n'ont pas de deuxième cycle ? Au niveau national, l'intégration des études paramédicales à l'université n'est pas généralisée, ce qui freine et ne met pas au premier plan ces questions pratiques pour ces formations.

Comment appliquer cette réforme aux trois ans de formation en psychomotricité ? **Mme Richard**, conseillère santé de Mme Vidal, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, me répond qu'il peut y avoir deux possibilités :

- On garde le même processus (que la PACES) et on réalise un an d'étude dans une licence + trois années de formation au sein de l'institut ;
- On intègre cette année au sein de la formation : trois années de formation dont une année, soit dans le portail santé, soit dans une licence annexe.

Les deux solutions sont contraignantes : ou bien on ne change que très subtilement le processus PACES pour les psychomotriciens, ou bien on supprime les apports théoriques, pratiques et les stages dispensés en première année de psychomotricité (on ne peut pas les délivrer à un si grand nombre d'étudiants). J'évoque la possibilité d'intégrer cette année à la suite de la réingénierie ce qui reviendrait à la deuxième proposition du rapport IGAS-IGAENR : « La mission propose que ce dispositif [la PACES] soit étendu à toutes les formations paramédicales actuellement accessibles concurremment par concours ou depuis une première année universitaire (ergothérapeute et psychomotricien). Le concours comme mode d'accès serait supprimé et la première année universitaire intégrée dans le cursus, portant ces formations au niveau bac+4, voire bac+5 si la réingénierie conclut à la pertinence de l'allongement de la durée des études d'une année » [91, p.43]. Mme Richard me répond que cette réforme fait l'économie des réingénieries des formations qui sont « un autre débat ». La question de la réingénierie, pourtant ouverte depuis de nombreuses années, reste encore délicate.

Cette réforme soulève ainsi une autre problématique des études de psychomotricité que j'ai déjà pu évoquer : la pluralité des voies d'admission. L'universitarisation, véritable chantier gouvernemental depuis 2004, tend à uniformiser les formations médicales et paramédicales en les incluant à l'université.

II.A.5. Nouveau référentiel de compétences

La réingénierie sous-entend de modifier le référentiel de compétences actuel des psychomotriciens. Ce référentiel regroupe les compétences du professionnel : le savoir (la connaissance), le savoir-être et le savoir-faire.

L'ANEP [46] décrit la méthode pour modifier le référentiel :

- « Première étape : identifier les situations professionnelles clés en relation avec les compétences au cœur du métier et avec les unités d'intégration ;

- Deuxième étape : identifier les domaines de savoirs en relation avec chaque situation clé et identifier les Unités d'Enseignement (UE) ;
- Troisième étape : détailler chaque Unité d'Enseignement ;
- Quatrième étape : organiser et mettre en cohérence l'ensemble des Unités d'Enseignement par semestre. »

La délégation avait mis en place un groupe de travail afin de se pencher sur un nouveau référentiel qui est à présent terminé et qui attend d'être validé. Le référentiel sert de « squelette » à la maquette de formation. Il régit les compétences à acquérir pour l'étudiant et donc les unités d'enseignements et les contenus précis de la formation. Ce référentiel permet aussi de décrire les parcours de formation post-diplôme pour les néo-diplômés : master, diplôme universitaire, diplôme inter-universitaire, et les formations diplômantes, par exemple. Le référentiel se doit d'être synthétique afin de laisser place à une liberté locale. Il permet aussi d'assurer les promotions de chaque professionnel (rémunération) avec des échelons gradués. Il sert donc de point de référence pour harmoniser les pratiques et assurer l'excellence de la filière.

Pour les professionnels, le référentiel permet de savoir quelle est sa place, quelles sont ses missions et ses responsabilités. C'est un outil d'évaluation pour l'employeur qui peut situer le titulaire du poste en fonction des compétences attendues. Il sert aussi de modèle pour le recruteur, c'est un outil indispensable de connaissance et de reconnaissance de la profession, tant pour l'employeur, pour soi, que pour les autres professionnels.

Le référentiel est à la fois un outil d'orientation, de décisions pour la formation, et de communication pour la profession. Ce référentiel est proche d'autres professions comme l'ergothérapie et ne prend pas en compte les capacités d'enseignement, de formation et de recherche que peut mener le psychomotricien dans sa pratique.

II.A.6. La recherche en France

La recherche travaille à partir d'hypothèses et se base sur des méthodes expérimentales. Elle est une activité pédagogique et administrative, surtout si l'on est enseignant-chercheur. Ces derniers participent à la création des filières avec les ministères, à la réingénierie, au choix des experts qui vont venir enseigner en master, et au référentiel de compétences du métier. Il n'existe pas (encore) de Collège National d'Université (CNU) en psychomotricité, ce collège étant indispensable pour faire de la recherche : quel CNU pour la psychomotricité ? Un automne ou devons-nous rattacher à la médecine ? L'aboutissement de la réingénierie a pour vocation de répondre à cette question.

Les étudiants doivent aujourd'hui choisir une matière différente comme la neuropsychologie, la philosophie ou la psychologie afin de poursuivre leurs études. On ne perd certes pas notre regard de psychomotricien mais ce parcours détourné entérine une vision de la psychomotricité comme « sous-traitante » d'autres disciplines. Augmenter les études en accordant à la formation une reconnaissance LMD permettrait d'investir un enseignement sur la recherche. Cela permettrait d'insérer la psychomotricité dans la communauté scientifique internationale, de publier des articles pour porter la

voix des psychomotriciens et de développer une rigueur méthodologique de la profession qui rendrait possible ses propres découvertes sans tutelles extérieures : il convient de sublimer cette profession en discipline afin d'établir une reconnaissance solide et pérenne de la psychomotricité [28].

Chercheur est un métier à part entière (très spécialisé) : être psychomotricien et faire de la recherche est une « double-casquette ». Il y a très peu de psychomotriciens-chercheurs aujourd'hui en France. La recherche se pratique majoritairement au sein de laboratoires, bien que les IFP puisse aussi y participer : entre 1984 et 2018, vingt-quatre tests ont été étalonnés à l'IFP de Toulouse [97].

Pour avoir accès à la recherche, il faut obtenir un doctorat, qui ne s'obtient qu'avec un niveau « master 2 », qui n'est pas encore accessible aux psychomotriciens. Suite à ce doctorat, si l'on veut rester enseignant à l'université, il faut une qualification (enseignant-chercheur) qui se fait sur un examen de dossier dans la discipline que l'on veut enseigner. Il peut aussi y avoir des concours pour passer des accréditations supplémentaires comme l'Habilitation à Diriger des Recherches (HDR) après quelques années d'expériences professionnelles, qui permettent de diriger des thèses et/ou diriger une équipe de chercheurs.

La recherche peut être vue limitante par rapport à la clinique psychomotrice. Elle met au point des outils et des protocoles de soins basés sur des preuves afin de faciliter les soins ou répondre à des situations d'échecs. Si le soin doit nécessairement soigner⁶ alors, la recherche permet de mettre en perspective les outils et protocoles qui marchent, afin de les généraliser si possible.

Les biais cognitifs (jugement, confirmation⁷) sont à remettre en cause dans la recherche. Le savoir-faire du psychomotricien lui permet d'ailleurs d'adapter, aux besoins thérapeutiques du patient, les outils standardisés qu'il a à sa disposition. La psychomotricité s'appuie sur des données bio-anatomiques qui incluent une prise en charge qui peut être protocolisée (la méthode à utiliser) mais l'aspect psychologique et relationnel pris en compte dans les séances vont venir moduler ces protocoles en fonction du trouble. Ces protocoles peuvent donc devenir des bases de raisonnement mais la spécificité du psychomotricien se trouve dans l'adaptation de ces protocoles.

La prescription médicale obligatoire du médecin indique que celui-ci doit déterminer l'étiologie de la problématique du patient. Si le médecin sait le nombre de séances à prescrire pour un kinésithérapeute, cela est beaucoup plus flou pour lui en psychomotricité : *comment déterminer la durée d'une prise en soin en psychomotricité ?* Cela rejoint notre réflexion autour de la connaissance de la psychomotricité par les autres professionnels de santé.

L'accès à la recherche permettrait aux psychomotriciens d'intégrer le comité scientifique internationale, de promouvoir la psychomotricité, de diffuser des connaissances autour de la psychomotricité, de valider et tester les thérapeutiques et rééducations psychomotrices, de faire des avancées propres à la profession et de créer des postes d'enseignants-chercheurs qui garderaient une

⁶ « S'occuper du bien-être matériel et moral d'une personne » [38].

⁷ On retient plus facilement les informations en cohérence avec ce que l'on pense et non celles qui contredisent nos pensées.

clinique afin que les cours des IFP soient dispensés par des enseignants universitaires en psychomotricité.

En effet, nous pensons que la recherche en psychomotricité est l'avenir pour sa construction identitaire et sa reconnaissance. Dans une société où la recherche est imprégnée de l'*evidence-based-medicine* (EBM) [30], la tâche ne va pas être aisée : il est difficile de généraliser les effets d'une méthode psychomotrice à un groupe de patients car il n'existe pas de groupe de patients homogène en psychomotricité. Il s'agit là de l'utilité majeure de la psychomotricité : des professionnels qui s'adaptent au plus juste au patient, une rencontre thérapeutique individualisée au maximum, avec un temps décalé des exigences institutionnelles et des objectifs randomisés imposés. *Comment vouloir quantifier cette utilité ? Comment pouvoir quantifier cette utilité ?* Cela oblige, nous croyons, de faire confiance au jugement du psychomotricien. Pendant des siècles, l'être humain a fait (et fait toujours) confiance en la capacité des médecins à trouver le bon l'équilibre entre l'efficacité curative, le confort du malade et la minimisation des risques courus [15] : pourquoi ne pas faire de même avec d'autres professionnels ?

Le master, qui est l'objectif de la réingénierie, est pour les autres filières, un moyen de se spécialiser par rapport à sa profession et à sa formation initiale. Le souhait des étudiants en psychomotricité est autre : il manquerait deux années de **formation initiale** pour acquérir les compétences que la profession requiert. Le master aurait-il été plus tôt mis en place par le gouvernement s'il s'agissait d'un master de spécialisation ? La psychomotricité serait-elle davantage (re)connue si elle était considérée comme une spécialité médicale ?

B. L'universitarisation

II.B.1. Préambule

Concernant « l'universitarisation à proprement dit, la première priorité est d'achever la réingénierie des professions paramédicales, et donc leur inscription dans le schéma licence-master-doctorat (LMD) : cela concernerait certains métiers de la rééducation, qui se verraient reconnaître un niveau bac+5 (grade de master) » [91, p.9]. Ce rapport fait suite à deux missions menées conjointement par l'inspection des affaires sociales et de l'administration, et de l'éducation nationale et de la recherche (IGAS-IGAENR). Ces missions leur ont été confiées en conséquence des discussions de la grande conférence de santé du 11 février 2016 [29].

À Bordeaux, l'institut de formation en psychomotricité fait partie intégrante de l'université : nous avons une carte étudiante qui nous donne accès aux principales structures de l'université (restaurant universitaire, bibliothèque universitaire, médecine préventive, par exemple). Nous avons accès à la plateforme pédagogique numérisée de l'université et aux sports universitaires. Les étudiants en psychomotricité font également partis du collège santé, et peuvent faire la demande de subventions pour leurs divers projets aux Fonds de Solidarité et de Développement des Initiatives Étudiantes (FSDIE) de l'université.

Aujourd'hui, quatre instituts de formation en psychomotricité sont déjà intégrés à l'université : l'université Pierre et Marie Curie (Paris), Toulouse III Paul Sabatier, l'université de Bordeaux, et Lyon 1.

II.B.2. Un peu d'histoire

Depuis 2004, la loi n°2004-809 a délégué aux régions la responsabilité des formations paramédicales et sociales.

En 2013 un premier rapport IGAS-IGAENR sur les formations paramédicales est publié.

En février 2016 a lieu la grande conférence de santé.

En août 2017 sort le deuxième rapport IGAS-IGAENR.

En février 2018 **S. Le Bouler** rend aux ministres son rapport intermédiaire suite à sa mission de concertation dont le rapport final sortira en septembre 2018.

II.B.3. La mission de concertation

L'intervention la plus récente du processus d'universitarisation est la mission de concertation. Cette mission fut confiée à S. Le Bouler⁸ par les deux ministres **Agnes Buzin** (santé) et **Frédérique Vidal** (enseignement supérieur et recherche) le 29 août 2017. Cette mission a pour but de mettre en avant les enjeux et les objectifs pour les formations en santé de demain et notamment l'intégration des filières à l'université. S. Le Bouler a rencontré les différents acteurs (employeurs, formateurs, directeurs, et étudiants notamment) des professions de santé.

Cette mission met en avant des besoins pour les formations qui s'articulent autour de quatre axes :

- **L'interprofessionnalité** : à Bordeaux, le module interprofessionnel dispensé en troisième année répond à cet objectif.
- **Le développement de la recherche** : à Bordeaux, la création d'unités d'enseignement de recherche au sein de l'IUSR pourrait répondre à ce besoin. La création d'enseignants-chercheurs en réadaptation nécessiterait aussi la création d'une nouvelle catégorie de professionnels car il serait pertinent que ces professionnels gardent une approche clinique pour parfaire leur enseignement.
- **Les parcours des étudiants** : Le parcours Bordelais pour les étudiants en MMOPR s'apprête à changer avec la réforme des études de santé comme on a pu le voir.
- **Promouvoir les initiatives territoriales** : Soutenir et faire gagner en visibilité les initiatives territoriales qui soutiennent et mettent en oeuvre l'universitarisation, comme l'IUSR à Bordeaux.

⁸ Stéphane LE BOULER est normalien et économiste de formation. Il a coordonné en 2015-2016 les travaux de la Grande conférence de la santé et a été nommé Secrétaire général du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie en septembre 2016. En charge de la mission de concertation sur l'intégration à l'Université des formations paramédicales et de maïeutique depuis septembre 2017, il vient de rejoindre le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation pour assurer la conduite du projet d'universitarisation.

Un comité de suivi (composé d'une trentaine de personnes dont le responsable est S. Le Bouler) s'assurera de la bonne mise en oeuvre des mesures relatives à ces objectifs mis en lumière par la mission de concertation.

III. QUEL(S) AVENIR(S) POUR LA PROFESSION ?

A. Le remboursement par la sécurité sociale

III.A.1 La sécurité sociale

Le système de santé délimite le cadre d'exercice des professionnels de la santé et donc du psychomotricien : la place auprès des patients, des familles, des autres professionnels, ou encore leur coût pour la famille et l'état. Le système de santé en France est inspiré de la religion chrétienne qui préconise « tu prendras soin de ton prochain ».

Sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé, on peut lire « *le système de santé français s'appuie sur des structures multiples : sanitaires (pour la prise en charge hospitalière), médico-sociales et sociales (pour des publics dits « fragiles », âgés ou handicapés par exemple), ambulatoires (pour les soins dits « de ville »).* Grâce à l'efficacité de son organisation, à l'implication quotidienne de ses professionnels – médicaux, paramédicaux, techniques, administratifs, sociaux – et à sa propension naturelle à innover, il est considéré comme un système d'excellence, reconnu comme tel au niveau international » [44]. Bien que les moyens ne semblent pas être à la hauteur des promesses de ce discours, on remarque que la gratuité des soins permet à la majorité de la population d'y avoir accès. Néanmoins, il y a toujours des disparités. Par exemple, les protections hygiéniques ne sont toujours pas remboursées, ce qui ne permet pas aux plus démunies de s'en procurer : il s'agit d'une question de santé et d'hygiène pour ces femmes pour qui leur corps devient, une fois par mois, un obstacle de plus à leurs conditions de vie déjà difficiles. On note par ailleurs, que depuis le 10 décembre dernier, les préservatifs masculins sont remboursés par la sécurité sociale, facilitant ainsi leur accès au plus grand nombre.

Préoccupation émergeant sur les ruines humaines de la seconde guerre mondiale, la sécurité sociale est créée en 1945 avec son ministre **Ambroise Croizat** (1901-1951). Son ambition est de proposer une couverture à tous citoyens pour prévenir financièrement des aléas de la vie (santé, famille, ou encore la vieillesse). Cette couverture repose sur les salariés et les cotisations sociales. Les salariés du secteur privé ont ainsi l'obligation d'être affiliés à la sécurité sociale. « La Sécurité sociale devient dès lors un des acteurs majeurs de la reconstruction sanitaire et sociale du pays » [81, p.40]. La sécurité sociale n'est cependant pas dirigée par les ouvriers et salariés eux-mêmes qui délèguent cette

tâche aux syndicats : la Confédération Générale du Travail (CGT) et la Confédération Française des Travailleurs Chrétiens (CFTC). Le fonctionnement réglementaire et législatif appartient à l'État.

La gestion de la sécurité sociale passe dans les années 60 au « paritarisme » : la gestion des caisses revient à des « administrateurs » répartis de façon paritaire entre les salariés et les employeurs qui siègent lors de commissions (action sociale par exemple). Ce changement reflète alors l'importance institutionnelle et politique que prend désormais la sécurité sociale.

En 1967, **les ordonnances Jeanneney** instaurent la création des quatre caisses nationales de sécurité sociale : la supervision de l'État ainsi que son rôle au sein de la sécurité sociale, s'accroissent.

La sécurité sociale dépend directement de la santé économique du pays. Les crises économiques, ainsi que l'augmentation du taux de chômage à partir des années 70 la prive d'une partie de ses ressources financières et la pousse malgré tout à poursuivre (et même intensifier) son rôle distributif. Les caisses de la sécurité sociale et notamment maladie, se vident sans arriver à trouver des fonds compensatoires pour autant. L'État va réformer la sécurité sociale de nombreuses fois, laissant aux administrateurs le soin d'être garants de ces réformes.

Les ordonnances Juppé de 1996 tendent de rétablir l'équilibre financier et accorde au parlement la responsabilité d'élaborer la loi de financement de la sécurité sociale. La grande question, toujours brûlante aujourd'hui est : *Comment garantir la soutenabilité financière du système de santé français ? Comment continuer à rembourser les actes et à étendre ce remboursement (ostéopathes, psychomotriciens par exemple) tout en garantissant cette soutenabilité ?*

Depuis 2004, la réforme de l'assurance maladie **Douste-Blazy**, instaure un directeur général indépendant des partenaires sociaux. La sécurité sociale est alors une véritable entreprise dirigée par un directeur, et pour y travailler, il faut avoir fait une école (comme l'école nationale supérieure de sécurité sociale). C'est avec le directeur général que seront désormais négociées les conventions avec les professionnels de santé.

Malgré le changement de décisionnaires, la sécurité sociale symbolise toujours dans l'esprit collectif la « démocratie sociale » [81, p.40]. Chacun se sent concerné, comme pour l'impôt, car tous sont concernés (soit pour cotiser, soit pour en avoir besoin) : la maladie, l'invalidité, et la vieillesse sont un lot commun dont l'assurance pour l'avenir est incarnée par la sécurité sociale.

« Les syndicats présentent la gestion des organismes de Sécurité sociale comme une conquête et une reconnaissance de la classe ouvrière. On comprend alors l'énorme charge symbolique de la Sécurité sociale » [81, p.41]. Le remboursement par la sécurité sociale pour les psychomotriciens n'est donc pas seulement une question financière ou d'accessibilité pour ceux qui en ont besoin : il s'agit d'obtenir, par ce remboursement, une reconnaissance sociale dans le quotidien des français.

III.A.2. Prise en charge des frais de santé en France

Cette prise en charge repose sur un triptyque :

1. La fixation d'un tarif ou d'un prix (on ne rembourse pas à prix libres). Cette fixation a lieu pour les activités hospitalières, la tarification à l'activité (T2A), pour les médicaments remboursables et pour les actes des professionnels de santé.

2. Le taux de remboursement : depuis le début de l'assurance maladie, il y a la présence d'un ticket modérateur : une partie revient au patient dans le but de dissuader les assurés sociaux de solliciter des prestations inutiles. Ce ticket modérateur s'est complété de forfaits, de franchises, il y a donc toujours un reste à charge. Sachant qu'il y a le cas particulier des affections longue durée, qui elles, ont une prise en charge à 100% des assurances maladies.

3. Le troisième pilier (dans l'ère du temps) de la prise en charge des frais de santé est la généralisation du tiers payant. Le patient ne paye pas, et le professionnel de santé se fait rembourser directement par l'assurance maladie. Le tiers payant peut être partiel, (une partie doit quand même être payée par le patient) ou total, le patient ne paye rien. Ce tiers payant s'applique dans certaines situations aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire ou aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'État.

Quelle est la meilleure formule pour les psychomotriciens ? Pour préserver l'investissement des familles et du patient, les séances de psychomotricité ne peuvent, à mon sens, bénéficier du tiers payant. La solution la plus efficace serait un ticket modérateur qui pourrait être complété par une participation forfaitaire des mutuelles : le coût des séances seraient alors contrôlé sur le plan national et la sécurité sociale y aurait un droit de regard. On peut aussi envisager d'autres partenaires comme les mutuelles : les sensibiliser afin d'élargir leurs prestations concernant le remboursement des séances pourrait être une alternative au remboursement par la sécurité sociale.

En France, l'ordonnance du médecin permet de justifier le remboursement par la sécurité sociale. La psychomotricité est dispensée sur ordonnance, mais n'a pas le droit au remboursement, *est-ce cohérent ?*

B. Cadre de la profession : nouvelles perspectives ?

III.B.1. Modernisation du décret de compétences

En conséquence de l'ensemble des recherches que j'ai pu effectuer dans le cadre de ce mémoire, je propose une alternative à l'article 1 du décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, plus moderne et plus proche de la réalité clinique et pratique que j'ai pu expérimenter durant ces trois années (les modifications apparaissent en italique) :

« Les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 ci-après sont habilitées à accomplir, sur prescription médicale ~~et après examen neuropsychologique du patient par le médecin~~, les actes professionnels suivants [*compétence, attributions*]:

1. Bilan psychomoteur *basé sur des tests standardisés et l'observation psychomotrice du professionnel, menant à une expertise psychomotrice participant au diagnostic établi par le médecin.*

2. *Prévention, éducation précoce et stimulations sensorielles et psychomotrices.*

3. *Prévention du risque de chute et de la perte d'autonomie dans le cadre du handicap, de la vieillesse, des maladies chroniques et des affections longue durée.*

4. *Dépistage et rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants au moyen de techniques de relaxation dynamique, de médiations corporelles, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination :*

- retards du développement psychomoteur ;
- troubles de la maturation et de la régulation tonique ;
- troubles du schéma corporel ;
- troubles de la latéralité ;
- *troubles de l'oralité ;*
- *troubles sensori-moteurs ;*
- *troubles envahissants du développement ;*
- troubles de l'organisation spatio-temporelle ;
- dysharmonies psychomotrices ;
- troubles tonico-émotionnels ;
- maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies ;
- débilité motrice ;
- inhibition psychomotrice ;
- instabilité psychomotrice ;
- troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.

5. *Contribution, en séance individuelle ou groupale, par des techniques de thérapie corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles du comportement ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation et de l'investissement du corps d'origine psychique ou physique. »*

Conclusion

En introduction nous annonçons notre intention de dresser des perspectives d'avenir pour les psychomotriciens en prenant appui sur leur passé et notre présent.

Du passé nous retiendrons les origines multiples de la psychomotricité, son émergence décriée et la construction de son identité qui s'installe progressivement. Les questions relatives à l'essence même de la psychomotricité (corps, esprit) trouvent des réponses diverses selon les auteurs. La profession repose sur des sources théoriques multiples qui parfois s'opposent avec ferveur. Être psychomotricien se révèle être pluriel selon les appuis théoriques que l'on choisit d'investir.

Du présent il est certain qu'exercer la psychomotricité est tout autant complexe. Bien qu'il ne s'agisse plus aujourd'hui de savoir si nous sommes rééducateurs ou thérapeutes, les évolutions sociétales placent les enjeux de demain ailleurs : S'écouter, prendre son temps, l'intérêt du corps, est redevenu « à la mode » : les métiers tels que le *body-art* et l'art-thérapie en plein essor, par exemple, le démontrent. L'approche du corps est spécifique en psychomotricité, bien qu'il soit envisagé dans toutes les disciplines : il ne s'agit pas pour le psychomotricien de posséder le corps dans un monopole extrême mais plutôt de faire valoir un point de vue paramédical, complémentaire à ceux d'autres professionnels.

La psychomotricité, à l'instar de toutes les professions détentrices d'un diplôme d'État, évolue en fonction des gouvernements et de leurs directives. Il s'agit d'une formation réglementée par l'État et le programme est signé à la fois par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et par le Ministère de la Santé. Cette double tutelle tend à ralentir les prises de décisions car les accords entre les ministères ne sont pas toujours évidents. C'est une profession active, en mouvance, qui doit réaffirmer son identité au gré des décisions politiques. Elle rappelle le corps humain, en perpétuelles transformations, qui subit et décide, qui plie et se résigne, et qui se redresse de tout son axe afin de faire émerger ses potentialités.

Connaissances et reconnaissance : quelles perspectives d'avenir et quels enjeux pour la profession? Hier la psychomotricité devenait diplôme d'état et reconnue comme profession

paramédicale. **Aujourd'hui**, la profession tend à être davantage connue par l'impulsion donnée par la pluralité de l'offre de soin. Il se pose la question de la délégation des compétences par le médecin : comment faire dans les zones sous-denses, sans médecins ? Les rôles des professionnels de santé sont amenés demain, à changer. J'ai pu intervenir au forum santé et avenir à Bordeaux en février 2019 : l'avenir se trouve dans une répartition des compétences de chacun, avec le médecin comme chef d'orchestre. Les pharmaciens peuvent désormais vacciner, les infirmiers vont devenir les interlocuteurs privilégiés de la télémédecine, alors pourquoi ne pas libérer, **demain**, les psychomotriciens du carcan de la prescription médicale ?

Ce mémoire m'a permis de faire une réflexion d'une « métapsychomotricité » : qui est-elle ? D'où vient-elle ? Et où va-t-elle ? Ces questions viennent frapper l'esprit de l'étudiant en troisième année de psychomotricité. En effet l'identité personnelle, pourra, en fin d'année, être accompagnée d'une identité professionnelle. L'identité du psychomotricien semble avoir besoin de temps pour se construire. L'étudiant de troisième année n'a pas *une* identité mais *des* identités. Il s'agit de *la* psychomotricité pratiquée par *des* psychomotriciens.

Trois années d'études paraissent bien courtes pour appréhender toutes les facettes de ce riche métier : les étudiants ressentent le besoin d'augmenter ces années d'études. Une part importante des étudiants qui obtient le Diplôme d'État va poursuivre ses études en master, et pour une moindre part, en doctorat. Mais pour cela ils doivent choisir une discipline qui ne sera pas la leur (psychologie, STAPS, ou encore sciences de l'éducation). Il n'est pas non plus possible de faire un parcours de recherche spécifique en psychomotricité et d'obtenir un doctorat. Cela est regrettable car les étudiants en psychomotricité émettent le souhait de poursuivre après le diplôme d'État dans une discipline qu'ils ont choisie : la psychomotricité. D'autres étudiants vont choisir de ne pas travailler immédiatement après le diplôme car ils ne se sentent pas prêts, remettant en question ici une nouvelle fois une préparation en trois années qui serait insuffisante.

Comme l'ont évoqué Senèque et Anatole France « le meilleur conseiller pour l'avenir, c'est le passé » et la psychomotricité est un métier d'avenir. À l'heure où les technologies et les machines remplacent insidieusement l'homme, et où le travail à la chaîne *humaine* est devenue obsolète, aucune innovation ne peut remplacer le psychomotricien : il s'agit d'une thérapie de la relation et nous partons du principe que cette relation se base dans l'interaction de deux consciences qui se reconnaissent l'une et l'autre et qui peuvent interagir : la psychomotricité est une discipline *artisanale* du corps en relation.

La psychomotricité doit donc prendre la place que J. De Ajuriaguerra avait envisagée pour elle : une profession intégrant les dimensions somatiques, perceptives et neuro-anatomiques du sujet. Ce qu'elle ne pourra faire, à mon sens, qu'à la condition d'une pleine reconnaissance du système universitaire et de santé français, ainsi que d'une meilleure connaissance de la profession par les professionnels en santé et les usagers.

Table des matières

Remerciements.....	2
Avant-propos.....	3
Liste de sigles.....	4
Sommaire.....	5
Introduction.....	6
Partie 1. Regard attentif sur la société : quelles modalités d'exercice pour la psychomotricité ?.....	8
I. Des origines du corps aux théories de grands esprits.....	8
A. Une société en mutation.....	8
I.A.1. Le corps.....	8
I.A.2. La société comme liaison ou lésion des corps ?.....	9
I.A.3. L'enfant.....	10
I.A.4. La femme.....	11
I.A.5. La vieillesse.....	11
I.A.6. Le handicap.....	12
B. L'héritage théorique du XX ^e siècle.....	13
I.B.1. Jean-Martin Charcot (1825 - 1893).....	14
I.B.2. Sigmund Freud (1856 - 1939).....	14
I.B.3. Henri Wallon (1879-1962).....	15
I.B.4. Jean Piaget (1896 - 1980).....	15
I.B.5. Donald Woods Winnicott (1896 - 1971).....	16
I.B.6. Maurice Merleau-Ponty (1908 - 1961).....	16
I.B.7. Julian De Ajuriaguerra (1911 - 1993).....	17
	84

I.B.8. D'autres auteurs ont aussi contribué à l'héritage théorique de la psychomotricité.....	17
II. Devenir psychomotricien.....	18
A. La formation en France.....	18
II.A.1. Les instituts.....	18
II.A.2. La formation.....	20
II.A.3 La formation continue : le développement professionnel continu (DPC).....	21
B. La formation à Bordeaux : entre doutes et promesses.....	22
II.B.1. La formation à Bordeaux aujourd'hui.....	22
II.B.2. Liens avec l'université de Bordeaux : la PACES.....	23
II.B.3. l'Institut Universitaire des Sciences de la Réadaptation (IUSR).....	24
III. Être psychomotricien.....	25
A. Définir la psychomotricité.....	25
I.A.1. Le cœur du métier	25
I.A.2. Définitions	25
I.A.3. Le décret de compétences	26
B. La psychomotricité dans le monde.....	28
III.B.1. Être psychomotricien à l'internationale.....	28
III.B.2. Les projets humanitaires et de solidarité internationale.....	29
Partie 2. La psychomotricité : une profession aux multiples facettes.....	32
I. la psychomotricité comme rééducation des fonctions psychomotrices ?.....	32
A. Sémiologie psychomotrice.....	32

I.A.1. Histoire.....	32
I.A.2. Définition.....	33
I.A.3. Les troubles psychomoteurs.....	36
B. Le bilan psychomoteur.....	37
I.B.1. Un bilan, pourquoi ?.....	37
I.B.2. De nouveaux tests.....	38
I.B.3. Définition.....	39
I.B.4. L'entretien.....	40
I.B.5. Un bilan, pour quoi ?.....	41
II. la psychomotricité comme thérapie du sujet ?.....	43
A. Une thérapie à médiation corporelle.....	43
II.A.1. Le cadre.....	43
II.A.2. La médiation	43
II.A.3. Médiation thérapeutique	44
II.A.4. Formation aux médiations à Bordeaux	45
II.A.5. Théoriser les médiations corporelles	45
II.A.6. La symbolisation : intégrer les parents dans le dispositif de soins	46
B. La relation.....	47
II.B.1. La psychanalyse	47
II.B.2. Comment définir la prise en charge psychomotrice en fonction des ressources affectives du patient ?	48
II.B.3. transfert/contre-transfert	49
II.B.4. Les neurosciences	49
II.B.5. Le cadre de la relation.....	50
III. L'articulation en clinique.....	51
A. Réflexion autour de la pratique psychomotrice en institution.....	52
III.A.1. La question du temps	52
III.A.2. Le matériel à notre disposition	53
III.A.3. Le groupe.....	53
III.A.5. L'équipe pluridisciplinaire	54
III.A.4. Des alternatives	56
B. Réflexion autour de l'exercice de la psychomotricité en libéral.....	57

III.B.1. Individuel	57
III.B.2. Aspect financier	58
III.B.3. Parcours d'une installation en libéral	58
Partie 3. La psychomotricité comme témoin d'une société qui prend soin.....	60
I. Identifier les enjeux pour demain	60
A. Une identité professionnelle.....	60
III.A.1. L'identité professionnelle.....	60
III.A.2. ... en construction.....	61
B. Les enjeux sociétaux.....	62
I.B.1. Le vieillissement de la population.....	62
I.B.2. La santé 2.0.....	63
I.B.3. Les déserts médicaux et paramédicaux	65
I.B.4. Le patient acteur et au coeur de sa prise en soin	66
II. Quel(s) avenir(s) pour la formation?	68
A. La réingénierie.....	68
II.A.1. Qu'est-ce que c'est ?	68
II.A.2. Crédits ECTS.....	68
II.A.2. Historique de la réingénierie	69
II.A.3. La réforme de la PACES pour la rentrée 2020.....	70
II.A.4. Nouveau référentiel de compétences.....	73
II.A.5. La recherche en France	74
B. L'universitarisation	76
II.B.1. Préambule	76
II.B.2. Un peu d'histoire	76
II.B.3. La mission de concertation	77
III. Quel(s) avenir(s) pour la profession ?	78

A.Le remboursement par la sécurité sociale.....	78
III.A.1 La sécurité sociale.....	78
III.A.2. Prise en charge des frais de santé en France	79
B. Cadre de la profession : nouvelles perspectives ?.....	80
III.B.1. Modernisation du décret de compétences	80
Conclusion	82
Table des matières	84
Bibliographie.....	89
Annexes.....	95
Annexe 1 - tableau récapitulatif des différents troubles psychomoteurs.....	95
Annexe 2 - Un Test d'image du corps : l'entretien sur les représentations corporelles - Olivier Moyano [9, p.323].....	98
Annexe 3 - Représentation graphique d'une répartition de la population (en %) selon une loi normale : la note moyenne est 100 et l'écart type à 15. Chaque bande correspond à un écart type [100, p.9].....	99
Annexe 4 - répartition de la population en quartiles et déciles [100, p.9].....	99
Annexe 5 - dépliant pour orientation des lycéens.....	100
Annexe 6 : fiche informative pour professionnels et familles.....	101

Bibliographie

- (1) AJURIAGUERRA J. (de) & BONVALOT-SOUBIRAN G. (1959). « Indications et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile ». *La Psychiatrie de l'Enfant*, 2, 423-494.
- (2) AJURIAGUERRA J. (de) (1962). « Le corps comme relation ». *Revue suisse de psychologie*. 21, 137-157.
- (3) AJURIAGUERRA J. (de) (23 janvier 1976). « Leçon inaugurale ». Collège de France, chaire de neuropsychologie du développement, 6-42.
- (4) ALBARET, J. (2013). « Les troubles psychomoteurs aujourd'hui : entre Ajuriaguerra et la théorie des systèmes dynamiques ». *Développements*. 14(1), 4-12.
- (5) ALLAIS J-P. (2000). « Thérapie psychomotrice et transfert ». *Thérapie Psychomotrice et Recherches*. 123, 24-30.
- (6) BALLOUARD, C. (2008). « Les fondements historiques de la psychomotricité ». *Contraste*. Vol. 28-29, no. 1, pp. 17-26.
- (7) Boukobza C. (2003). « La clinique du holding Illustration de D.W. Winnicott. » *Le Coq-héron*, 173(2), 64-71.
- (8) BOUTINAUD J., RODRIGUEZ M., MOYANO O., & JOLY F. (2013). « Les thérapies psychomotrices aujourd'hui : Perspective dialectique et approche intégrative. » *Neuropsychiatrie De L'enfance Et De L'adolescence*, 61(4), 250-258.
- (9) BOUTINAUD J., RODRIGUEZ M., MOYANO O., & JOLY F. (2014). *Où en est la psychomotricité ? Etat des lieux et perspectives : pour une approche psychodynamique*. Psycho, Paris : In Press.
- (10) BOUTINAUD J. (sous la direction de) (2017). *Thérapies psychomotrices : 10 cas cliniques commentés*. Cliniques psychomotrices, Paris : In Press.
- (11) BRANCHARD L. (2011). « A la recherche du psychomotricien... la parole aux psychomotriciens ». *Thérapie psychomotrice et recherches*. 168,108-118.
- (12) BRANQUART E. (2009). *Retraite, vieillesse des individus et vieillissement de la population : enjeux, représentations et nouvelle conception de l'intervention publique en faveur des retraités et des personnes âgées*. IEPG - Sciences Po Grenoble - Institut d'études politiques de Grenoble.

- (13) BROUCAS I. (2018). *Pour finir de commencer... Réflexion sur la construction de l'identité professionnelle de psychomotricien*. Université de Bordeaux, Institut de formation en psychomotricité : Bordeaux.
- (14) CHABANIER J. (1998). « Psychomotricité : un acte thérapeutique ? ». *Thérapie psychomotrice et recherches*, 114-115, 168-174.
- (15) CHAMPY F. et DEPLAUDE M-O. (30 juin 2015). « comment parler des professions ? Sagesse pratique, vulnérabilités et protections professionnelles ». In laviedesidees.fr.
- (16) CHARTIER J. (2012). « De la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité ». *Cliniques*, 3(1), 96-114.
- (17) CHEVILLARD G., LUCAS-GABRIELLI V. & MOUSQUES J. (2018). « « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches ». *L'Espace géographique*, 47(4), 362-380.
- (18) DECREUSE A. (2017). *Se sentir prêt pour être psychomotricien, vivre la construction de son identité professionnel : comment parvenir à trouver sa place ?* UPMC - Université Pierre et Marie Curie - Paris 6 - UFR de Médecine Pierre et Marie Curie, institut de formation en psychomotricité : Paris.
- (19) DUFLOT C. (2003). « Quelques réflexions autour du concept d'espace transitionnel ». *Collection Marionnette et Thérapie*, 31, 74-78.
- (20) FAUCHE S. (1993). *Du corps au psychisme, histoire et épistémologie de la psychomotricité*. Paris : PUF.
- (21) GAUD B., VIGNON N. (2010). « Histoires à trous, histoire à trois : lorsque le dispositif de soin vient étayer la rencontre... ». *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 164, 106-118.
- (22) GIRARDIER N., & BOUTINAUD J. (2016). *La psychomotricité entre psychanalyse et neurosciences : histoire, actualités et perspectives pour une pensée en mouvement*. Cliniques psychomotrices. Paris: Éditions In press.
- (23) GIROMINI F. (2014). « Quels fondamentaux pour la psychomotricité aujourd'hui ? ». *Thérapie psychomotrice et recherches*, 47, 26-36.
- (24) GOLSE B. (2013). « De la symbolisation primaire à la symbolisation secondaire ». *Cahiers de psychologie clinique*, 40, 151-164.
- (25) GRABOT D. (2002). « Le psychomotricien et les groupes ». *Enfances & Psy*, 19(3), 109-115.
- (26) GRABOT D., & DUBET F. (2004). *Psychomotricien émergence et développement d'une profession (Psychomotricité)*. Marseille: Solal.
- (27) GRABOT D. (juin 2008). « Le collège des équipes de direction des instituts de formation en psychomotricité (CEDIFP) ». *Évolutions psychomotrices*, 20, 80, 110-112.

- (28) GRABOT D. (2018). « De la guerre des écoles à une réingénierie intégrative ». A.N.A.E., 153, 173-176.
- (29) GRANDE CONFÉRENCE DE LA SANTÉ. (11 FÉVRIER 2016). « Feuille de route », Paris.
- (30) GUILÉ J-M. (2005). « La médecine fondée sur les données probantes (evidence-based-medicine) et son application au champ des troubles de personnalité ». *Perspectives Psy*, 44, 2, 156-160.
- (31) HAZIF-THOMAS C. & THOMAS P. (2007). « La démotivation du sujet âgé ». *Gérontologie et société*, 30/121(2), 115-135.
- (32) <http://psychomotricite-internationale.com>
- (33) <https://psychomotricienmaster.com>
- (34) <http://snup.fr>
- (35) <https://cartosante.atlasante.fr/#c=home>
- (36) <http://www.dax.fr/le-village-landais-alzheimer-dax>
- (37) <http://www.etudiant.gouv.fr/cid122683/c-est-quoi-le-plan-etudiants.html>
- (38) <http://www.cnrtl.fr/portail/>
- (39) http://www.ifp.u-bordeaux2.fr/ifp_de_bdx2.html
- (40) <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-123R.pdf>
- (41) <http://www.infofemmes.com/v2/p/Se-documenter/Historique-du-droit-des-femmes/60>
- (42) <http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/le-vieillissement-de-la-population-et-ses-enjeux>
- (43) <http://www.psychomotriciteautourdumonde.fr>
- (44) <https://solidarites-sante.gouv.fr>
- (45) <https://www.ameli.fr>
- (46) <https://www.anep-asso.fr>
- (47) <https://www.canceratwork.com>
- (48) <https://www.cget.gouv.fr/thematiques/services-au-public/maisons-de-sante-pluriprofessionnelles>
- (49) <https://www.college-de-france.fr/media/julian-de-ajuriaguerra>
- (50) <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>
- (51) https://www.entreprises.gouv.fr/files/files/directions_services/cnapl/observatoire/professionnels-liberaux/psychomotricien.pdf

- (52) <https://www.gouvernement.fr/lutte-contre-les-deserts-medicaux-ce-qu-il-faut-savoir>
- (53) <https://www.has-sante.fr>
- (54) <https://www.huffingtonpost.fr/remy-bellet/8-cliches-pour-vaincre-les-cliches-sur-la-trisomie>
- (55) <https://www.insee.fr>
- (56) <https://www.la-croix.com/Sciences-et-ethique/Sante/Le-remboursement-perruques-femmes-atteintes-cancer-evolue-2019-04-02-1201012957>
- (57) <https://www.larousse.fr>
- (58) <https://www.legifrance.gouv.fr>
- (59) <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/paces-etudier-dans-une-antenne-delocalisee-un-bon-plan.html>
- (60) <https://www.linternaute.com>
- (61) http://www.mesr.public.lu/enssup/dossiers/bologne/processus_bologne.pdf
- (62) <https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Nouvelles/Fiche.aspx?doc=2006121314>
- (63) <https://www.senat.fr>
- (64) <https://www.sudouest.fr/2018/07/06/paces-a-pau-resultats-comparables-a-bordeaux>
- (65) <https://www.universalis.fr/encyclopedie/enfance-situation-contemporaine-le-droit-de-l-enfant/1-historique-du-statut-de-l-enfant/>
- (66) JACQUILLAT N. (2013). « Mettre les parents au cœur du dispositif de soins ». *Contraste*, 37(1), 13-30.
- (67) JAQUET Chantal (2001). *Le corps* (Philosophie). Paris : Presses universitaires de France.
- (68) JOLY F. (2013). « Psychomotricité et médiations corporelles thérapeutiques : le médiatif et le travail du médium malléable ». *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 173, 38-52.
- (69) LAÏNÉ M., ROCHER A. (2015). « Faire corps avec la médiation ». *Thérapie Psychomotrice*, 181, 76-90.
- (70) LATOUR A-M. (2015). « Les organisateurs du groupe en psychomotricité et dans les ateliers à médiations : pare-excitants et attracteurs ». *Thérapies Psychomotrice et Recherche*, 181, 28-37.
- (71) LAUBIE, R. (2011). « Le patient connecté ou les métamorphoses de la santé ». *L'Expansion Management Review*, 143(4), 24-31.
- (72) LE BRETON D. (2008). *La sociologie du corps* (6e éd. Que sais-je ?). Presses Universitaires de France.

- (73) LE PETIT M. (2018). *L'étudiant en psychomotricité, une identité professionnelle en construction*. Université de Bordeaux, Institut de formation en psychomotricité : Bordeaux.
- (74) MAUPASSANT G. (de) (1886). Le Horla (première version).
- (75) MCGRAIL MR., RUSSELL DJ., CAMPBELL DG. (2016). « Vocational training of general practitioners in rural locations is critical for the Australian rural medical workforce ». *The Medical Journal of Australia*, 205, 5, 216-221.
- (76) Mellier, D. (2002). « L'équipe, c'est aussi un groupe: Six propositions d'analyse. » *Enfances & Psy*, 19(3), 22-28.
- (77) MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ (journal officiel du 6 juin 1998). « arrêté du 7 avril 1998 relatif aux études préparatoires au diplôme d'État de psychomotricien ».
- (78) MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION (mercredi 14 mars 2018). *L'universitarisation des formations en santé*, dossier de presse, Paris.
- (79) MORIN R. et COURBERAND D. (1998). « croyances et ou concepts psychomoteurs ». *Thérapie psychomotrice et recherches*, 114-115, 4-12.
- (80) MUCCHIELLI A. (2015). « L'identité individuelle et les contextualisations de soi ». *Le Philosophoire*, 43(1), 101-114.
- (81) Nezosi, G. (2017). « Quelle gouvernance au sein de la Sécurité sociale ? ». *Regards*, 52(2), 37-47.
- (82) NIZET J. & RIGAUX N. (2014). « VII / Interaction, identité et ordre social : ouvertures critiques ». Dans : Jean Nizet éd., *La sociologie de Erving Goffman* (pp. 93-106). Paris: La Découverte.
- (83) ONNIS L. (2009). « Lorsque la psyché est le reflet du corps. Une nouvelle alliance entre les neurosciences et la psychothérapie ». *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 43, 65-91.
- (84) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (21 novembre 1986). *Conférence internationale pour la promotion de la santé*. Ottawa, Canada.
- (85) OUDOT M-C. (2005). « Théâtre, danse et créativité : imposer le cadre ou le construire avec les enfants ? ». *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 141, 96-102.
- (86) PENCHANSKY R., THOMAS J.W. (1981). « The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction ». *Medical Care*, 19, 2, 127-140.
- (87) PITTERI F. (Avril 2004). « Le bilan psychomoteur », intervention présentée lors du Congrès Européen de Psychomotricité : *Identité psychomotrice, spécificité et diversité*, Lisbonne, Portugal.
- (88) POTEL BARANES, C. (2010). *Être psychomotricien* (Trames). ERES.
- (89) PUJOL C. (2015). « plaider pour une psychomotricité, changer le nom, changer la vie ». *Thérapie psychomotrice et recherches*, 181, 48, 4-23.

- (90) Rapport des Nations Unies : <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G19/046/22/pdf/G1904622.pdf?OpenElement>
- (91) RAPPORT IGAS N°2016-123R / IGAENR N°2017-043, juin 2017, France.
- (92) RIOU J. (2005). « La créativité dans la thérapie psychomotrice », *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 141, 24-36.
- (93) RODRIGUEZ M. (1999). « La médiation : un processus thérapeutique », *l'Information Psychiatrique*, 8, 75.
- (94) RODRIGUEZ M. (2012). « Apport des médiations corporelles en psychomotricité », Journée AFPUP, Paris, France.
- (95) SAINT-CAST A. (2003). « Norme, normalité et évaluation psychomotrice », *Évolutions psychomotrices*, 15, 62, 214-222.
- (96) SALBREUX R. (2012). « La place de la personne handicapée dans la société moderne », *VST - Vie sociale et traitements*, 116, 112-116.
- (97) SCIALOM P., CANCHY-GIROMINI F., & ALBARET J. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 1 Concepts fondamentaux* (Psychomotricité). Paris: De Boeck-Solal.
- (98) SCIALOM P., CANCHY-GIROMINI F., & ALBARET J. (2018). *Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 5 Examen psychomoteur et tests* (Collection Psychomotricité). Paris: De Boeck Supérieur.
- (99) TORRES S. (2005). « Le vieillissement de la population ». *Sciences Humaines*, 163, 26.
- (100) TOURETTE-TURGIS C. & THIEVENAZ J. (2014). « L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche ». *Savoirs*, 35(2), 9-48.
- (101) VAIVRE-DOURET L. (2007). « Apports des nouveaux outils d'évaluation du développement moteur et des fonctions neuro-psychomotrices ». *Évolutions psychomotrices*, 19, 77, 126-133.
- (102) VEDERINE Florian, *Bilan Psychomoteur Conté (BPC)*, in thérapie psychomotrice et recherches n°183, collection 48, évaluations cliniques des bilans, p.56-68, 2016.
- (103) WOLFS S. (2015). « Travail et identité chez Levinas : la dimension économique de l'existence comme réalisation de soi ». *Le Philosophoire*, 43(1), 161-179.
- (104) www.irdes.fr/recherche/rapports/559-l-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.pdf

Annexes

ANNEXE 1 - TABLEAU RÉCAPITULATIF DES DIFFÉRENTS TROUBLES PSYCHOMOTEURS :

Trouble psychomoteur	Tableau clinique	Tests par âge (liste non exhaustive)	Pistes de prise en charge
Trouble de l'acquisition de la coordination (TAC)	Difficultés dans les coordinations motrices, maladresse, retard dans les étapes du développement (ramper, s'asseoir, marcher), répercussion à l'école, au sport, dans la vie quotidienne.	La batterie d'évaluation des mouvements chez l'enfant (4-12ans), (M-ABC, Albaret et Soppelsa, 2004)	Enfant > 5 ans Fréquence élevée : 3 fois/semaine
		L'échelle rapide de l'évaluation de l'écriture chez l'enfant (6-11ans), (BHK, Charles et al., 2003)	Exercices d'anticipation et de stratégies avec feed-back pour les modifier si besoin Relaxation segmentaire
		Évaluation des praxies visuoconstructives (figure de Rey A (à partir de 4ans) test des bâtonnets (7-11ans))	Imagerie mentale : observation, imitation, imaginer l'action
Dysgraphie de développement	Trouble moteur de la réalisation spatiale des éléments graphiques (in Dailly & Moscato, 1984) : écriture lente, fatigante, avec atteinte de la qualité.	Évaluation des praxies gestuelles (charlop-Atwell (3-6ans), Lincoln-Oseretsky (6-14ans))	
		BHK	diagnostic > 7 ans.
		Écriture spontanée, dictée	En fonction de l'origine du trouble : travail en psychomotricité autour des troubles spatiaux, de la posture, et du tonus.
		Évaluation des praxies visuo-constructives	S'interroger sur la motivation et le plaisir à écrire.
		Évaluation des coordinations manuelles	
		Évaluation du tonus	

Trouble psychomoteur	Tableau clinique	Tests par âge (liste non exhaustive)	Pistes de prise en charge
Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)	Triade symptomatique : trouble de l'attention, impulsivité et agitation motrice (hyperactivité). Difficultés dans le milieu scolaire et épuisement familial, rejet des pairs.	Agitation motrice : observations cliniques Attention soutenue : tests des deux barrages (9-15ans), test D2 (9-20ans) Attention sélective : test de Stroop (8-16ans) Attention divisée : Trail making test (8-16ans) Évaluation des fonctions exécutives (planification, mémoire de travail, inhibition, fluence, flexibilité)	Gestion des manifestations émotionnelles : reconnaissance des émotions Propositions de jeux avec de multiples consignes et où il faut attendre son tour Gestion de la frustration Relaxation
Tics et syndrome de Gilles de la Tourette	Mouvements, vocalisations, soudains, rapides, récurrents, non rythmiques et stéréotypés. On ne peut pas les interrompre.	Observation clinique et entretien avec la famille Éventuellement recherche au niveau de la dextérité manuelle, des praxies visuo-constructives et des fonctions exécutives pour voir les retentissements	Relaxation Toucher thérapeutique
Stéréotypies motrices	Mouvements, séquences motrices sans but et pouvant être nocives car non adaptées	Observations cliniques	Valeur adaptative < 3ans Relaxation
Troubles du tonus musculaire	Dystonies, syncinésies, paratonies	Épreuve de diadococinésie (marionnettes) Observations cliniques Syncinésies oro-chirales de Becher Paratonie : épreuve du ballant	Habituelles dans l'enfance Relaxation Propositions de variations du tonus

Trouble psychomoteur	Tableau clinique	Tests par âge (liste non exhaustive)	Pistes de prise en charge
<p>Trouble du développement psychomoteur</p>	<p>Retard ou défaut dans la posture, les coordinations, le langage, la sociabilité, les acquisitions, le tonus, la motricité, la latéralité, les praxies, les gnosies, l'orientation spatiale, le rythme, l'intégration temporelle, l'équilibre, l'attention, l'affectivité.</p>	<p>Brunet-Lézine (1997)</p> <p>Échelle fonctionnelle du développement moteur (DEF-MOT, 0 à 4 ans), (Vaivre-Douret, 2003).</p> <p>Évaluation des fonctions neuro-psychomotrices de l'enfant (NP-MOT, 4 à 8 ans et demi), (Vaivre-Douret, 2006)</p> <p>Les tests vus précédemment sont aussi utilisables en fonction de ce qui est exploré.</p>	<p>Expression corporelle</p> <p>Théâtre</p> <p>parcours psychomoteur</p> <p>Jeu (rôle, appel à l'imaginaire)</p> <p>Eutonie</p> <p>Ateliers de groupe</p>

ANNEXE 2 - UN TEST D'IMAGE DU CORPS : L'ENTRETIEN SUR LES REPRESENTATIONS CORPORELLES - OLIVIER MOYANO [9, p.323] :

1/ Entretien sur les représentations corporelles :

Dessin du bonhomme : consigne : "Peux-tu dessiner un bonhomme le plus joli et le plus complet possible" puis, le dessin réalisé, demande d'annotation sur la feuille des parties du corps connues par l'enfant (si celui-ci n'est pas en âge ou en mesure d'écrire, le faire pour lui). Recueil des commentaires de l'enfant sur sa production, tout écrire à côté du dessin.

Entretien :

- a) Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans ?
- b) Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur ?
- c) Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier et se déplier ?
- d) On peut faire quoi avec son corps ?
- e) Qu'est-ce qui est fragile dans le corps (Pourquoi ?)
- f) Qu'est-ce qui est solide dans le corps, (Pourquoi ?)
- g) Qu'est-ce que tu aimes bien dans le corps ? Est-ce qu'il y a des endroits du corps que tu préfères ?
- h) Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps ?
- i) Où est la pensée à ton avis ? (si "dans le corps", Où exactement ?)

2/ Le conte de la fourmi : J. Royer, 1978.

Un garçon (ou une petite fille) s'était un jour endormi dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit : "Qu'est-ce que c'est que ça ?" Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps du petit garçon (ou de la petite fille).

1- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi ?

2- De là, elle va se promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit. Et puis ...

3- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans.

Quel était ce trou ?

Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit ? Et puis... Alors à la fin elle ressort...Par où ?

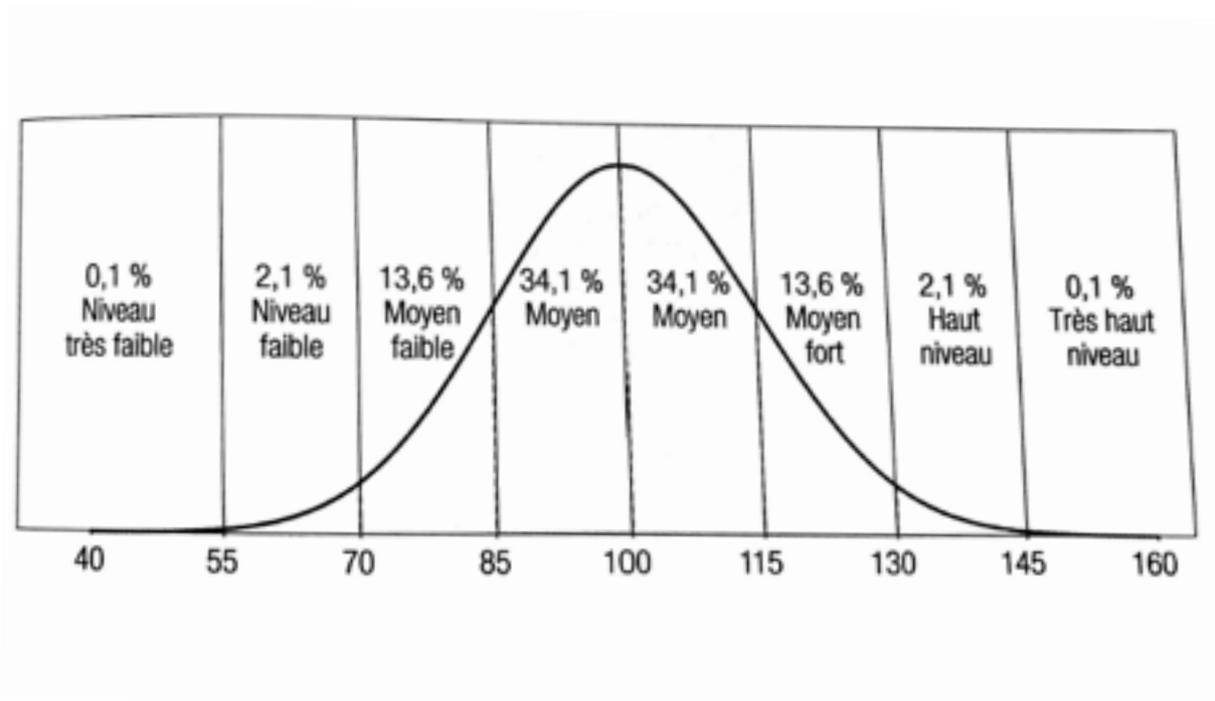
4- La petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles ?

Qu'est-ce qui était beau ? Et pas beau ?

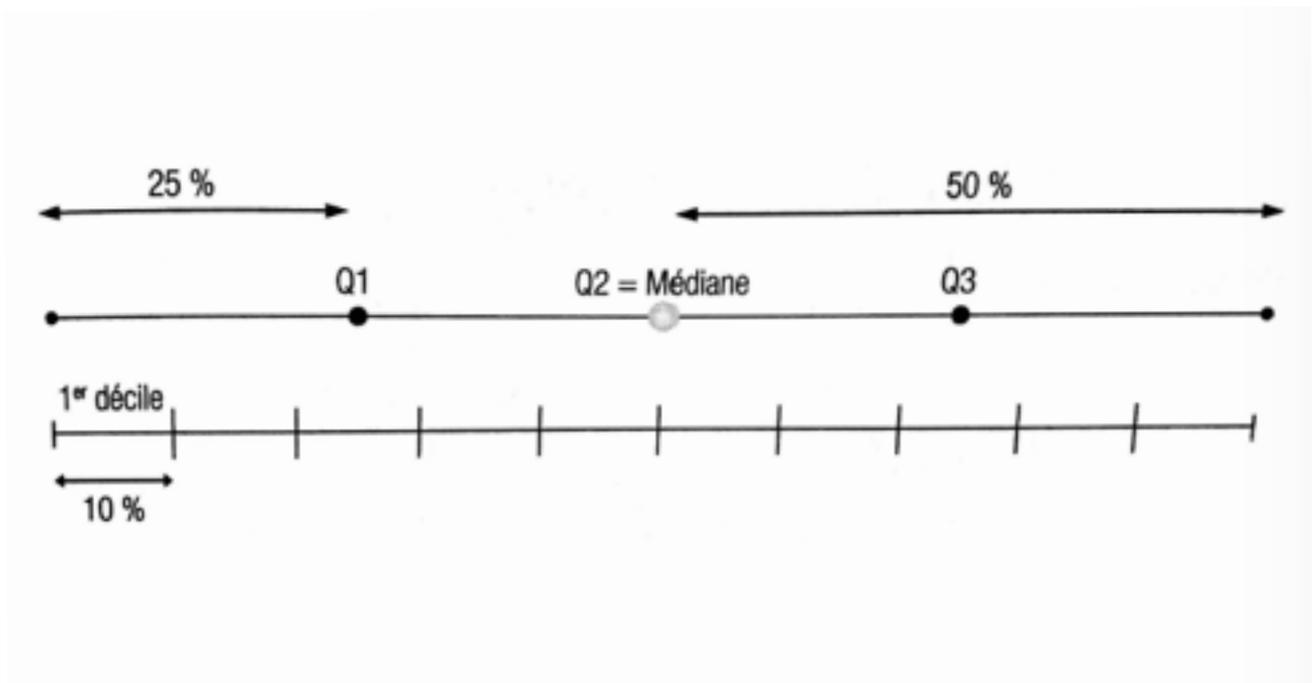
5- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal ?Où ?

6- Comment cette histoire s'est-elle terminée ?

ANNEXE 3 - REPRÉSENTATION GRAPHIQUE D'UNE RÉPARTITION DE LA POPULATION (EN %) SELON UNE LOI NORMALE : LA NOTE MOYENNE EST 100 ET L'ÉCART TYPE À 15. CHAQUE BANDE CORRESPOND À UN ÉCART TYPE [100, p.9] :



ANNEXE 4 - RÉPARTITION DE LA POPULATION EN QUARTILES ET DÉCILES [100, p.9] :



ÊTRE



Le psychomotricien travaille sous prescription médicale et soutient le sujet à tous les âges de la vie dans son développement psychomoteur, dans ses acquisitions et dans ses difficultés. Il intervient dans la rééducation des troubles psychomoteurs et dans la réadaptation du sujet. L'outil principal du psychomotricien est le corps, qu'il aborde au travers de médiateurs comme l'eau, le jeu ou encore le toucher thérapeutique, par exemple.

Une fois le diplôme en poche après trois ans d'études, tu peux exercer ton métier en milieu hospitalier public ou privé, en EHPAD, en crèche, en école, à domicile, en libéral, etc...



DEVENIR



15 instituts en France

Par la **PACES** : Mulhouse (68), Bordeaux (33), Meulan Les Mureaux (78), et Orléans (45).

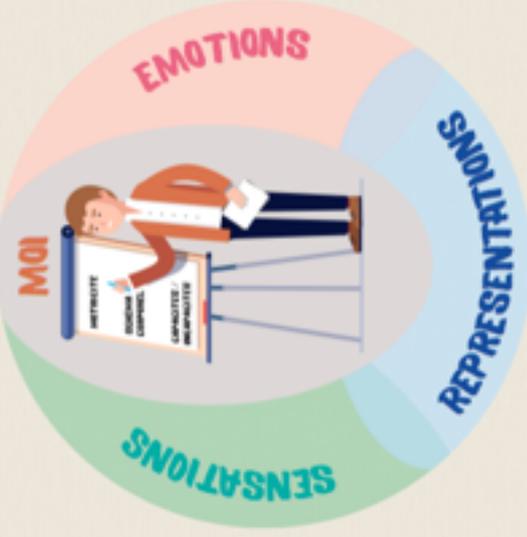
Par **concours** : Rouen (76), Pitié-Salpêtrière (75), ISRP Paris (92), Toulouse (31), Lyon (69), Lille (59), ISRP Marseille (13), Hyères-La Garde (83), La Réunion (974), Alençon (61), et Vichy (03).

Les modalités.

La **PACES** va se transformer : tu pourras choisir progressivement vers quelles filières médicales ou paramédicales tu veux t'orienter en fonction de tes résultats et de tes choix d'unité d'enseignements.

Le **concours** correspond à une épreuve de biologie et une épreuve de français basées sur le programme de terminale scientifique.

LA PSYCHOMOTRICITÉ



La **PSYCHOMOTRICITÉ** est une profession paramédicale qui, par le biais d'une thérapie à médiation corporelle, soutient (en alliance avec le patient) : la mise en place, le fonctionnement économique, et la rééducation des fonctions psychomotrices.



LA PSYCHOMOTRICITÉ

Diplôme d'État depuis 1973, la psychomotricité est une profession paramédicale qui s'inscrit dans les thérapies non-médicamenteuses. Sa spécificité est le travail du corps en relation.



D'après le décret de compétence de 1988 :

LE PSYCHOMOTRICIEN

Le psychomotricien est habilité à réaliser des bilans psychomoteurs, une **éducation précoce** et **stimulation psychomotrice**, la rééducation des **troubles psychomoteurs** : retards du développement psychomoteur, troubles de la maturation et de la régulation tonique, du schéma corporel, de la latéralité, de l'organisation spatio-temporelle, dysharmonies psychomotrices, troubles tonico-émotionnels, maladrotes motrices et gestuelles, dyspraxies, débilite motrice, inhibition psychomotrice, instabilité psychomotrice, troubles de la graphomotricité ; il contribue, par des techniques d'**approche corporelle**, au traitement des **déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles** et des **troubles de la représentation du corps** d'origine psychique ou physique.

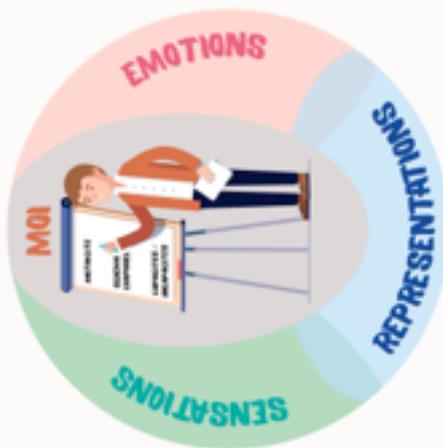
DÉFINITION - TROUBLES PSYCHOMOTEURS :

Le **trouble psychomoteur** se manifeste à la fois dans la façon dont le sujet est engagé dans l'**action** et dans la **relation** avec autrui. Les troubles psychomoteurs affectent l'**adaptation** du sujet dans sa dimension perceptivomotrice. Leurs **étiologies** sont **plurifactorielles** et **transactionnelles** associant des facteurs génériques, neurobiologiques, psychologiques et/ou psychosociaux qui agissent à différents niveaux de complémentarité et d'expression. Ils sont souvent **situationnels** et **discrets**, entraînant en priorité les mécanismes d'adaptation, constituant une source de désagrément et de souffrance pour le sujet et son milieu social. Leur analyse clinique s'appuie sur une connaissance référentielle approfondie du développement normal. Elle nécessite des investigations spécifiques, dont l'**examen psychomoteur**, pour appréhender les aspects qualitatifs et quantitatifs des perceptions, des représentations et des actions du sujet. »

ÉMOTIONS/SENSATIONS/REPRÉSENTATIONS :

Le psychomotricien travaille à travers des **propositions corporelles ludiques**, à l'**expression**, la **reconnaissance** et la **régulation** des émotions. Il soutient le sujet dans la gestion de ses **manifestations émotionnelles** lors de **communications verbales et/ou non verbales**. Le psychomotricien travaille aussi à la reconnaissance des sensations et à la **modulation** des informations sensorielles. Il propose des exercices à travers les cinq sens (auxquels il faut rajouter le vestibulaire et la proprioception) afin de maintenir leur **exploration**.

Anticiper son mouvement, l'imagination, les concepts etc... Tant de notions qui nécessitent la capacité de se représenter les choses. Tout un travail autour des émotions et des sensations est parfois nécessaire afin d'avoir accès aux représentations.



Le psychomotricien travaille sous prescription médicale et soutient le sujet à tous les âges de la vie dans son développement psychomoteur, dans ses acquisitions et dans ses difficultés. Il intervient dans la rééducation des troubles psychomoteurs et dans la réadaptation du sujet.

L'outil principal du psychomotricien est le corps, qu'il aborde au travers de médiateurs comme l'eau, le jeu ou encore le toucher thérapeutique par exemple.

De la passation du bilan psychomoteur avec des tests standardisés, aux séances faisant appel à sa créativité, le psychomotricien possède des connaissances dans de nombreux domaines.

Après trois ans d'études et l'obtention de son diplôme, il peut exercer son métier en milieu hospitalier public ou privé, en EHPAD, en crèche, en école, à domicile, en libéral etc...