



HAL
open science

De l'étudiant au professionnel : réflexion sur les processus de professionnalisation et l'identité professionnelle

Apolline Feron

► To cite this version:

Apolline Feron. De l'étudiant au professionnel : réflexion sur les processus de professionnalisation et l'identité professionnelle. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02272022

HAL Id: dumas-02272022

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02272022>

Submitted on 27 Aug 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Pierre et Marie Curie
Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Bd de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14



**De l'étudiant au professionnel:
Réflexion sur les processus de professionnalisation et
l'identité professionnelle**

Mémoire présenté par Apolline FERON
En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

Maître de mémoire:

Olivier GRIM

Session: Juin 2019

Remerciements

Je remercie ma famille pour leur disponibilité et leurs encouragements. Merci à vous pour la confiance que vous accordez à chacun de mes projets.

Je remercie David, mon conjoint, de m'avoir suivi dans cette aventure. Merci pour ta présence et ton soutien permanent tout au long de ma formation.

Je remercie Gaëlle Prouff, ma maître de stage, pour sa bienveillance et sa sincérité. Merci d'avoir nourri ma réflexion et de m'avoir fait gagner en assurance.

Je remercie mes maîtres de stage pour leur accueil et leur écoute. Merci de m'avoir fait évoluer au cours de ces trois années.

Je remercie l'ensemble des enseignants et professionnels de nous transmettre avec tant de passion leur expérience du métier.

Merci à M.Grim d'éveiller notre sens critique et de nous pousser dans notre réflexion. Merci pour vos conseils qui ont permis de mener à terme ce mémoire.

Merci aux amis, connaissances et aux patients rencontrés au cours de cette formation. Merci d'avoir contribué à ma réflexion et à mon évolution, tant personnelle que professionnelle.

Sommaire

Introduction	1
1. L'effet papillon	1
2. L'effet Dunning-Kruger ou le biais cognitif	2
3. Problématique	4
4. Tentative	6
Partie 1: La psychomotricité	7
I. Monisme et dualisme.....	7
1. Les différents courants philosophiques.....	7
1.1 Exemple clinique	7
1.2 Le dualisme corps-esprit.....	10
1.3 Le monisme.....	13
1.4 Conclusion de la partie I.1.....	16
II. Objectivité et subjectivité.....	18
1. Les différentes pratiques.....	18
1.1 Exemple clinique.....	18
1.2 Naissance de la psychomotricité.....	20
1.3 La psychomotricité par les preuves: les rééducateurs	21
Influence des neurosciences en psychomotricité.....	22
1.4 La psychomotricité relationnelle: les thérapeutes.....	24
Influence de la psychologie et de la psychanalyse en psychomotricité....	25
1.5 Conclusion de la partie II.1.....	28
2. Histoire et évolution des sciences « dures » et des sciences « molles ».....	30

Conclusion de la partie II.2.	35
3. Apport de la phénoménologie en psychomotricité.....	36
Conclusion de la partie II.3.	39
4. Conclusion de la partie II.....	41
III. Simplicité et complexité.....	44
1. Les travaux dirigés.....	44
1.1 Exemple clinique	44
1.2 Déroulement et objectifs des travaux dirigés.....	46
1.3 Intuition : définition et intérêt.....	50
1.4 Conclusion de la partie III.1	52
2. Apport du bilan psychomoteur.....	54
2.1 Définition des troubles psychomoteurs.....	54
2.2 Items psychomoteurs évalués.....	57
2.3 Principes et enseignement des bilans psychomoteurs.....	59
2.4 Intérêts et limites des bilans standardisés.....	61
3. Complexité.....	64
3.1 Intégrer une vision complexe.....	64
3.2 Complexité et auto-organisation.....	66
3.3 Conséquences dans nos conduites thérapeutiques.....	67
4. Conclusion de la première partie.....	69
Partie 2: Identité professionnelle.....	72
I. Socialisation et identité.....	72
1. Socialisation primaire et secondaire.....	72
2. Définition de l'identité.....	73
3. Identité personnelle.....	74

4. Identité professionnelle.....	75
5. Etapes de professionnalisation dans la formation de psychomotricité.....	77
6. Conclusion de la partie I.	78
II. Emergence d'une profession	81
1. Processus de professionnalisation et création d'un marché fermé.....	82
1.1 Découvertes à la base d'un besoin social.....	83
1.2 Les premières pratiques.....	83
1.3 L'organisation de la formation.....	84
1.4 Fermeture du marché du travail.....	85
1.5 Conclusion de la partie II.1.	86
2. Organisation d'une profession: organisation, système, interrelations.....	87
Conclusion de la partie II.2.....	90
Discussion: Renforcer et développer l'identité professionnelle.....	92
I. Formations.....	92
II. Communication.....	92
III. Recherche.....	94
Conclusion générale.....	96
I. Limites du mémoire	96
II. Conclusion.....	97
Bibliographie	101
Annexe.....	I

Introduction

1. L'effet papillon

*« Il arrive que les grandes décisions ne se prennent pas,
mais se forment d'elles-mêmes. »*

Henri Bosco, Malicroix

L'heure des décisions approchait, mon année de terminale s'achevait et je devais choisir mon orientation. Mes résultats m'encourageaient à entreprendre des études scientifiques, pourtant mon attrait pour les sciences humaines m'incitait à choisir une autre voie, en continuité avec la filière économique et sociale dont j'étais issue. Passionnée par la psychologie, la sociologie et la biologie mais également interpellée par la philosophie; l'incertitude me saisissait...

Après quelques semaines de recherche et de questionnements je découvre le métier de psychomotricien sur internet. Ce dernier est défini par l'ONISEP comme « avoir le corps et l'esprit en harmonie pour dépasser les difficultés à la suite d'un accident ou d'une maladie, tel est l'objectif du psychomotricien. Il utilise le jeu et d'autres médiations pour rééduquer, notamment les troubles du geste, les problèmes

d'orientation dans le temps ou dans l'espace, ou parvenir à mieux réguler ses émotions et s'adapter à son environnement. »¹

J'avais trouvé un métier qui réunissait mes matières de prédilection. C'était évident: ce métier était fait pour moi! Dès lors je me suis lancée dans cette aventure avec l'espoir de mieux comprendre la complexité du fonctionnement humain.

J'étais loin de me douter des remises en question provoquées par cette formation. Au début, la définition de la psychomotricité me semblait intelligible. Cette confiance a progressivement laissé place aux doutes et aux questionnements. Les réponses que j'étais venue chercher ont fait naître chez moi plus d'interrogations que de certitudes, il me fallait trouver un lien.

2. L'effet Dunning-Kruger ou le biais cognitif

Les étudiants sont avertis dès le début de leur cursus: ils vont devoir intégrer de nombreux savoirs théoriques, participer à des travaux dirigés et acquérir une expérience pratique pendant leurs stages. En effet, « former des étudiants au métier de psychomotricien implique de transmettre des savoirs, des savoir-faire et un savoir-être »². Afin de nous construire une identité professionnelle, nous sommes alors invités à tisser des liens, entre les connaissances que nous acquérons et notre pratique.

¹ <http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/psychomotricien-psycho-motricienne>

² GATECEL Anne et GIROMINI Françoise in POTEL Catherine, (2013), p.436

Malgré les échos qui me parvenaient sur les difficultés à élaborer une définition commune, sa spécificité me semblait évidente : elle mettait en lien le corps et l'esprit.

Au cours de ma formation j'ai progressivement pris conscience des oppositions, au niveau théorique et pratique, entre professionnels. Je devais penser l'être humain de manière unitaire, comme la psychomotricité le revendique, tout en intégrant des savoirs séparant les sciences du corps et les sciences de l'esprit. Cela m'a amenée à m'interroger sur les notions de corps et d'esprit.

J'ai souhaité évoquer la théorie Dunning-Kruger de manière anecdotique car elle traduit mon vécu au cours de la formation. Cette étude a été menée par deux professeurs de psychologie, David Dunning et Justin Kruger. Leurs expériences montrent que les moins expérimentés ont tendance à surestimer leurs capacités et leurs performances, il s'agit d'un biais cognitif³. L'explication de ce phénomène, qui a été proposée par ses découvreurs, est que ces personnes ne détiennent pas les connaissances nécessaires pour s'apercevoir de la profondeur et la complexité d'un sujet donné.

Force est de constater que ces contradictions interrogeaient la définition de la psychomotricité, j'ai commencé à m'intéresser à son histoire et à son évolution.

³ STORY Martine, (2018), p.37-38

3. Problématique

Les étudiants débutent cette formation avec leur propre histoire, expériences et sensibilité. Malgré cette diversité, la formation doit nous transmettre une base commune, sur laquelle chaque étudiant construit son identité professionnelle.

La théorie, mes expériences cliniques et les travaux pratiques m'ont permis de questionner mes propres conditionnements, qui déterminaient ma manière de concevoir l'Homme et inévitablement d'en prendre soin.

Je me suis alors demandée comment l'étudiant devenait psychomotricien.

L'accumulation de savoirs théoriques et de techniques, leur juxtaposition ou leur croisement sont-ils suffisants? Qu'émerge-t-il des savoirs et expériences? Comment s'approprier une autonomie dans une profession en quête identitaire?

En d'autres termes, qu'entend-on par « être psychomotricien » et comment l'étudiant acquière ce sentiment ?

J'ai ressenti le besoin, presque nécessaire, d'effectuer ce mémoire sur mon évolution au cours de cette formation. Avant d'exercer, il me semblait indispensable de répondre à ces interrogations.

Ce mémoire me permettra, je l'espère, de comprendre le rôle de la psychomotricité afin de pouvoir défendre sa spécificité. Il est également adressé aux étudiants ou professionnels qui s'intéressent à ces questions.

Je mettrai en perspective les questionnements qui ont émergé au cours de ma formation à travers plusieurs vignettes cliniques. Elles me permettront de faire des liens entre la pratique et la théorie. Après avoir souligné le parcours et les difficultés auxquels l'étudiant est confronté, je définirai la notion d'identité, notamment professionnelle. Je détaillerai également l'histoire de la profession, son évolution avant d'exposer ses perspectives d'évolution.

4. Tentative

« *Entre*

Ce que je pense

Ce que je veux dire

Ce que je crois dire

Ce que je dis

Ce que vous avez envie d'entendre

Ce que vous croyez entendre

Ce que vous entendez

Ce que vous avez envie de comprendre

Ce que vous comprenez

Il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer.

Mais essayons quand même... »

Bernard Werber, *encyclopédie du savoir relatif et absolu*.

Partie I: La psychomotricité

I. Dualisme et monisme

« Tout est en même temps yin et yang. Dans le bien il y a du mal et dans le mal il y a du bien. Dans le masculin il y a du féminin et dans le féminin il y a du masculin. Dans le fort il y a de la faiblesse et dans la faiblesse il y a de la force. Parce que les chinois ont compris cela il y a plus de trois mille ans, on peut les considérer comme les précurseurs de la relativité. Le noir et le blanc se complètent et se mélangent pour le meilleur et pour le pire. »

Bernard Weber, *encyclopédie du savoir relatif et absolu.*

1. Les différents courants philosophiques

1.1. Exemple clinique

Nous sommes en janvier 2018. La première partie de l'année est déjà derrière moi, les partiels sont terminés et ma maître de stage me laisse davantage de liberté. Elle m'offre la possibilité de proposer une séance à Anass.

Ce petit garçon de cinq ans, enjoué et souriant, souffre d'une malformation grave, le spina bifida⁴, ce qui lui provoque une paralysie des deux membres inférieurs. Un travail autour de la structuration spatio-temporelle, du schéma corporel, de la motricité fine et de la gestion des émotions est entrepris.

J'aborde cette première séance avec hâte mais je ressens également de l'anxiété, de nombreuses questions surgissent : « Que vais-je pouvoir lui proposer? Va-t-il apprécier mes propositions ? Vont-elles être pertinentes? »

Je me penche alors sur son dossier en relevant les axes thérapeutiques. Ils préconisent des expériences motrices au sol. Elles permettront à Anass de construire et d'intégrer une structuration spatio-temporelle, ainsi qu'une représentation corporelle satisfaisante.

Je décide de proposer un parcours avec différents modules en mousse. J'apporterai un étayage corporel et verbal, précisant les localisations spatiales de son corps et des objets qui l'entourent, afin d'accompagner son exploration spatiale. Les images d'une histoire à reconstruire seront également cachées dans le parcours, elles permettront de travailler l'ordre et la succession des événements.

Le jour venu, nous allons chercher Anass dans son lit. Les yeux mi-clos, Anass se réveille doucement, ma maître de stage lui retire ses attelles et son corset pour le mettre dans son fauteuil. Une fois libéré de ses appareils, Anass nous suit dans la salle de psychomotricité. Je l'installe en décubitus ventral sur le tapis, en prenant les précautions nécessaires. Je lui explique ensuite les activités que j'ai

⁴ Anass est atteint d'une myéломéningocèle. C'est une malformation qui représente 75% des spina bifida, c'est la forme la plus sérieuse. Le sac herniaire contient non seulement les tissus et le liquide céphalo-rachidien mais aussi les racines nerveuses et une partie du canal de la moelle épinière. Ce canal est endommagé ou développé anormalement. Ce qui entraîne une paralysie, d'importance variable, des membres inférieurs et la perte de sensibilité totale ou partielle en-dessous des vertèbres endommagées.
LEDOUX Claude-Nicolas, LARROQUE Alain, (1995), p.11-14

prévues pour lui. En appui sur ses mains il me regarde par dessus ses lunettes tout en m'écoutant attentivement. A la fin de mes explications Anass m'exprime son désaccord « non, je ne veux pas faire ça! ». Me retrouvant démunie je lui demande ce qu'il veut faire et lui propose diverses activités: pâte à modeler, LEGO, dinette, sable, instruments de musique. Anass opte pour les LEGO. Qu'à cela ne tienne! Je sors la boîte sans vraiment savoir où cette activité allait nous mener. Des histoires de princesses, de dragons et de magiciens viennent s'ajouter et enrichir nos constructions. Anass m'amenait vers des chemins auxquels je n'avais pas pensé; en retour, j'alimentais et je structurais l'imaginaire qu'il apportait.

Cette séance a fait émerger de nombreux questionnements. Elle m'a permis de remettre en question ce que j'avais - ou plutôt pensait avoir - compris de la psychomotricité.

Lors de mes premiers stages, je fixais des objectifs à accomplir au patient au travers d'exercices, cela me rassurait. Cette démarche donnait du sens à ma pratique, je me sentais « utile ». Néanmoins la spécificité de la psychomotricité me paraissait obscure.

Cette discipline revendique sa capacité à prendre en compte la globalité du patient, en privilégiant la relation. Cette affirmation m'a toujours interpellée, elle négligerait la capacité d'un médecin, d'un ostéopathe, d'un kinésithérapeute ou d'un psychologue à entrer en relation et à considérer la globalité de la personne.

Prenons l'exemple du kinésithérapeute, il peut également questionner le patient sur ses antécédents médicaux, ses habitudes de vie et son état psychologique (niveau

d'anxiété par exemple) et en tenir compte dans sa prise en charge.⁵ De ce fait, il considère également le patient dans son intégralité. Il peut aussi accorder une place centrale à la relation et à l'alliance thérapeutique.⁶

Ajoutons que les réunions d'équipe pluridisciplinaire ont pour objectif de rassembler les différents points de vue, afin d'avoir une approche holistique⁷ du patient. Partant de ce constat je me suis demandée quel était le sens du terme de « globalité » pour un psychomotricien.

Le concept de « globalité » invite à s'interroger sur la conception de l'être humain au regard de la psychomotricité. Comment les systèmes de pensée philosophiques du monisme et du dualisme peuvent-ils nous éclairer? Quelles sont leurs influences sur la pratique psychomotrice? La psychomotricité s'inspire-t-elle plutôt du monisme ou du dualisme?

1.2. Le dualisme corps-esprit

Le dualisme est une philosophie définissant l'esprit comme distinct du corps. Platon (vers 427-348 av.JC), philosophe antique de la Grèce classique, écrivait déjà dans ses œuvres « *Apologie de Socrate* », « *Criton* » et « *Phédon* »⁸ que l'esprit de l'humain et son intelligence ne peuvent être reliés au corps matériel.

⁵ Discussion avec M. DEPLANCHE David, masseur-kinésithérapeute DE.

⁶ L'alliance thérapeutique peut se définir comme la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés. BIOY Antoine et BACHELART Maximilien, (2010), p.317-326

⁷ Doctrine philosophique selon laquelle un énoncé scientifique doit prendre en compte l'environnement dans laquelle il apparaît.
<https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/holisme/>

⁸ PLATON in ROBIN Léon and CHÂTELET François, (1985)

Dans une réflexion similaire René Descartes (1596-1650), philosophe français, exposa sa théorie du *Cogito ergo sum*, expression latine signifiant littéralement « Je pense donc je suis ». Au moment où je doute de tout, je suis assuré de la pensée qui doute. Cette expression marque clairement la dominance de l'esprit sur le corps et devient le premier principe de la pensée cartésienne. « Je pense » caractérise le moi doutant, le « donc » exprime la certitude fondamentale dont on ne puisse douter: c'est la pensée qui se déploie en doutant et prouve son existence.

Dans cette perspective dualiste, il est difficile d'imaginer, comment l'âme, substance pensante et immatérielle, pourrait être unie au corps, substance étendue et matérielle. Comment pourrait-elle agir sur lui, le mouvoir ou être émue par lui. Leur hétérogénéité de nature rend inintelligible toute causalité réciproque et communication. Descartes affirma alors que « l'âme est en rapport avec le corps par l'intermédiaire du cerveau, et plus exactement par l'intermédiaire d'une toute petite glande : la glande pinéale »⁹. Il propose, à travers cette affirmation, un lien entre le corps et l'esprit et « pense résoudre le problème de l'unité corporelle et de sa permanence dans le temps »¹⁰.

Dans sa conception mécaniste, le corps est désigné comme pure extériorité, c'est la thèse du corps-machine. Il est décrit comme une substance étendue en longueur, largeur et profondeur. Le corps est une machine, un assemblage de rouages et de pièces, comme une horloge n'est rien d'autre qu'un ensemble de roues et d'engrenages. Les mouvements involontaires de l'homme sont purement de nature physique « tous les mouvements que nous n'expérimentons point dépendre

⁹ DESCARTES René cité par DEKENS Olivier, (2000), p57

¹⁰ GIROMINI Françoise, (2003), p.17

de notre pensée ne doivent pas être attribués à l'âme, mais à la seule disposition des organes »¹¹. Les mouvements volontaires dépendent de notre volonté et par conséquent de notre âme mais son accomplissement est de nature purement physique « même les mouvements qu'on nomme « volontaires » procèdent principalement de cette disposition des organes »¹².

Cet héritage se retrouve dans l'histoire de la médecine : la santé était au corps et au médecin ce que la sagesse était à l'âme et au philosophe. Cette scission est très ancrée dans les sociétés occidentales contemporaines, où les sciences du corps et les sciences de l'esprit demeurent clivées¹³.

La théorie cartésienne établit une causalité linéaire dans laquelle il faudrait agir sur le corps pour soigner l'esprit ou agir sur l'esprit pour rétablir les dysfonctionnements corporels. Le psychomotricien se placerait alternativement du côté de l'esprit, dessinant une frontière floue avec les autres psychothérapies, ou du côté du corps, se confondant avec certains professionnels de l'éducation et de la rééducation¹⁴. Cette binarité corps/esprit doit être dépassée, pour acquérir une autonomie de penser et pour préciser la globalité dont elle prétend s'occuper vis-à-vis des autres professions.

¹¹ DESCARTES René, in ADAM Charles et TANNERY Paul, (1909), p.225

¹² *Ibid*

¹³ Voir supra p.24

¹⁴ COUTANT Anne dans son mémoire « psychomotricité: de l'étymologie au concept » nous explique que la création du diplôme a engendré un conflit avec la Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes et Rééducateurs (FFMKR). Elle s'est opposée à l'utilisation du terme rééducateur mais accepte toutefois l'appellation psycho-rééducateur en 1974. Les psychomotriciens deviennent alors des rééducateurs spécialisés, créant une confusion entre la psychomotricité et l'éducation spécialisée.

1.3. Le monisme

Le monisme est une philosophie qui considère qu'il n'y a qu'une seule réalité et par conséquent une seule substance, il n'y a pas de distinction entre le corps et l'esprit. Plusieurs philosophes proposent leur point de vue en Occident, pour rompre avec le dualisme cartésien.

Pour Baruch Spinoza (1632-1677), contemporain de René Descartes, « il n'y a pas deux substances (corps et esprit) opposées l'une à l'autre, mais une seule, cette substance étant la Totalité de ce qui est »¹⁵. Par conséquent, en tant que substance, corps et esprit sont identiques. Ce qui permet de penser la distinction, « c'est le mode par lequel l'esprit perçoit la substance »¹⁶; autrement dit il n'y a pas de rapport hiérarchique à faire entre le corps et l'esprit puisqu'il s'agit d'une seule et même substance. Son monisme a souvent été assimilé au panthéiste puisqu'il affirme que nous ne connaissons que deux des attributs infinis de Dieu - la pensée (l'esprit) et l'extension (le corps) - mais ces deux modes d'être sont la même chose. Spinoza explique que l'essence de chaque homme est définie par sa puissance d'agir (*conatus*), il est un pouvoir d'action et un mouvement d'affirmation de soi, de sa propre existence afin de persévérer dans l'être.

Julien Offray de la Mettrie (1709-1751), médecin et philosophe, adopte un monisme radical en considérant le corps humain comme une machine complexe ¹⁷. Il reprend la théorie de l'animal-machine de Descartes pour l'étendre à l'Homme. Il y a

¹⁵ GIROMINI Françoise, (2003), p.17

¹⁶ *Ibid*

¹⁷ LA METTRIE Julien Offray, (1747)

ainsi qu'une seule substance et la matière et l'esprit sont des émanations du cerveau. Nous pouvons voir dans ce « monisme matérialiste » une anticipation de l'intelligence artificielle qui pense reproduire l'esprit humain à partir de programmes informatiques. En supprimant l'idée d'une âme immatérielle il se détache des liens entre psyché et soma, affirmant que le cerveau est le seul organe qui nous permet de penser.

Par ailleurs, la pensée moniste fait partie des traditions spirituelles et religieuses d'extrême-Orient.¹⁸ Au XVIème siècle, les médecines traditionnelles chinoises se font connaître par l'intermédiaire de la compagnie néerlandaise des Indes orientales et des jésuites. Ces pratiques suscitent la curiosité des populations, certains textes chinois seront traduits entre 1670 et 1680 mais ils demeureront les seules bases étudiables jusqu'au siècle des Lumières. À ce moment, les philosophes Denis Diderot (1713-1784) et Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) vont, dans leurs différents ouvrages, décrire l'humain comme un être sensible qui s'étaye sur la base de ses ressentis corporels et émotionnels. Ils évoqueront alors le lien corps-esprit en définissant le corps comme une entité intrinsèquement liée à l'âme et dotée d'une sensibilité.

Vers la fin du XIXème siècle, après avoir observé les troubles de son serviteur, Ernest Dupré (1862-1921), élève de Jean-Martin Charcot (1825-1893), pose déjà les fondations de la clinique psychomotrice en écrivant « plus on étudie les troubles moteurs chez les sujets psychopathes, plus on acquiert la conviction que les étroites relations qui unissent les anomalies psychiques et les anomalies motrices sont

¹⁸ <http://www.histophilos.com/monisme.php>

l'expression d'une solidarité originelle et profonde entre le mouvement et la pensée »¹⁹.

La pensée moniste éclaire la pratique psychomotrice puisqu'elle considère l'humain comme une substance unique dans laquelle chaque déséquilibre agirait sur l'ensemble. Elle insiste sur l'unité de l'être humain, Julian de Ajuriaguerra (1911-1993), considéré comme le fondateur de la pratique psychomotrice, affirmait ainsi qu'il n'existe pas de limites entre les phénomènes moteurs et psychiques.²⁰ « Poser ainsi la perspective psychomotrice et fonder l'école française de psychomotricité, c'est aussi ouvrir une position nouvelle à l'endroit du dualisme corps/esprit, pour dépasser le problème de la dualité de la substance, et aller vers un monisme complexe et processuel où « l'homme se fait en se faisant » »²¹. La psychomotricité serait alors une mise en mouvement de l'être dans son unité.

Il est cependant nécessaire de préciser de quel monisme il s'agit. Bernard Meurin, psychomotricien, philosophe et professeur, exprime à juste titre qu'à travers le monisme matérialiste « les troubles psychomoteurs ne serait que l'expression de troubles en lien avec des dysfonctionnements neurologiques ou neuro-développementaux. Une place est alors possible pour la psychomotricité par les preuves [...] Exit la psycho, nous serions tous des « motriciens » »²². La psychomotricité se rapprocherait alors d'un monisme Spinoziste et du *conatus* (puissance d'agir) de l'être. Elle entretient également aussi des liens étroits avec le

¹⁹ DUPRE Ernest cité par HERMANT Gérard, (2008), p.360

²⁰ AJURIAGUERRA De Julian, (1980), in CARRIC Jean-Claude et SOUFIR Béatrice, (2014), p.48

²¹ AJURIAGUERRA De Julian, in LABES Geneviève et JOLY Fabien, (2008), p.18

²² MEURIN Bernard, (2016), p.99

monisme extrême-oriental. Olivier Grim, psychomotricien, anthropologue et professeur, souligne ainsi que « la psychomotricité a tant de mal à se définir et à être pleinement reconnue dans le cadre philosophique occidental car les fibres qui constituent son étoffe [...] sont extrême-orientales et monistes »²³

1.4. Conclusion de la partie I.1

Nous avons vu que la psychomotricité peine à se définir au regard des autres pratiques dans une vision dualiste. Le terme « globalité » prend sens dans une conception monisme de l'être humain; il n'y a pas deux substances (corps/esprit) mais une seule et unique. La psychomotricité agirait sur la mise en mouvement de l'être et sur sa puissance d'agir.

Nous devons toutefois approfondir cette pensée. Pour comprendre l'unicité de chaque personne il nous faudra expliciter les éléments qui sous-tendent son activité et leurs interactions. Ils permettent d'éclairer la manière dont chacun agit dans le monde.

Le monisme nous donne certes une manière de concevoir et de comprendre l'homme, mais il nous reste à préciser les concepts qui intéressent le psychomotricien. Nous montrerons comment il les met en évidence et les prend en considération lors de ses séances.

Selon ce point de vue nous pouvons nous demander comment lire les concepts psychomoteurs? Comment les interpréter? Quelle posture le psychomotricien doit-il adopter? Quels sont ses objectifs?

²³ GRIM Olivier (2017), p.264

Et surtout comment adopter et soutenir cette vision dans une société dualiste? Est-ce la formation pratique ou théorique qui conduit l'étudiant à s'interroger sur sa manière de penser l'homme? Est-ce les stages? Ou leur réunion? Qu'apporte individuellement ces expériences ?

II. Objectivité et subjectivité

« L'ennemi de la vérité, ce n'est pas le mensonge, ce sont les certitudes »

Friedrich Nietzsche

« Si nous ne changeons pas notre façon de penser, nous ne serons pas capables de résoudre les problèmes que nous créons avec nos modes actuels de pensée »

Albert Einstein

1. Les différentes pratiques

1.1. Exemple clinique

Bastien est un adolescent malvoyant âgé de 13 ans, il est atteint d'une tumeur cérébrale qui lui provoque un syndrome frontal et des troubles de l'élocution. En début d'année, j'observe ses séances de psychomotricité.

Les axes thérapeutiques sont principalement destinés à développer sa structuration spatiale. Le psychomotricien guide la séance et propose des exercices à Bastien. Il doit orienter correctement les objets qui l'entourent selon un référentiel égocentré ou exocentré. Bastien s'entraîne jusqu'à réussir l'activité.

À la fin de la séance mon maître de stage s'absente, Bastien exprime un besoin de parler que j'accueille, une discussion s'en suit:

« La semaine prochaine je dois aller chez le psychiatre, je n'aime pas ça.

- Pourquoi tu n'aimes pas?

- Il me fait parler ... de choses difficiles... de mon handicap.
- C'est important de pouvoir s'exprimer. Sinon on garde tout pour soi, à l'intérieur, et ça peut faire encore plus de mal. Tu ne penses pas?
- Oui c'est vrai, ça me fait du bien mais aussi du mal.
- Oui je comprends, c'est difficile pour toi.
- Si je peux me permettre je te verrai plus psychologue.
- Ah oui? Pourquoi ?
- Parce que tu es gentille et que tu es à l'écoute. »

Que voulait-il exprimer? Peut-être sentait-il que les émotions et le dialogue n'avaient pas ou peu leur place en psychomotricité?

Je me suis interrogée sur la manière dont les patients percevaient la psychomotricité. Nous nous apercevons de la confusion qui règne: d'un côté semble se ranger les professionnels qui s'occupent du corps organique; et de l'autre ceux qui s'intéressent au psychisme. Ce qui n'est guère étonnant compte tenu des influences philosophiques dont l'organisation du système de santé et les définitions dépendent. Les psychomotriciens rencontrent alors des difficultés à définir leur profession.

Il me semble intéressant de revenir sur les découvertes et les disciplines qui ont influencé la psychomotricité.

1.2. Naissance de la psychomotricité

Julian de Ajuriaguerra (1911-1993), neurologue, psychiatre et psychanalyste, est considéré comme le fondateur de la psychomotricité telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui. Il s'inspire de ces différentes disciplines. Pour lui, la psychomotricité conçoit l'expérience du corps comme un langage tonique ; « le déroulement de l'acte implique un fonctionnement physiologique mais n'est pas qu'une condition de contractions musculaires, il est aussi une appétence et une prise de contact, domination ou destruction. L'action ne se présente pas comme l'activité d'un esprit désincarné, mais comme un déroulement avec ses antinomies internes »²⁴.

Au début des années 1960, avec l'aide de Gisèle Soubiran (1916-2012), kinésithérapeute, ils définissent les troubles psychomoteurs et mettent en place avec certains collaborateurs, tel que René Zazzo (1910-1995), des bilans permettant de les évaluer²⁵ ²⁶. Dès lors la psychomotricité commence à être enseignée auprès de professeurs de gymnastique et d'éducateurs. L'enseignement se poursuit ensuite à la Pitié-Salpêtrière sur les traces de Jean-Martin Charcot (1825-1893), neurologue, Ernest Dupré (1862-1921), psychiatre, et Sigmund Freud (1856-1939), pionnier de la psychanalyse. En 1963, le Certificat de Capacité en Rééducation Psychomotrice est créé.

²⁴ AJURIAGUERRA De Julian, (1980), cité par CARRIC Jean-Claude et SOUFIR Béatrice, (2014), p.48

²⁵ GIROMINI Françoise précise dans « psychomotricité: les concepts fondamentaux » que c'est ZAZZO René qui a publié le Manuel pour l'examen psychologique de l'enfant. Nous y trouvons les tests actuellement utilisés par les psychomotriciens (Santucci, Stambak, Bergès...)

²⁶ POTEL Catherine, (2013), p.36

« Après mai 1968, la neurologie se sépare de la psychiatrie »²⁷ la neurologie s'occupe du corps et la psychiatrie (qui est, à l'époque, majoritairement influencée par la psychanalyse) de l'esprit. Les psychomotriciens, s'occupant du corps, sont étonnamment classés du côté de l'esprit malgré un enseignement orienté vers la neurologie et les pratiques rééducatives.²⁸ Nous voyons dès lors apparaître deux catégories de professionnels: les rééducateurs et les thérapeutes.

Comment expliquer cette différence de pratiques? Sur quelles théories s'appuient-elles? Quelles sont les conséquences pour la profession et les étudiants?

1.3. La psychomotricité par les preuves : les rééducateurs

Elle est intimement liée au développement des neurosciences, qui correspondent à l'ensemble des disciplines étudiant le système nerveux ; et aux sciences médicales.

Les progrès scientifiques connaissent une avancée fulgurante depuis le début du XXème siècle : l'enregistrement de l'activité électrique du cerveau par l'électroencéphalographie (1929), renforce les connaissances sur l'épilepsie et les états de conscience altérés (coma, sommeil, rêves). La biologie moléculaire et la génétique mettent en évidence les maladies héréditaires grâce à la découverte de la structure de l'ADN (1953) et à la description du génome humain (1990). Les recherches en thérapie génique continuent dans l'espoir de soigner des maladies incurables et dégénératives.

²⁷ GIROMINI Françoise, (2003), p.25

²⁸ GRIM Olivier, (2017), p.261

La psychiatrie connaît également d'importants progrès, la découverte des neuroleptiques (1952) et des antidépresseurs (1957) permet d'améliorer le quotidien des patients.

Enfin, les scanners (1971), IRM (1977) et IRMf (1992) détectent certaines maladies (sclérose en plaques, tumeurs), mesurent l'activité du cerveau et nous éclairent sur son fonctionnement.

Dans notre formation nous acquérons des connaissances en biologie, anatomie, neuroanatomie, neuropsychologie, neurologie, neuroendocrinologie et neurobiologie.

Elle répondent à la question du comment :

Comment le cerveau nous permet-il de voir, penser, juger, résoudre des problèmes, éprouver des sentiments et des émotions, nous reconnaître, nous souvenir et nous projeter dans le futur ? Comment les muscles se contractent-ils, les articulations fonctionnent-elles et le corps se meut-il ?

Elles permettent également de comprendre les dysfonctionnements neurobiochimiques qui interviennent dans les maladies psychiatriques, neurologiques, dégénératives. Mais également leurs conséquences sur le fonctionnement et le comportement de la personne.

Influence des neurosciences en psychomotricité

Les neurosciences ont influencé la pratique psychomotrice avec, tout d'abord, la découverte des aires psychomotrices. En 1870, l'anatomiste Gustav Theodor Fritsch (1838-1937) et le psychiatre Eduard Hitzig (1838-1907) découvrent que la

stimulation électrique du cortex d'un chien non anesthésié engendre des contractions musculaires.²⁹ Dans la même lignée, le physiologiste Léonard Landois (1827-1902), délimite en 1872 les aires corticales responsables des décharges motrices : ce sont les « centres psychomoteurs ». Un lien est alors créé entre l'activité cérébrale et la contraction musculaire.

La plasticité cérébrale fut découverte à la même époque, elle correspond à l'aptitude des neurones et du cerveau à se transformer, à s'organiser et à se réorganiser en fonction des expériences vécues par l'organisme. L'hypothèse fut formulée par Santiago Ramón y Cajal (1852-1934), histologiste et c'est Geoffrey Raisman (1939-2017), neurobiologiste, qui établit pour la première fois, en 1969, la capacité du cerveau à constituer de nouvelles synapses chez l'adulte, à la suite d'une lésion³⁰.

La corrélation entre l'activité cérébrale et motrice est dès lors clairement établie. Ces avancées permettent de justifier l'efficacité des méthodes d'éducation et de rééducation psychomotrice³¹. Elles apportent également un éclairage sur le développement cérébral de l'enfant en bas âge.

Des pratiques psychomotrices apparaissent, rapprochant psychomotricité et gymnastique. Pierre Janet (1859-1947), psychologue et médecin, définit avec Philippe Tissé (1852-1935), neuropsychiatre, les principes d'une gymnastique de la volonté. Ils s'intéressent aux jeunes délinquants dans le but de les rééduquer pour

²⁹ POTEL Catherine, (2013), p.26

³⁰ DROZ MENDELZWEIG Marion, (2010), p.331-337

³¹ POTEL Catherine, (2013), p.32

les ramener sur le droit chemin grâce à une éducation morale et corporelle ; c'est un redressement physique, psychologique et social « des plus faibles ».

Pierre Pétat, professeur d'éducation physique, et Edouard Guilmain (1901-1983), directeur de classes de perfectionnement, démontrent l'efficacité des exercices du corps pour se rétablir les troubles psychologiques. Pour Pierre Pétat, cette rééducation psycho-motrice a pour objectif de « fixer l'attention du sujet sur ses réalisations motrices et développer ainsi sa volonté » mais également « dissiper les automatismes pathologiques »³². Edouard Guilmain montre que ces exercices auront une influence sur le tonus et les désordres moteurs. Ils permettront de ramener les enfants « anormaux de caractère »³³ dans la norme.

La pensée dualiste sous-tend ce type de rééducation qui s'ingénie à rétablir l'esprit par le corps. En parallèle, un autre courant de pensée voit le jour, une psychomotricité dite relationnelle.

1.4. La psychomotricité relationnelle : les thérapeutes

Elle puise ses racines dans la psychanalyse et plus largement dans les sciences humaines et sociales. Ces sciences s'intéressent « aux activités, aux comportements, à la pensée et aux intentions ainsi qu'aux modes de vie, à l'évolution de l'être humain, dans le passé ou dans le présent, qu'il soit seul ou en groupe. »³⁴.

³² FAUCHE Serge, (1994), p.98

³³ *Ibid*

³⁴ http://www.toupie.org/Dictionnaire/Sciences_humaines_sociales.htm

Le développement de l'enfant n'intéressait guère la société avant le XIXème siècle. À partir de cette époque des psychologues commencent à étudier le développement psychologique de l'enfant. Dans le même temps les théories psychanalytiques se développent et tentent de comprendre les origines des maladies psychiques.

Les sciences humaines répondent à la question du pourquoi :

Pourquoi pensons-nous, agissons-nous d'une certaine manière? Pourquoi éprouvons-nous des sentiments, émotions ? Pourquoi avons-nous besoin de nous souvenir et de nous projeter dans le futur? Pourquoi chacun de nous se meut-il et se déplace-t-il d'une manière singulière?

La psychanalyse a eu une influence majeure sur la psychomotricité, notamment après les années 1970. La formation en psychomotricité nous délivre un enseignement sur les principaux auteurs³⁵ qui se sont intéressés au développement psycho-affectif de l'enfant³⁶.

Influence de la psychologie et de la psychanalyse en psychomotricité

Le fondateur de la psychanalyse, Sigmund Freud (1856-1939), se désintéresse du corps en l'immobilisant sur le divan. Il considère que la biologie et la psychanalyse doivent demeurer étanches. Le corps et l'esprit demeurent alors séparés. Les symptômes sont compris comme le retour d'un contenu refoulé dans

³⁵ La liste ci-dessous n'est pas exhaustive.

³⁶ GIROMINI Françoise, ALBARET Jean-Michel, SCIALOM Philippe, Volume 1, (2015), p.327-350

l'inconscient. La psychanalyse est une méthode permettant d'accéder à ce contenu et de traiter l'esprit par l'intermédiaire de la pureté du langage.

Wilfred Bion (1897-1979), psychiatre, développe quant à lui une théorie sur la mise en place des mécanismes de la pensée³⁷. Il décrit la *fonction Alpha* comme la capacité de la Mère³⁸ à comprendre les expressions et émotions brutes de son enfant. Ces derniers sont les *éléments Bêta*. La *fonction* les traduit en *éléments Alpha*, en leur donnant sens à travers la satisfaction des besoins de l'enfant. Cette traduction permet à l'enfant de comprendre ce qui n'était qu'excitation informelle. C'est la « première forme de représentation »³⁹.

Par ailleurs, après avoir observé des bébés en pouponnière, René Spitz (1887-1974), psychiatre et psychanalyste, constate qu'il ne suffit pas de répondre aux besoins biologiques et physiologiques (nourriture, traitement des infections) du bébé pour qu'il se développe, la « nourriture affective » est tout aussi importante (tendresse, attention). À partir de cette découverte, qui fut nommée *hospitalisme* (*syndrome des pouponnières*), la notion d'attachement fut développée. John Bowlby (1907-1990), psychiatre et psychanalyste, démontre ainsi l'importance des premiers liens d'attachement en développant la théorie de l'instinct. Pour lui l'attachement et l'alimentation sont un besoin biologique premier. En ce sens il s'oppose à la *théorie des pulsions* de Freud selon laquelle l'intérêt de l'enfant vers autrui est secondaire.

Le dialogue corporel sera mis en avant par Donald Winnicott (1896-1971), pédiatre de formation et élève de Mélanie Klein. Il développe les termes de *holding*,

³⁷ *Ibid*

³⁸ Le mot « Mère » est employé avec une majuscule pour désigner la fonction maternelle.

³⁹ *Ibid*, p.381

handling et d'*objet transitionnel*. Le *holding* désigne la façon de porter et de tenir l'enfant. Il correspond à l'ensemble des soins procurés par la Mère et à sa capacité à contenir ses angoisses, à la fois sur le plan physique (le fait de le porter dans les bras, de le bercer), et psychique (la capacité de la Mère à penser les émotions de son enfant). Le *handling* désigne la manière de prendre et de manipuler l'enfant. Elle inclut la notion de plaisir, permettant à l'enfant de sentir son corps. L'*objet transitionnel*⁴⁰, communément symbolisé par le doudou, permet quant à lui de passer du principe de plaisir au principe de réalité. L'enfant crée une aire transitionnelle en jetant des ponts entre la réalité interne et la réalité externe. Ce processus lui permet de passer d'une dépendance absolue, à une dépendance relative puis de devenir indépendant et sûr. Il insiste sur l'aspect primordial des soins maternels, garants d'un bon développement psychique.

Didier Anzieu (1923-1999), psychiatre, redonnera également une place centrale au corps avec le concept du *moi-peau*. Pour lui, la peau a pour fonction de rassembler les expériences précoces significatives pour le sujet, c'est la première formation de rassemblement. La qualité de cette peau va être dépendante de la qualité des soins, du *holding*, du *handling* et de la satisfaction donnée à la pulsion d'attachement. Il s'est intéressé également aux frontières identitaires entre le soi et le non soi; à l'articulation entre les excitations, les messages internes qui viennent des profondeurs et à ceux reçus de l'environnement, de l'extérieur. En ce sens, il affirme que la peau constitue une base de sécurité et est fondamentale pour construire son identité. « C'est le sac qui retient à l'intérieur le bon et le plein »⁴¹ des soins, de l'allaitement et des paroles. C'est aussi une surface qui marque la limite entre le

⁴⁰ WINNICOTT Donald Woods, (1975)

⁴¹ ANZIEU Didier, (1985), p.39

dedans et le dehors. Elle est « un lieu et un moyen primaire de communication avec autrui »⁴². Anzieu montrera ainsi que le corps, et plus particulièrement la peau, est un organisateur de la vie psychique.

Henri Wallon (1879-1962), psychologue et médecin, approfondira cet intérêt porté au corps en étudiant le développement des fonctions motrices, affectives et de pensée. Il souligne l'importance et l'interrelation entre tonus et émotions. Il développera le concept de dialogue tonique ou tonico-émotionnel⁴³⁴⁴. L'enfant et celui qui le porte s'accordent réciproquement aux variations toniques perçues. Ce dialogue est mis en jeu dès le début de la vie entre l'entourage et l'enfant. C'est le premier moyen de communication avec l'environnement et constitue le prélude au dialogue verbal. Selon Henri Wallon, le tonus véhicule l'expression des émotions. L'émotion a pour fonction de venir résoudre l'accumulation de tensions musculaires dans le corps. Ce concept sera repris par Julian de Ajuriaguerra⁴⁵ et est un des fondements de la pratique psychomotrice. Ce dernier est sous-tendu par une pensée moniste, où corps et esprit sont indissociables. L'émotion et la conscience prennent naissance dans et à travers le corps.

1.5. Conclusion de la partie II.1

Dans la première approche, l'accent est mis sur les preuves scientifiques et les neurosciences qui, dans leurs excès, négligeraient toute dimension subjective du

⁴² *Ibid*

⁴³ WALLON Henri, (1949)

⁴⁴ WALLON Henri, (1970)

⁴⁵ AJURIAGUERRA De Julian, (1962), p.13-25

sujet. Comme le souligne Catherine Potel « l'approche neurodéveloppementale en raison de ses fondements organogénétiques exclusifs écarte toute prise en compte de la dimension intersubjective des troubles »⁴⁶. Ainsi, la subjectivité du psychomotricien et son investissement corporel dans la relation n'occupe pas une place centrale, il s'agit de rééduquer les troubles psychomoteurs à travers des exercices précis et spécifiques, centrés sur le symptôme. Cette approche, bien qu'elle puisse dans une certaine mesure se révéler efficace, semble réductrice car elle ne prend pas en compte la globalité de la personne au sens où la psychomotricité l'entend ⁴⁷.

Dans la deuxième approche, que l'on pourrait nommer psychodynamique, la psychomotricité « s'éloigne d'une conception qui vise à assimiler toutes les expressions du corps comme une traduction d'une problématique intra-psychique [...] que nous nommons « tout psychique », le trouble psychomoteur est assimilé à un symptôme au sens analytique du terme, c'est-à-dire suivant le triptyque classement refoulement - retour du refoulé - formation du compromis »⁴⁸. Dans cette perspective la relation et l'intersubjectivité sont au centre de la thérapie mais cette pratique n'échappe pas au réductionnisme ; la psychomotricité ne montre pas clairement sa distinction avec les autres psychothérapies.

Nous sommes alors tenté d'adopter une position intermédiaire et d'affirmer que la psychomotricité se situe « entre les neurosciences et la psychanalyse »⁴⁹, entre la rééducation et la thérapie. Le terme intermédiaire est défini par le Larousse

⁴⁶ POTEL Catherine, (2013), p. 191

⁴⁷ Voir infra p.16

⁴⁸ POTEL Catherine, (2013), p.186

⁴⁹ En référence au livre « La psychomotricité entre neurosciences et psychanalyse » de GIRARDIER Nicole, (2016)

comme « qui est entre deux choses et forme une transition de l'une à l'autre, qui occupe une position moyenne ». Ainsi, la simple juxtaposition des différentes disciplines ne permet pas de définir la nature ontologique de la psychomotricité, qui peine à s'affirmer et à s'affranchir des théories dont elle s'inspire. La psychomotricité se contenterait de les juxtaposer sans en définir l'unité.

Nous voyons qu'au delà de la séparation du corps et de l'esprit, une double problématique apparaît : celle de l'importance et du crédit accordés aux sciences exactes et aux sciences humaines, qui dans l'enseignement classique sont souvent opposées. Cette division soulève les questions de l'objectivité et de la subjectivité.

2. Histoire et évolution des sciences « dures » et des sciences « molles »

Dans son article « sciences humaines, sciences exactes: antinomie ou complémentarité? » Céline Bryon-Portet, professeur de sociologie explique l'évolution de ces sciences à travers les époques. Pour elle, la scission entre « sciences dures » et « sciences molles »⁵⁰ se retrouve dans la terminologie, elle traduit l'inégalité de jugement de valeur qui est porté sur la nature de leur travail, leur forme et leur contenu.

Les sciences et techniques sont dites « dures », ce qui laisse supposer une stabilité, une fiabilité et une certaine rigidité. À l'inverse, les sciences humaines et sociales sont dites « molles », adjectif à connotation péjorative puisqu'il suggère une instabilité, une malléabilité voire une manque de dynamisme. Les sciences « exactes » sont considérées objectives c'est-à-dire qu'elles existent en soi,

⁵⁰ BRYON-PORTET Céline, (2010), p.243-264

indépendamment du sujet pensant; tandis que les sciences « molles » relèvent de la perception, des pensées et ne font pas forcément consensus.

La séparation, que nous effectuons de nos jours, entre les sciences dures et molles, n'existait pas ou peu au sein de la Grèce Antique. Le religieux et le scientifique ne s'opposait pas, les mathématiques et la physique mêlaient mysticisme et vérité.

Au IV^{ème} siècle avant Jésus-Christ, la science se débarrasse de la superstition pensant écarter toute forme de subjectivité. Un fossé entre foi et savoir commence à s'installer, ce dernier ne cessera de grandir à travers les époques.

Avec Socrate (470-399 av.JC), philosophe Grec, le *logos*, « conçu comme parole et activité de la raison »⁵¹ écarte les aspects affectifs. « Cette parole raisonnée prend progressivement le pas sur les récits épiques, tragiques et poétiques »⁵²; des discussions s'ouvrent et font progresser la connaissance. Chez Platon, les mathématiques côtoient la musique et l'architecture, cette communication est garante de l'harmonie. Toutefois, elles sont classées dans des catégories plus hermétiques qu'auparavant. La philosophie continue d'assurer une vision globale du savoir, mais la critique du *muthos*, « discours considéré comme fable »⁵³, et sur les passions discrédite les sciences humaines.

⁵¹ *Ibid*, p.246

⁵² *Ibid*, p.247

⁵³ *Ibid*, p.246

Sciences humaines et sciences exactes vont tenter de cohabiter tout au long de la période médiévale. Cette volonté trouve rapidement ses limites puisque l'Église réfute certaines découvertes qui rentrent en contradiction avec les dogmes religieux.

Au cours des temps modernes « l'anthropocentrisme succède au théocentrisme et la vision mécaniste et technique du monde remplace l'ancienne sacralité »⁵⁴. Une dichotomie s'installe entre les sciences dures et molles, cette séparation fut étrangement initiée par de célèbres représentants des sciences humaines, le philosophe René Descartes fut l'un d'eux. Sa double formation, de philosophe et de mathématicien/physicien explique peut-être son dénigrement des « sciences humaines qui avait trait aux passions et à l'imagination, jugées mauvaises »⁵⁵. Il avait pour prétention de fonder une science universelle. « Les philosophes Baruch Spinoza et Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716) condamnèrent de manière plus radicale encore l'imagination»⁵⁶, jugée source d'illusion. Ces penseurs privèrent « la philosophie de sa partie humaine afin de la plier aux exigences de la véracité mathématique et des principes de la physique »⁵⁷. Ce sont alors les sentiments, présents en littérature ou encore en psychologie, mais aussi l'étude des fictions, des mythes et des symboles, qui sont dévalorisés. Ce phénomène ira en s'accroissant au siècle des Lumières, qui mit la raison à l'honneur.

Au XIX^{ème} siècle la doctrine positiviste, élaborée par Auguste Comte (1798-1857), mathématicien, « a joué un rôle déterminant dans le mouvement

⁵⁴ *Ibid*, p.249

⁵⁵ *Ibid*, p.250

⁵⁶ *Ibid*, p.251

⁵⁷ *Ibid*

progressif de dévalorisation des sciences « molles » »⁵⁸. Il prône la systématisation du « rationalisme scientifique », source de tout progrès selon lui et effectuée, dans le même temps, une critique virulente de l'empirisme et de la métaphysique.

Les sciences « exactes » sont une analyse dénuée d'affectivité, grâce à cette « distanciation », on les qualifie de « scientifique », tandis que les sciences « molles » sont à mi-chemin entre la distanciation et l'« engagement », il s'agit alors d'une démarche subjective, chargée émotionnellement.

On assiste alors à une sorte de cercle vicieux : plus les sciences exactes rejettent les propriétés propres aux sciences humaines et sociales, plus elles durcissent leur position.

Ainsi le romantisme naquit contre les excès de l'ultra-rationalisme des Lumières, il revendique avec force la part de rêve et de sensibilité.

Durant la première moitié du XX^{ème} siècle, la construction progressive d'une « discipline-carrefour autour de la communication - réunissant philosophes, psychologues, ethnologues, sociologues, thérapeutes, politologues, linguistes, technologues, informaticiens et mathématiciens - tente de réconcilier ces deux sciences. »⁵⁹.

Des philosophes comme Henri Bergson (1859-1941), Martin Heidegger (1889-1976), Gilles Deleuze (1925-1995) et Jacques Derrida (1930-2004) redonnèrent à l'imagination toute sa valeur et la réinscrivirent dans le champ du savoir.

⁵⁸ *Ibid*, p.250

⁵⁹ *Ibid*, p.252

Les sciences dures, à leur tour, assouplirent leur position à l'égard des sciences molles, Einstein ne dédaignait pas la faculté imagination et la physique quantique non plus.

Il demeure malgré tout une différence essentielle, car si les sciences exactes reposent sur un « jeu d'hypothèses faisant intervenir l'imagination, un processus de vérification puis de validation, qui peut être absent dans les sciences humaines »⁶⁰ intervient. Cependant, l'inverse peut être également vrai. Certaines théories, pourtant dites scientifiques, échappent à ce processus; les théories sur le Big Bang, par exemple, ne sont pas toutes vérifiées au sens expérimental et « les calculs suppléent parfois au principe de vérification. »⁶¹.

« L'idée même de science « exacte » s'est ainsi trouvée progressivement remise en cause et modifiée par rapport à sa conception initiale »⁶². Les théories telles que la relativité d'Einstein, ou encore la physique quantique, mettent en exergue l'importance du sujet observant et des instruments de mesure sur des « qualités que nous croyions intrinsèques auparavant. À contrario, les sciences sociales utilisent des calculs statistiques et la communication se pense à travers les nouvelles technologies »⁶³. Dès lors, les sciences exactes et sciences humaines travaillent par approximations successives, la distinction paraît moins flagrante. La science détenait jadis « ses lettres de noblesse du fait de son « exactitude » : la

⁶⁰ *Ibid*, p.258

⁶¹ *Ibid*

⁶² *Ibid*, p.261

⁶³ *Ibid*

vérité y apparaissait éternelle et immuable, quant aux notions d'espace et de temps, essentielles à la physique, elles étaient considérées comme absolues. »⁶⁴

Conclusion de la partie II.2.

Bien que nous admettons désormais une certaine relativité à toute connaissance, nous constatons que l'héritage de Descartes reste omniprésent en Occident. Si la science doit, temporairement, oublier son origine et établir une coupure entre le sensible et l'intelligible, elle doit également conserver cette communication pour se connaître.

Selon Edgar Morin, la pauvre communication entre sciences et philosophie, « prive la science de toute possibilité de se connaître et de se réfléchir [...] la connaissance est de moins en moins faite pour être discutée »⁶⁵. Le savoir souffre encore de disjonction et de réduction et cela guide le système d'enseignement.

Nous pouvons nous réjouir des progrès scientifiques des dernières décennies mais nous ne devons pas oublier leurs limites; au risque d'accorder une confiance aveugle qui dépouillerait l'humain de sa propre subjectivité et en fin de compte de sa propre humanité.

Les philosophes contemporains et la pensée phénoménologique apportent un éclairage nouveau sur les sciences, l'expérience et le principe de vérité. Qu'est ce que la phénoménologie? Qu'apporte-t-elle à la psychomotricité?

⁶⁴ *Ibid*

⁶⁵ MORIN Edgar, (2005), p.18

3. Apport de la phénoménologie en psychomotricité

La phénoménologie n'est pas une doctrine unitaire mais une démarche, elle correspond à la science de « l'expérience de pensée, qui produit des objets de conscience (les « choses »); et l'expérience du corps, qui ne produit rien sinon un mode d'implication dans le monde »⁶⁶. Elle fut formulée par Edmund Husserl (1859-1938) puis reprise par plusieurs auteurs tels que Martin Heidegger (1889-1976), Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) et Paul Ricoeur (1913-2005).

La phénoménologie se définit comme une science de l'expérience. Il s'agira de répondre au « quoi » et au « comment » en occultant le « pourquoi ». « Que se passe-t-il quand il se passe quelque chose? »⁶⁷, telle est la question posée par le concept de phénomène.

Le phénomène est la rencontre, de nous-même et de quelque chose. Elle entend décrire le moment de cette rencontre; c'est-à-dire déplier le phénomène et l'aborder sans préjugé, considérant chaque expérience dans son unicité. Puisqu'elle aborde l'expérience, elle aborde également le vécu. Son objectif est de comprendre un phénomène, de découvrir le « comment » du vécu, le sens donné à une expérience de vie, et non de l'expliquer par une représentation abstraite.

Elle est aussi une science exploratoire de l'acte de conscience. Si la conscience était une interface passive entre l'humain et monde « réel » il ne serait

⁶⁶ CHARBONNEAU Georges, (1993), p.5

⁶⁷ *Ibid* p.7

pas nécessaire de s'interroger sur la phénoménologie. Or, elle est une interface active qui élabore les sensations pour les transformer en « choses », en objet.

Enfin, c'est une science qui étudie les conditions et les modalités de ce que nous nommons choses, l'ambition première d'Edmund Husserl était de refonder toutes les sciences à partir d'une véritable certitude dans la révélation des choses. La phénoménologie rejoint, en ce sens, la quête cartésienne d'un fondement scientifique de la pensée.

Nous pouvons souligner l'influence que Maurice Merleau-Ponty a exercé sur Julian de Ajuriaguerra⁶⁸. L'originalité de Merleau-Ponty était de considérer deux registres sans les disjoindre^{69 70} :

- Celui du ressenti, de l'intuition sensible et de la perception des choses.
- Celui de la connaissance, de l'intelligence pure et du cartésianisme.

Il affirme qu'on ne sait pas dire ce qui relève de la sensibilité et ce qui relève de l'intelligence. Maurice Merleau-Ponty prend le parti de penser avec tout son être, ses émotions et son affectivité. Cette démarche implique en quelque sorte de renoncer à la vérité ou, du moins, de la définir autrement.

Il affirme que le monde ne peut pas être un spectacle, rompant ainsi avec René Descartes pour lequel la compréhension du monde ne peut se faire que par une mise à distance. Sans nier les exigences de la raison et de la réflexion, il démontre qu'on ne peut exister séparément du monde car nous sommes pris et nous appartenons à ce spectacle (touchant/touché). Le monde n'existe pas

⁶⁸ DASTUR Françoise, (1993), p.15

⁶⁹ MERLEAU-PONTY Maurice, (1945)

⁷⁰ Reportage Arte MERLEAU-PONTY, « le monde a-t-il un sens? »

indépendamment de moi, c'est une illusion car que serait un monde que je ne verrais pas ? L'homme, pour fonder sa réflexion et sa conscience, doit comprendre qu'il n'est pas seul avec lui-même mais qu'il est mêlé aux autres, à l'histoire et au monde. Il déclare aussi que le monde réel n'est pas l'addition de mes sensations; les choses débordent les unes sur les autres et il y a un mouvement permanent dans lequel le sujet passe dans l'objet et l'objet dans le sujet.

Alors, comment rencontrer le monde dont nous faisons partie ? Ce problème ne trouve jamais sa solution, c'est une interrogation sans cesse relancée, il faut accepter notre condition, c'est-à-dire le fait de ne pas avoir la solution définitive. C'est un renoncement de l'absolu.

La phénoménologie aborde aussi le concept du corps vécu, « elle étudie la manière dont le sujet vit son corps en lui-même »⁷¹. Maurice Merleau-Ponty insiste sur l'ambiguïté de l'expérience du corps propre, par opposition à la clarté de la conception cartésienne qui met le corps tout entier du côté de l'extériorité, et l'âme toute entière du côté de l'intériorité.

Ce retour phénoménologique aux choses mêmes consiste à retrouver ce qu'il appelle la présence effective de moi à moi, sujet voué au monde et qui ne peut se connaître lui-même qu'à partir du monde. En ce sens, « la mise à distance du corps propre est impossible, « mon corps ne peut me fuir » disait Husserl. Il ne peut donc jamais être objet de perception. Je perçois donc le monde au travers de mon corps dont je ne perçois jamais l'intégralité.»⁷². Il n'est pas possible de rapporter certains mouvements à la mécanique corporelle et d'autres à la conscience. Cela supposerait

⁷¹ GIROMINI Françoise, (2003), p.31

⁷² *Ibid*, p.36

leur juxtaposition et non une intimité entre eux. Maurice Merleau-Ponty unit les processus physiologiques et les processus psychiques en un unique processus qu'il nomme l'existence. « L'union de l'âme et du corps [...] s'accomplit à chaque instant dans le mouvement de l'existence »⁷³, comme mouvement continu d'incarnation.

Conclusion de la partie II.3

La phénoménologie apparaît comme une tentative de dépasser les limites de l'approche scientifique traditionnelle. Elle donne une primauté à la conscience, sa liaison au monde et aux autres, dans la constitution des phénomènes vécus.

La méthode scientifique traditionnelle cherche à établir en expérimentant, c'est-à-dire en reproduisant à l'identique une situation artificiellement contrôlée, des relations mathématiques unissant des paramètres simples. Elle appauvrit le réel, mais cela est nécessaire pour déterminer des prévisions fiables (qui ont permis les progrès scientifiques).

La méthode phénoménologique a, quant à elle, pour objectif de décrire le sens accordé à un phénomène et comment elle le lui a donné. Cette distinction est importante, car elle constitue la principale différence entre les approches quantitatives et qualitatives des phénomènes subjectifs. Ainsi, les données subjectives ne sont plus un biais, elle offre une approche qui dépasse le clivage objectivisme/subjectivisme, et permet d'accéder au « champ phénoménal » de la personne, c'est-à-dire à son expérience globale et à sa réalité subjective.

⁷³ *Ibid*, MERLEAU-PONTY Maurice cité par GIROMINI Françoise, p.35

Le concept de validité est cohérent dans la mesure où l'objectif est de décrire le phénomène, et non d'en trouver la causalité ou de l'analyser. Ainsi, la validité et la fiabilité ne seront pas associées aux principes scientifiques de vérification et de reproduction des données mais plutôt à une perspective philosophique, au recueil des données et à la considération de l'ensemble dans la construction subjective.

Autrement formulé, la phénoménologie donne le primat au vécu de l'individu, à sa perception, à sa biographie, à son histoire. Ainsi, elle permet d'entrer dans le monde subjectif de la personne. Elle est la compréhension et la valorisation de l'unicité d'une expérience vécue, de sa signification. Elle permet d'approcher le patient en accordant de l'importance aux facteurs personnels, sociaux, culturels et contextuels. Cette approche, qui a inspiré Julian de Ajuriaguerra, part de l'idée que la connaissance de l'autre est multidimensionnelle. Maurice Merleau-Ponty montre alors que la vérité est toujours un processus entre moi et l'autre et c'est ce dialogue qui va former l'objectivité. Il n'y a plus d'objectivité simple ni de subjectivité abstraite mais une objectivité qui sort d'elle-même pour créer une inter-subjectivité. C'est sûrement cette notion d'intersubjectivité et de corps vécu qui intéresse les psychomotriciens. Le psychomotricien accueille le patient et son vécu au cours de la séance. Il met l'expérience clinique et empirique au cœur de la prise en charge, sans dénigrer l'importance de la recherche et de la démarche scientifique. Ce qui nous amène à une réflexion sur les bilans en psychomotricité.⁷⁴

Il n'y a, en ce sens, pas d'objectivité pure. Nous approchons la vérité du patient qu'à travers une relation partagée dans lequel le patient dépose son vécu. Nous pouvons

⁷⁴ Voir supra p.54

dire que l'émotion immédiate qui nous parvient est toujours vraie, en revanche, son interprétation n'est pas certaine.

4. Conclusion de la partie II

Les étudiants en psychomotricité, peu habitués à ce système de pensée, peinent à distinguer les connaissances sans les disjoindre et les opposer. Il leur est demandé de faire des liens, les conduisant parfois à simplifier le complexe, en réduisant par exemple l'humain au biologique; ou encore à négliger l'apport des neurosciences et des sciences médicales, pourtant essentielles pour comprendre les pathologies des patients et leurs répercussions. L'émergence de cette discipline a été influencée par les neurosciences, la psychanalyse et la phénoménologie; elle s'inscrit dans ce contexte socio-culturel.

Les divergences d'opinion et de pratiques auraient pu conduire à la dissolution de cette discipline, or le nombre de psychomotriciens diplômés augmente et l'on fait appel à leurs compétences dans des services plus variés qu'auparavant⁷⁵. Au delà de ces difficultés il semble qu'un lien unit les psychomotriciens. Ces derniers revendiquent leur implication corporelle dans la relation, leur capacité à être attentif au langage corporel du patient, à considérer sa singularité; se rapprochant ainsi de la démarche phénoménologique. Elle doit jongler entre « l'exigence d'efficacité, d'actes posés et de résultats objectivés »⁷⁶ en prenant en compte le sujet dans son individualité.

⁷⁵ <http://la-formation-en-continu.errefom.fr/content/psychomotriciens-des-effectifs-en-nette-augmentation-depuis-10-ans>.

⁷⁶ POTEL Catherine, (2013), p.44

L'enseignement théorique permet à l'étudiant d'acquérir des connaissances sur l'anatomie et la physiologie humaine; le fonctionnement cérébral et son implication dans les pratiques rééducatives et comportementales. Mais également sur les origines génétiques des maladies qu'il sera amené à rencontrer, leurs fonctionnements neurobiochimiques et leurs conséquences au niveau du fonctionnement cérébral, musculaire, articulaire.

Par ailleurs, il apprend les grandes théories psychanalytiques, les processus du développement de l'enfant, au niveau neurologique et affectif. Ainsi que l'importance de l'imaginaire, de la relation intersubjective et leur implication dans la construction de la pensée et de l'identité du sujet.

Certaines matières sont également destinées à faire réfléchir l'étudiant sur la notion de handicap (anthropologie), et les apports de la philosophie en psychomotricité. L'étudiant assimile également les concepts psychomoteurs tels que le tonus, l'axe corporel, l'espace, le temps, l'image du corps et le schéma corporel.

Toutefois, cette accumulation de savoirs théoriques n'est pas suffisante pour se construire en tant que futur professionnel; il ne suffit pas de connaître la psychomotricité pour être psychomotricien. L'étudiant tente de réunir ces différentes connaissances mais se retrouve confronté à des contradictions, face à ces questionnements, il trouve comme réponse que la psychomotricité « n'a pas d'unité conceptuelle propre »⁷⁷.

Les stages lui permettent alors de croiser la théorie et la pratique afin d'acquérir un « savoir-faire » et un « savoir-être », transmis par ses maîtres de stage.

⁷⁷ GIROMINI Françoise, (2003), p.24

Pour que cet échange puisse se faire, l'étudiant et son maître de stage doivent trouver un équilibre. Nous pouvons ici reprendre le concept de la modulation tonique. Une zone transitionnelle ne peut s'établir qu'au prix d'une modulation entre les pressions internes et externes. Le maître de stage doit à la fois exercer des IMPRESSIONS sur l'étudiant, c'est-à-dire servir de modèle en transmettant ses savoirs et son expérience; mais également recevoir les EX-PRESSIONS de l'étudiant en servant de support, c'est-à-dire en lui permettant d'investir son stage dans un cadre sécurisant, auprès des patients et de l'équipe.

Cet apprentissage dépend de la liberté de ces échanges mais également des courants de pensée et des pratiques de ses maîtres et de l'institution. L'étudiant peut alors se retrouver confronté à des orientations opposées. De plus, la difficulté d'expliquer son métier entraîne un manque de reconnaissance au niveau sociétal.

Alors, comment l'étudiant se construit une identité professionnelle avec, comme modèle d'identification, des maîtres de stage aux pratiques rentrant parfois en contradiction ? Comment peut-il acquérir une identité quand la société, et parfois les patients, comprennent mal sa spécificité ?

Quels sont les concepts qui intéressent le psychomotricien? Au regard des diverses influences évoquées, comment construit-il son bilan, que permet-il de mettre en évidence? Comment la formation permet-elle à l'étudiant de s'impliquer corporellement et de percevoir ce que le patient exprime dans la relation?

III. Simplicité et complexité

« L'univers engendre la complexité. La complexité engendre l'efficacité.

Mais l'efficacité n'engendre pas nécessairement le sens.

Elle peut même conduire au non-sens. »

Hubert Reeves, *l'heure de s'enivrer. L'univers-a-t-il un sens?*

« Derrière l'apparente simplicité des choses se

cache souvent une complexité importante »

Jérôme Delzenne, *L'unité à travers la diversité: vers une éthique universelle*

1. Les travaux dirigés

1.1. Exemple clinique

Il est souvent étonnant de constater qu'une chose simple, en apparence, se révèle être, en réalité, d'une extrême complexité si nous faisons l'effort de nous y attarder. Prenons l'exemple de la marche, quoi de plus simple et de plus habituel que le fait de marcher? Elle débute par un déséquilibre du tronc vers l'avant sous l'action du muscle ilio-psoas, ce dernier entraîne un déplacement du centre de gravité vers l'avant; l'oreille interne capte ce changement de position et le déséquilibre est aussitôt compensé par une contraction automatique des muscles de la jambe. Elle se plie, se soulève, se tend à nouveau permettant au talon de venir contacter le sol, la deuxième jambe se libère et se soulève à son tour. Simultanément le pied au contact du sol se déroule jusqu'à ce que le gros orteil propulse à nouveau la jambe.

Ce cycle se répète. Cette succession de moment de déséquilibre et d'équilibre active les muscles et articulations de l'ensemble du corps. Ce n'est pas seulement les chevilles, les genoux et les hanches qui bougent c'est également le bassin, la colonne vertébrale, la tête et les bras qui effectuent des ajustements par l'intermédiaire de la contraction et du relâchement des muscles; les vibrations osseuses se répercutent également jusqu'au sommet du crâne.

Mais nous pouvons voir autre chose dans cette marche que son aspect biomécanique. Nous pouvons également percevoir son dynamisme, son rythme, sa temporalité, son déploiement dans l'espace et le temps... elle nous donne des indications précieuses sur la manière dont la personne entre en relation avec le monde et l'investit. Cette activité est sous-tendue par son tonus, son schéma corporel, son image du corps eux-mêmes sous-tendus par les émotions et l'intention... Va-t-il vers quelque chose? Où va-t-il ? Qui rejoint-il? Est-ce une contrainte ou, au contraire, une envie?

Cette marche peut être affectée à certains moments de la vie, par une maladie ou un événement, modifiant ses possibilités d'investir le monde et d'entrer en relation. C'est alors toute son activité et sa motricité qui sont affectées. Ses difficultés peuvent s'auto-entretenir et limiter plus encore ses possibilités d'interactions. Les muscles, les os, les articulations en gardent la mémoire.

La personne ne fait pas que marcher, elle nous raconte son histoire à travers sa démarche. Elle porte en elle le passé, le présent et le futur de la personne... à

nous de prêter attention à ce que la personne nous donne à voir... dans un contexte donné.

Comment l'étudiant saisit et appréhende cette complexité dans le mouvement et la relation? Qu'apportent les travaux dirigés à l'étudiant ? Comment apprend-il, ressent-il et observe-t-il les éléments qui sous-tendent l'activité motrice?

1.2. Déroulement et objectifs des travaux dirigés

L'étudiant participe, au cours des deux premières années, à des travaux dirigés nommés conscience corporelle, expressivité du corps, relaxation, jeu du faire semblant, développement psychomoteur, pratiques psychomotrices. En troisième année, il choisit ses options.

Ces pratiques sont très spécifiques aux études de psychomotricité et peuvent être surprenantes dans un premier temps. Les étudiants ne sont pas accoutumés à prêter attention à leur sensorialité, ni à exprimer leurs éprouvés dans un contexte scolaire. Cette expérience est d'ailleurs difficilement partageable avec notre entourage. Elle se vit, s'expérimente, dans notre corps et à travers la relation à l'autre, dans un cadre spatio-temporel donné. Nous pouvons toutefois expliquer leur progression au cours des trois années de formation et dégager certains de leurs objectifs.

En première année, les professeurs invitent l'étudiant à diriger son attention sur ses sensations: ils lui demandent d'être attentif à son état du moment, à ses tensions, au rythme de sa marche et de sa respiration. Il doit explorer l'espace qui l'entoure avec ses yeux, ses doigts, ses bras, son dos, ses pieds, ses oreilles. Varier

la vitesse de ses déplacements et observer comment les afférences visuelles, tactiles, auditives, et kinesthésiques se modifient. Expérimenter les différents schèmes de mouvements et les étapes de développement. Modifier son organisation corporelle et comprendre comment elle nous met en lien avec l'environnement. Se connecter à l'autre par le regard, le toucher; trouver un accordage infra-verbal. Sentir ce que la relation modifie dans ses éprouvés. Prendre conscience de ce qu'il renvoie à autrui à travers son tonus, sa posture, sa démarche. Imaginer, créer, construire et déconstruire, explorer les possibilités et limites de son corps... la liste pourrait être longue.

L'étudiant conscientise les sensations qui le traversent quotidiennement. Il se reconnecte à ses éprouvés corporels puis met en mot ce qu'il a ressenti, grâce au temps de parole qui conclut chaque TD.

En deuxième année des liens entre la théorie et la pratique viennent se tisser. L'étudiant apprend des méthodes de relaxation, leurs buts, leurs indications et leurs contre-indications thérapeutiques. Il expérimente le jeu, comprend l'importance du symbolisme et de l'imaginaire dans le développement de l'enfant et dans la vie de l'adulte. Cela lui confère une base pour comprendre ce que le patient exprime à travers cette médiation. Il fait le lien entre les exercices proposés et leurs intérêts d'un point de vue psychomoteur.

Les professeurs nous transmettent également, des bases théoriques, pour comprendre les dispositifs nécessaires aux séances individuelles et en groupe. Il apprend et expérimente l'importance du cadre, de l'espace, du temps, de la régularité et des rituels.

En troisième année l'étudiant choisit des options. Il peut se spécialiser dans les domaines ou populations qui l'intéressent (petite enfance, soins palliatifs...), approfondir ou découvrir une médiation (mimothérapie, relaxation...).

De mon point de vue, les principaux objectifs sont:

- D'être à l'écoute de soi : l'étudiant se reconnecte à ses éprouvés primitifs, ce travail nécessite une certaine régression. Catherine Potel, psychomotricienne, exprime ainsi que l'étudiant doit « accepter un certain niveau de régression, et ce en toute conscience (et en toute confiance) afin que cette déconstruction devienne un terrain exploratoire investi, qui autorisera l'avènement d'un thérapeute à l'écoute de l'autre, un thérapeute qui investit le corps dans ses processus de transformation symboligène pour la construction du sujet »⁷⁸. Cette sensorialité et communication primaire est à la base du développement psychomoteur. L'étudiant en psychomotricité sera davantage en mesure de comprendre l'état de désorganisation de certains patients.
- Se connaître : ses expériences font émerger des émotions plus ou moins agréables, désagréables faisant échos à des vécus actuels ou passés. Elles permettent à l'étudiant de connaître l'effet des propositions sur lui-même. Il décèle ainsi ses possibilités et ses limites. Il est libre de les élaborer, de les interpréter et de travailler sur ses difficultés s'il le souhaite.

⁷⁸ POTEL Catherine, (2013), p.426

- Expérimenter les grands items psychomoteurs : au delà d'une compréhension purement théorique, permise par les cours magistraux, les TD permettent d'intégrer ces connaissances sensoriellement, de les rendre concrètes. Ces expériences permettent à l'étudiant de ne pas rester dans une connaissance livresque mais de vivre, d'expérimenter les concepts psychomoteurs qu'il étudie. La sensation, la perception, le tonus, l'espace, le temps, le rythme, les émotions, l'imaginaire, l'axe corporel, le schéma corporel et l'image du corps sont explorés au cours des propositions.
- Constat l'unicité de chaque vécu : l'étudiant s'aperçoit, au cours d'expériences communes, de la singularité de chaque vécu. Il prend conscience qu'une expérience similaire peut faire émerger des émotions très disparates entre les individus. Ce constat lui permettra de ne pas projeter son propre vécu sur celui du patient, il devra être attentif aux émotions que la situation génère chez celui-ci.
- Savoir proposer des activités et médiations adaptées : grâce aux liens qu'il construit entre la théorie et la pratique, l'étudiant va progressivement comprendre l'intérêt des médiations et activités qu'il expérimente.

Nous pouvons dire que ces expériences permettent à l'étudiant de se connecter ou reconnecter à son intuition et à l'utiliser comme intelligence.

Mais qu'elle est sa définition? Peut-on et doit-on se fier à son intuition ? Quelle place lui accorder? Est-elle suffisante?

1.3. Intuition : définition et intérêt

La phénoménologie⁷⁹ accorde une place capitale à l'intuition, elle est un mode de connaissance. L'intuition est la « connaissance directe, immédiate de la vérité, sans recours au raisonnement, à l'expérience», c'est un «sentiment irraisonné, non vérifiable qu'un événement va se produire, que quelque chose existe »⁸⁰. Henry Bernstein (1876-1953), dramaturge français, affirme que « l'intuition est l'intelligence qui a commis un excès de vitesse». Cette dernière est, par définition, la connaissance de la vérité, ou plus exactement de sa vérité. La sensation décrite par le sujet fait partie de sa réalité, en revanche l'interprétation qui en est faite n'est pas toujours synonyme de certitude.

L'intuition fut longtemps considérée comme irrationnelle, absurde et source d'erreur. Elle est désormais expliquée grâce aux neurosciences⁸¹. Ainsi, « analyse et intuition seraient donc deux fonctions cérébrales bien distinctes [...] Nous aurions deux "routes" cérébrales, la "route haute" qui passe par des systèmes neuraux travaillant étape par étape et non sans effort, et la "route basse", un circuit qui opère à notre insu, automatiquement et sans effort, à une vitesse incroyable. Celle-ci emprunte des circuits neuraux qui traversent le tronc cérébral, l'amygdale et d'autres structures automatiques d'importance majeure telles que le cortex cingulaire antérieur, le cortex ventromédian et le cortex orbitofrontal.

⁷⁹ Voir infra p.36

⁸⁰ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/intuition/44033>

⁸¹ Sciences et vie: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/cerveau-et-psy/intuition-le-cerveau-en-roue-libre_104367
SENDER Elena, (2016), p.26-32

Elle permet à l'individu de se faire en un éclair une opinion sur une situation donnée, ce qu'on appelle communément la première impression ». ⁸²

Régine Zékri-Hurstel (1956), neurologue, ajoute que notre intuition « est connectée à notre banque de données sensorielles, toujours en mouvement, et s'adapte en permanence pour percevoir le moindre changement. Les plus intuitifs sont donc ceux qui ont le mieux développé leurs qualités sensorielles. L'émotion vient des sens, elle est essentielle dans la capacité intuitive. » ⁸³. Le psychanalyste Moussa Nabati explique que « si l'on entre véritablement en empathie avec l'autre, alors on peut sentir, pressentir des choses, des événements qui ne sont pas la projection de nos peurs, désirs ou angoisses. » ⁸⁴

Le psychomotricien, attentif à ses ressentis, est guidé par son intuition lors de ses séances. Cette dernière oriente ses propositions et ses réactions, afin qu'elles soient appropriées à la situation. Toutefois bien qu'on reconnaisse l'existence d'une intuition et sa pertinence au niveau scientifique, il serait impossible de décrire l'ensemble des processus qui nous poussent à faire des choix au cours d'une rencontre.

Alors que nous permettent, au final, ces travaux pratiques? Comment le psychomotricien met-il à profit ces expériences et son intuition au cours de ses séances?

⁸² *Ibid*

⁸³ *Ibid*

⁸⁴ *Ibid*

1.4. Conclusion de la partie III.1

L'étudiant contacte son intériorité. Il observe les effets immédiats des expériences relationnelles, spatiales, temporelles; sans jugement, ni à priori. Il accueille ses sensations et celles de ses camarades, se rapprochant ainsi d'une attitude phénoménologique⁸⁵. Selon Françoise Desobeau, psychomotricienne, « la spécificité de la rencontre thérapeutique en psychomotricité est que le psychomotricien s'implique dans son langage corporel pour rencontrer le patient là où il est comme il est »⁸⁶.

Les travaux dirigés permettent à l'étudiant de construire sa disponibilité psychocorporelle, soubassement d'une implication corporelle de qualité auprès des patients. Ces expériences vont lui permettre de s'investir auprès de ses patients et de saisir ce qui se déroule au cours d'une rencontre. Le psychomotricien pourra mettre en lien ce que le patient provoque chez lui et ce qu'il renvoie à travers sa gestuelle, son attitude, son tonus. Il faut toutefois « faire la différence entre ce qui nous envahit de l'extérieur, via le patient, et ce qui remonte de nos profondeurs intimes, au contact de ce même patient »⁸⁷, ces « mouvements convoquent en nous des images et nous devons donc avoir suffisamment travaillé sur nous mêmes »⁸⁸. Il faut ainsi avoir expérimenté sur nous-mêmes ce que nous proposons à nos patients.

⁸⁵ Voir infra p.36

⁸⁶ DESOBEAU Françoise, (2010), p.60

⁸⁷ BOLLONDI Phillipe, (2013), p.48

⁸⁸ ROBERT-OUVRAY Suzanne, (2015), disponible sur: <https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/le-contre-transfert-emotionnel-dans-la-therapie-psycho-motrice/>

Cette connaissance, théorique et pratique, ainsi que ce travail corporel préalable permettra « qu'il y ait au moins d'un côté, celui du thérapeute, une fluidité tonique et émotionnelle, une congruence et une cohérence interne ». ⁸⁹

Ainsi, les réponses et propositions du psychomotricien « ne sont pas le fruit du hasard ou de vagues techniques applicables à n'importe quelle situation: elles correspondent à l'analyse de notre éprouvé émotionnel, à sa décomposition, à sa déclinaison en tensions, sensations et images pour répondre à l'enfant sur son terrain. »⁹⁰. L'étudiant est en « appui sur ses propres ressentis » ce qui lui permet d'entrer « en contact avec les mémoires sensorielles du patient qui ne peuvent se dire »⁹¹.

Ce travail « ne doit pas venir, uniquement comme recherche de plaisir et réparation d'une souffrance et d'un manque mais comme une action visant l'équilibration de la tension du désir, entre possibilités et limites. Notre savoir-faire vise la mobilisation et la réémergence du travail d'exister. »⁹².

Cette implication corporelle nécessite alors un ajustement permanent, soubassement d'une disponibilité, d'une écoute et d'un étayage de qualité puis d'un travail de distanciation. Cette « relation d'implication interdit la neutralité »⁹³, elle nécessite un véritable engagement de la part du professionnel.

⁸⁹ *Ibid*

⁹⁰ *Ibid*

⁹¹ *Ibid*

⁹² *Ibid*

⁹³ SAMI-ALI Mahmoud, (2012), p.35

L'étudiant développe alors un savoir-être, indispensable pour que les savoirs et techniques transmises par sa formation prennent sens.

Ces travaux permettront à l'étudiant d'être en mesure de s'adapter à chaque patient, au cours, non seulement de la rencontre, mais également dans le suivi. L'étudiant n'apprend pas à exécuter un protocole mais à trouver des réponses et propositions ajustées au patient, en s'appuyant sur sa sensibilité et son intuition. Ces dernières peuvent être modulées, modifiées, transformées sans cesse en fonction de ce qui se déroule dans la relation.

Comment justifier et communiquer cette manière de conduire les séances?
Quels sont les moyens pour objectiver ce que le psychomotricien perçoit de son patient? Quelles sont les évaluations à sa disposition? Qu'observe-t-il?

2. Apport du bilan psychomoteur

2.1. Les troubles psychomoteurs

D'après le décret de compétences des psychomotriciens, nous sommes habilités, sur prescription médicale, à réaliser « un bilan psychomoteur » ainsi qu'à effectuer « la rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs »⁹⁴ .

⁹⁴ JOURNAL OFFICIEL DU 6 JUILLET 1990 MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, DÉCRET relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, Article 1. Disponible en Annexe.

Le CEDIFP⁹⁵ affirme que « 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 »⁹⁶

Le DSM-5⁹⁷ (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) et la CIM-10⁹⁸ (classification internationale des maladies) ne reconnaissent pas les troubles psychomoteurs à proprement parler.

Dans le DSM-5, les troubles psychomoteurs sont regroupés dans la catégorie des troubles neurodéveloppementaux en deux entités : les troubles moteurs, qui contiennent le TDC (trouble du développement des coordinations) d'une part, et les mouvements stéréotypés, les tics, le TDA/H d'autre part. Dans la CIM-10, le terme

⁹⁵ Collège des équipes de direction des instituts de formation de psychomotriciens

⁹⁶ Définition du CEDIFP, d'après ALBARET Jean-Michel, (2001)

⁹⁷ En anglais: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. C'est la dernière et cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, (2013).

⁹⁸ Elle est utilisée par l'OMS et par la plupart des pays mondiaux, c'est une référence internationale.

psychomoteur apparaît dans les troubles dissociatifs et les épilepsies. Seule la CFTMEA (Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, 2012) met en évidence la catégorie des troubles psychomoteurs chez l'enfant⁹⁹. Cette information est importante puisque « dans le contexte actuel de la mondialisation, cette absence du terme « psychomotricien » dans le lexique anglo-saxon et donc dans les représentations du soin que peuvent se faire nos collègues anglo-saxons et donc dans les bibliographies internationales, est une réelle menace pour l'avenir de la spécificité des pratiques psychomotrices. »¹⁰⁰.

La définition des troubles psychomoteurs et sa spécificité est en effet un enjeu majeur dans la démarche de soin du psychomotricien. Poser la question du trouble psychomoteur c'est se questionner sur les relations entre la biologie, la psychologie et la sociologie. Ajuriaguerra disait ainsi « si l'on veut dépasser les contradictions entre ce qui est d'ordre biologique et ce qui relève du psychologique, ou encore entre le psychologique et le sociologique, il faut étudier l'homme dès le commencement, non seulement sur le plan de la phylogenèse, mais sur le plan de sa propre ontogenèse et prendre connaissance de ce que lui offre la nature, mais également de ce que l'homme construit dans le cadre de son environnement »¹⁰¹.

Ces troubles ne sont pas assimilables à une maladie car nous ne pouvons pas les identifier à l'aide de marqueurs biologiques. Rappelons « que c'est l'étiopathogénie des troubles et leurs marqueurs biologiques fiables qui constituent la véritable preuve de la validité des entités nosographiques définies. Or, à ce jour, les

⁹⁹ POTEL Catherine, (2013), p159-164

¹⁰⁰ CONSTANT Jean, (2007), p.88

¹⁰¹ AJURIAGUERRA De Julian, (1981), p.690

troubles psychomoteurs à l'instar des troubles psychiatriques, ne peuvent être définis que sur des critères cliniques dont le moins que l'on puisse dire, en observant l'évolution successive des classifications, est qu'ils constituent une « constellation mouvante»¹⁰². Ils reposent alors « sur un consensus clinique des différents spécialistes en la matière »¹⁰³.

Précisons que la psychomotricité était, à son commencement, adressée principalement aux enfants. Etant donné son développement au sein de structures accueillant des adultes et personnes âgées, et son introduction dans de nombreux milieux de soins, le psychomotricien ne s'occupe pas seulement de troubles psychomoteurs en tant que troubles neurodéveloppementaux mais aussi de « l'altération de l'organisation psychomotrice, à tous les âges de la vie »¹⁰⁴.

Comment les psychomotriciens mettent-ils en évidence ces troubles ou désordres psychomoteurs?

2.2. Items psychomoteurs évalués

Nous demandons de plus en plus aux professionnels de santé de faire passer des tests étalonnés, ayant une validité scientifique afin d' « objectiver » les troubles du patient. Dans son bilan, le psychomotricien évalue les grands items psychomoteurs grâce à des tests standardisés¹⁰⁵ et à l'observation spontanée.

¹⁰² BOUTINAUD Jérôme, RODRIGUEZ Marc, MOYANO Olivier, JOLY Fabien, (2013), p.253

¹⁰³ POTEL Catherine, (2013), p.163

¹⁰⁴ École de psychomotricité d'Alençon, disponible sur: <https://www.ifres-alencon.com/ecole-de-psychomotricite/definition/>.

¹⁰⁵ Les tests cités sont ceux enseignés à l'IFP Pitié-Salpêtrière

Ces tests évaluent la motricité globale, les coordinations et l'équilibre (CHARLOPP-ATWELL, MABC2), le schéma corporel et l'image du corps (dessin du bonhomme de GOODENOUGH), la latéralité (latéralité innée de BERGES; dominance latérale de ZAZZO, PIAGET-HEAD), l'espace (test adaptation à l'espace et d'orientation spatiale MARTHE-VYL), le temps et le rythme (épreuve de rythme de SOUBIRAN et d'adaptation au rythme de STAMBAK), la motricité fine (BHK), les capacités graphiques, visuoperceptives et de visuoconstructives (Figure de Rey, BENDER, FROSTIG), les fonctions exécutives (appariement d'images, test de STROOP).

Pour les personnes âgées le test géronto-psychomoteur (EGP) évalue l'ensemble des grands items psychomoteurs, d'autres outils à disposition permettent d'évaluer les capacités mnésiques (MMSE) ou encore le risque de chute (TUAG).

Les items évalués sont enseignés aux étudiants au cours de leur formation. Ils ont été pensés par de nombreux auteurs dans des disciplines variées (psychologie, biologie, physique, anthropologie, philosophie...). Cette diversité permet d'acquérir une connaissance étendue des différents concepts qu'il observe. Néanmoins, elle peut également favoriser la dispersion et l'incompréhension de la spécificité du point de vue psychomoteur. Ajoutons que de nombreux tests utilisés ont été créés par des psychologues et ne sont pas des outils propres aux psychomotriciens.

Alors, quelle est la spécificité du regard du psychomotricien? Ces bilans ne risquent-ils pas de segmenter l'individu, que le psychomotricien doit considérer dans son unité et sa globalité? Sont-ils suffisants? Quelle est la part d'objectivité dans la

passation des bilans? En catégorisant ne risquons nous pas de passer à côté d'une écoute et compréhension de la singularité de chacun ?

2.3. Principes et enseignement des bilans psychomoteurs

Nous sommes formés au bilan psychomoteur à partir de notre deuxième année de formation. Nous apprenons les principes de la psychométrie qui se veut « fidèle, valide et fiable ». Cette branche, qui provient de la psychologie, s'est étendue à d'autres disciplines analogues. Elle est dédiée aux tests, à leur construction et à leur utilisation. La passation est standardisée et les résultats sont comparés à une norme.

Plusieurs heures de cours sont consacrées à la connaissance théorique et pratique de ces tests. Les étudiants doivent être attentifs à l'environnement dans lequel ils se déroulent, aux conditions qui peuvent modifier les résultats, à leur manière d'énoncer les consignes et aux critères de refus ou d'attribution des points. Ils développent ainsi un savoir-faire qui leur permettra d'obtenir les résultats les plus fidèles possibles.

Le psychomotricien détermine si un patient a réussi ou non l'épreuve en fonction de critères précis, définis au préalable, et partagés par tous les professionnels. Malgré ces précautions la subjectivité du professionnel rentre inévitablement en jeu. Observer suppose un sujet qui observe, elle est toujours le fruit d'une intersubjectivité. Les résultats peuvent alors varier mais doivent, *à priori*,

être sensiblement identiques en fonction de l'observateur, c'est ce que l'on appelle la fidélité inter-juge.

Les résultats obtenus nous permettent de constater un écart à la norme. La norme est définie comme « règle, principe, critère auquel se réfère tout jugement »¹⁰⁶. Elle désigne aussi « l'état de ce qui est dans la majorité des cas, de ce qui est répandu, conforme à la moyenne »¹⁰⁷. Cette comparaison nous permet de mentionner un écart à la moyenne dans un ou plusieurs domaines évalués.

Cependant, il est intéressant de noter « que cette prise en compte du symptôme induit une vision et une perception de la question du corps qui implique d'une façon très discutable une référence radicale à une frontière soi-disant assurée et claire entre le normal et le pathologique, ce qui mériterait d'être nuancé »¹⁰⁸.

En outre, ils ne nous permettent pas de connaître l'étiopathologie de ces troubles. Le score d'un item peut être chuté pour diverses raisons (par exemple des difficultés de dextérité manuelle peuvent être attribuées à des problèmes de régulation tonique, de coordination oculo-manuelle, d'attention, de compréhension des consignes...). C'est grâce à la confrontation des résultats entre les différents items que le psychomotricien va pouvoir formuler des hypothèses sur l'origine des difficultés.

¹⁰⁶ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/norme/55009>

¹⁰⁷ <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Norme.htm>

¹⁰⁸ BOUTINAUD Jérôme, RODRIGUEZ Marc, MOYANO Olivier, JOLY Fabien, (2013), p.253

Cette démarche reste néanmoins insuffisante. Si nous pouvons supposer qu'un score en dessous de la moyenne en dextérité manuelle, est causé par une perturbation de la régulation tonique, il est intéressant de connaître l'origine de ce dérèglement. Est-ce dû à de l'anxiété? Se manifeste-t-il uniquement sous le regard de l'autre? Est-il dû à une maladie neuro-musculaire? Comment vit-il sa maladie? Les échecs répétés, les difficultés relationnelles renforcent-ils son trouble?

Nous voyons, dès lors, la nécessité d'une observation qualitative (fluidité du mouvement, présence dans la relation, arrivée dans la salle, lien avec les parents, regard, verbalisation); en plus de l'évaluation quantitative fourni par les tests étalonnés. Il est également indispensable de remettre le patient dans son contexte familial, social, psychologique voir culturel, grâce à un questionnaire par exemple. Ces éléments doivent permettre, *in fine*, de comprendre le fonctionnement propre du sujet, ses ressources, les moyens de compensation qu'il a mis en place et le vécu qu'il a de sa maladie ou de son handicap .

Au regard de ces éléments nous pouvons alors nous demander quelle place accorder aux bilans ? Que permettent-ils et quelles sont leurs limites?

2.4. Intérêts et limites des bilans standardisés

Nous pensons que l'évaluation est un moyen d'objectiver les difficultés du patient. Elle « renvoie aux valeurs, à la norme, culturelle et sociétal. C'est une lecture particulière de la réalité en fonction de certaines valeurs puis d'objectifs»¹⁰⁹. Ces

¹⁰⁹ Cours de VALENTIN LEFRANC Aude, « le bilan psychomoteur et ses aspects qualitatifs », (2018), non publié à ce jour.

bilans permettent de faciliter la communication entre les professionnels de santé grâce à un langage commun. Ils permettent également une explication précise, auprès des parents, et l'élaboration d'un projet thérapeutique personnalisé. Ils contribuent, à mon avis, à une meilleure reconnaissance de la profession.

Toutefois, « il faut se méfier du processus d'objectivation scientifique qui transformerait l'homme ou l'enfant en « objet d'analyse » en assimilant le corps à la matière, dans un désir de maîtrise du voir et du savoir car les règles de production scientifique commandent de dépasser par l'abstraction l'empirisme, synonyme d'erreur et d'illusion. »¹¹⁰. Nous devons, il me semble, toujours avoir en tête que « l'étude de tous comportements humains, si elle se veut réellement objective, se doit paradoxalement de prendre en compte cette part irréductible de subjectivité »¹¹¹. La compréhension du patient, dans sa singularité, doit rester l'objectif principal du psychomotricien, elle se situe au-delà des données chiffrées. L'évaluation reste une photo à un instant donné, figé dans le temps. Or l'être humain est par nature mouvant et nous devons prendre en compte cette donnée dans notre accompagnement. Les conclusions que le praticien tirent doivent rester ouvertes et s'ajuster au fil des séances.

C'est alors cette tension « entre subjectivité irréductible et l'objectivité que l'on viserait » puisque « tous les philosophes ont conclu qu'enlever la subjectivité est impossible. Il faut donc savoir la prendre en compte. »¹¹²

¹¹⁰ GIROMINI Françoise, (2003), p.67

¹¹¹ POTEL Catherine, (2013), p.180

¹¹² Cours de VALENTIN LEFRANC Aude, « le bilan psychomoteur et ses aspects qualitatifs », (2018), non publié à ce jour.

D'autre part, « chaque test ne rend compte que d'un aspect particulier du mode d'être du patient »¹¹³. Il ne représente pas la totalité de son être. La compréhension de notre patient n'est alors possible qu'au prix d'une mise en lien entre les différents résultats obtenus, l'observation spontanée et l'histoire du patient. Ce tout inter-relié nous permet de nous approcher, au plus près, de la réalité dans laquelle vit et évolue le patient. Ainsi, « cette connaissance sémiologique singulière ne prendra sens que dans une perspective authentiquement psychodynamique qui tiennent compte du sujet dans son histoire et de ses composantes psychopathologiques. »¹¹⁴.

Enfin, les bilans standardisés ne sont pas applicables à toutes les pathologies. En polyhandicap, c'est l'observation spontanée qui nous fournit des éléments de réponse. Dans certains secteurs, les tests n'existent pas ou doivent être adaptés (déficiences sensorielles, neurologie adulte). Les résultats obtenus ne peuvent être comparés aux résultats de la population générale (sans pathologie).

Il nous semble alors nécessaire que le corps professionnel des psychomotriciens crée ses propres bilans (étalonnés ou non), favorisant une référence commune entre professionnels.

Cette vision globale, reliée au contexte socio-culturel, à son environnement, et à son histoire nécessite d'intégrer le patient dans une constellation complexe. Mais qu'est-ce que la complexité?

¹¹³ GIROMINI Françoise, (2003), p.67

¹¹⁴ POTEL Catherine, (2013), p.180

3. La complexité

3.1. Intégrer une vision complexe

Albert Ciccone, psychologue et psychanalyste, donne un exemple de l'opposition qui est souvent faite entre psychologie et neurosciences. Au cours d'une émission de radio consacrée aux violences faites aux enfants, un psychologue « qui a l'habitude d'écouter des enfants essayait d'expliquer que la violence est traumatique et que les traumatismes dans l'enfance ont des effets sur le développement de la personnalité, de la vie subjective, émotionnelle... Il était traité avec peu d'égard par le journaliste». Ensuite un biologiste s'exprimait, il n'avait « probablement jamais vu un enfant en souffrance », mais « expliquait que les études scientifiques prouvent que les traumatismes laissent des traces dans le cerveau ... Tout d'un coup cela devenait sérieux ». Cependant, « les deux invités disaient exactement la même chose! Les traces dans le cerveau ne sont que la version neurobiologique de l'expérience subjective »¹¹⁵.

Nous avons souvent tendance à « étudier le cerveau comme un organe biologique et étudier l'esprit, the *mind*, comme fonction ou réalité psychologique. On oublie que l'un n'existe pas sans l'autre; plus même, que l'un est l'autre en même temps »¹¹⁶. S'il est certain que « l'homme est un être évidemment biologique. C'est en même temps un être culturel, méta-biologique et qui vit dans un univers de langage, d'idées et de conscience. »¹¹⁷.

¹¹⁵ CICCONE Albert, (2016), p.130-131

¹¹⁶ MORIN Edgar, (2005), p.80

¹¹⁷ *Ibid*

Segmenter nos connaissances permet de classer, d'ordonner notre pensée mais cette séparation néglige leurs liens voir leur interdépendance. Edgar Morin (1921), sociologue et philosophe, exprime ainsi que « le paradigme de simplicité est un paradigme qui met de l'ordre [...] et chasse le désordre »¹¹⁸. Il ajoute que « le principe de simplicité soit sépare ce qui est lié (disjonction), soit unifie ce qui est divers (réduction) »¹¹⁹.

Il me semble utile de distinguer, c'est-à-dire de « reconnaître, différencier quelque chose ou quelqu'un en percevant les caractéristiques qui font sa spécificité »¹²⁰ mais qu'il n'est pas nécessaire de séparer les connaissances en « examinant des choses chacune pour elle-même »¹²¹.

Ainsi, ne considérer qu'une partie du fonctionnement de l'individu, ou établir des liens linéaires entre les résultats obtenus, les causes et les moyens pour y suppléer nous éloigne d'une compréhension du sujet. « La simplicité voit soit l'un, soit le multiple, mais ne peut voir que l'Un peut-être en même temps que le multiple »¹²². La psychomotricité a alors un « rôle à jouer pour maintenir ce point un vue moniste »¹²³, prenant en compte à la fois la biologie mais également les émotions et la subjectivité dans l'activité globale de l'individu.

¹¹⁸ *Ibid*, p.79

¹¹⁹ *Ibid*

¹²⁰ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/distinguer/26067>

¹²¹ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/s%C3%A9parer/72165>

¹²² *Ibid*

¹²³ CICCONE Albert, (2016), p.130-131

La notion de complexité « met en avant l'idée qu'un modèle unique ne saurait saisir la diversité des représentations qui s'attachent non seulement aux activités psychomotrices mais surtout à la diversité des individus, de leurs attentes, de leurs états émotionnels, affectifs, relationnels, historicité et appartenance culturelle.»¹²⁴ Ainsi, un modèle théorique n'apporte, au mieux, qu'une compréhension partielle.

Dans son mémoire Romain Delaroche développe cette idée de complexité. Il déclare ainsi que l' «articulation entre ces disciplines prises en bloc et la pensée de la relation [est] permise entre autres par la pensée complexe. Cette pensée du tout inter-relationné était le barreau qui manquait au trépied de la psychomotricité ». Selon lui, « ce système conceptuel permettra de faire remonter, de la pratique vers nos théorisations, des richesses que l'on n'imagine pas »¹²⁵.

Les concepts évalués par les psychomotriciens s'inspirent et se nourrissent certes de nombreuses disciplines mais doivent être abordés dans leurs interactions et complémentarité. Il ne s'agit pas d'obtenir un « consensus mou » mais de « faire agir, de maintenir un dynamisme »¹²⁶.

3.2 Complexité et auto-organisation

Les épreuves des bilans nous dévoilent certaines compétences/difficultés du patient. Les items observés peuvent être considérés comme des parties qui interagissent et sous-tendent l'activité humaine. Ils permettent de comprendre

¹²⁴ GIROMINI Françoise, ALBARET Jean-Michel, SCIALOM Philippe, (2015), p.13

¹²⁵ DELAROCHE Romain, (2018), p.104

¹²⁶ GIROMINI Françoise, ALBARET Jean-Michel, SCIALOM Philippe, (2015), p.13

comment le sujet s'engage dans l'action. Ainsi, « la psychomotricité ne se définit plus comme un aller-retour entre corps et esprit, mais aller-retour entre point de vue sur le tout et point de vue sur les parties, en tant qu'elles entrent en relation avec le tout. »¹²⁷. Nous ne pouvons pas nous contenter de décrire avec imprécision l'activité globale du patient, ni dresser un tableau descriptif des items qui sous-tendent son activité, mais nous devons tenter de comprendre comment elles se mettent en lien.

L'auto-organisation peut alors nous aider à comprendre le fonctionnement de l'individu; elle « est une propriété des systèmes complexes loin de l'équilibre »¹²⁸. À « l'échelle de l'individu le mouvement est considéré comme résultant d'une interaction entre cet organisme complexe, et de ce fait relativement instable, qu'est le sujet, l'environnement et la tâche qu'il accomplit », le mouvement résulte « d'un processus d'auto-organisation des différentes composantes, qui conduit à un nouvel état stable du système »¹²⁹. L'auto-organisation désigne la capacité d'un être individuel à constamment organiser, ré-organiser, produire, re-produire son propre être dans un boucle récursive¹³⁰.

3.4. Conséquences dans nos conduites thérapeutiques

Ainsi, au cours d'une séance, le thérapeute et le patient, sont tous les deux des partenaires actifs de l'échange. La sensibilité et la disponibilité, propre à chaque psychomotricien/ne, va rendre possible l'expression de certains comportements et en

¹²⁷ DELAROCHE Romain, (2018), p.104

¹²⁸ GIROMINI Françoise, ALBARET Jean-Michel, SCIALOM Philippe, (2015), p.92-93

¹²⁹ *Ibid*

¹³⁰ DELAROCHE Romain, (2018), p.84

inhiber d'autres. Ses propositions, réactions et ajustements vont rentrer ou non en résonance avec la subjectivité du patient. Cette lecture est également vraie pour le patient, qui en fonction de son humeur, ses aspirations va modifier les moyens et méthodes par lesquels le psychomotricien atteint ses objectifs thérapeutiques. La rencontre de deux subjectivités, va permettre l'émergence d'un accompagnement spécifique et adapté aux besoins et envies du patient. Cette dynamique peut sembler évidente mais il me semble qu'il est essentiel de la comprendre et de l'intégrer.

À mon sens, construire notre réflexion à partir de ce modèle nous permet également d'accepter les limites de nos connaissances sur le patient et de nos possibilités d'actions. Admettre de ne pas pouvoir tout objectiver, expliquer n'est pas un renoncement au savoir. Au contraire, cette part d'incomplétude permet de ne pas figer nos observations et de renouveler nos propositions. Elle encourage le praticien à enrichir ses connaissances et à se questionner sur sa pratique. Il permet de s'interroger, sans cesse, sur les éléments qui peuvent entraver, favoriser l'expression du patient. Le praticien pense, repense, modifie éventuellement le cadre spatio-temporel, ses propositions et son propre engagement au cours de l'accompagnement. En somme, elle permet un dynamisme et donne la possibilité au patient d'être acteur de sa propre évolution.

Toutefois, reconnaître sa propre insuffisance peut être, en même temps, une blessure narcissique pour le soignant. Reconnaître ses limites c'est admettre son impuissance face à certaines situations ou avec certains patients.

Le souhait de devenir soignant peut provenir d'un certain « fantasme de réparation»¹³¹ pouvant être accompagné de « failles narcissiques et de culpabilité sous-jacente»¹³². Le « talent » d'Achille du soignant désigne le fait que leur don, leur aspiration vers le soin est irrémédiablement lié à une faiblesse : la tendance à la compulsion de réparation maniaque. Cette dernière peut mener à un désir et à une illusion de maîtrise où le soignant « aurait le pouvoir de maîtriser le cheminement du patient »¹³³.

Or, le patient est moteur de son changement « nous travaillons avec le patient pour contribuer à son mieux-être mais nous ne pouvons faire les choses à sa place, ni soulager la souffrance de façon immédiate, comme nous le souhaiterions. »¹³⁴. La pratique vient heurter certains de nos désirs et idéaux « les dépasser passe nécessairement par un certain renoncement à vouloir tout maîtriser, qui ouvre de nouvelles perspectives, indispensables pour entretenir ou retrouver nos élans et nos motivations soignantes. »¹³⁵.

¹³¹ DELIEUTRAZ Séverine, (2012), p.149

¹³² *Ibid*

¹³³ *Ibid*, p.150

¹³⁴ *Ibid*, p.153

¹³⁵ *Ibid*, p.161

4. Conclusion de la première partie

Nous avons vu qu'une certaine conception de la psychomotricité s'inspire des théories philosophiques monistes pour comprendre l'humain dans son unité. Cette discipline est née de la rencontre entre les neurosciences, les théories psychanalytiques et la phénoménologie. Elle tente de réunir des concepts souvent disjoints dans notre société. Ce clivage prend son origine dans l'histoire occidentale qui porte l'empreinte des théories dualistes, sur lesquelles les progrès scientifiques et médicaux s'appuient.

Nous avons ensuite détaillé la formation. Elle permet aux étudiants d'acquérir de nombreuses connaissances, mais également une ouverture à la disponibilité psychocorporelle, indispensable à l'exercice de cette profession.

Nous avons également réfléchi à l'intérêt des bilans. Nous avons vu qu'ils permettaient au psychomotricien d'évaluer et d'observer les compétences motrices et les qualités relationnelles de ses patients. Le psychomotricien doit tenter de les mettre en lien, en considérant l'environnement et le contexte socio-culturel dans lequel le sujet évolue.

Il prend alors en compte des éléments subjectifs pour s'approcher de la réalité du patient. Il tente de comprendre les éléments qui sous-tendent son activité et leurs interactions. En ce sens, nous avons vu que les modèles de la complexité et de l'auto-organisation peuvent nous aider à comprendre la psychomotricité de chacun. Ils permettent également une réflexion sur nos conduites thérapeutiques.

Nous avons souligné que cette diversité théorique conférait une grande richesse à la profession mais était également source de dispersion voir de contradiction. Malgré l'augmentation du nombre de psychomotricien et le développement de leur activité dans de nombreux secteurs, des difficultés pour préciser leur discours perdurent. Les différences de pratiques entre les professionnels et les désaccords entre les « thérapeutes » et les « rééducateurs », peuvent plonger l'étudiant dans une confusion. Par ailleurs, l'absence de psychomotriciens dans les pays anglo-saxons, et par conséquent dans le vocabulaire scientifique, met à mal la reconnaissance de la psychomotricité dans le contexte de mondialisation actuel.

L'étudiant rencontre parfois des difficultés à s'identifier et à construire son identité professionnelle. De nombreux questionnements, auxquels nous avons tenté de répondre, émergent.

Alors comment, malgré ces problématiques, l'étudiant arrive-t-il à construire son identité professionnelle? Qu'est ce que l'identité? Comment se construit-elle?

Partie II: Identité professionnelle

I. Socialisation et identité

1. Socialisation primaire et secondaire

La socialisation¹³⁶ est un processus par lequel les individus apprennent à vivre en société, à s'y adapter et à s'intégrer. Elle «constitue une incorporation des manières d'être (de sentir, de penser et d'agir) d'un groupe, de sa vision du monde et de son rapport à l'avenir, de ses postures corporelles comme des croyances intimes»¹³⁷. On distingue la socialisation primaire et secondaire.

La socialisation primaire est un processus qui se déroule pendant l'enfance et l'adolescence. Il correspond à l'intériorisation et à l'intégration d'une culture, de normes sociales, de règles de conduite et de valeurs sociétales. Elle s'effectue principalement au sein de la famille mais également à la crèche, à l'école et chez l'assistante maternelle.

La socialisation secondaire débute à la fin de l'adolescence et se poursuit tout au long de la vie adulte. C'est notamment grâce au groupe de pairs que l'adolescent va pouvoir s'identifier à d'autres figures. Elle se construit à travers les différentes interactions qui ont lieu dans les milieux sociaux fréquentés par l'individu. Les

¹³⁶ DUBAR Claude, (2015)

¹³⁷ VONNEZ Eloïse et WAYERMANN Caroline, (2010), p.79

études, les activités qu'il choisit puis la profession qu'il va exercer vont contribuer à enrichir, modifier ses normes et valeurs.

Le passage à une socialisation secondaire peut se faire en continuité de sa socialisation de base, c'est-à-dire sans remise en cause profonde de ce qu'on lui a inculqué jusqu'alors. A l'inverse, elle peut s'effectuer en discontinuité, c'est-à-dire avec un remaniement de sa socialisation primaire pour s'adapter au milieu. Ce processus complexe associe plusieurs acteurs et phénomènes successifs. Il se déroule tout au long de la vie et permet à l'individu de construire son identité. Mais comment définir l'identité?

2. Définition de l'identité

La notion d'identité recouvre de multiples facettes. Nous allons essayer de la définir simplement en relevant les éléments qui intéressent notre questionnement.

Son étymologie provient du latin *idem* qui désigne le même¹³⁸. Au début du XIV^{ème} siècle, elle était définie comme « ce qui fait qu'une chose, une personne est la même qu'une autre, qu'il n'existe aucune différence entre elles »¹³⁹. L'identité permettait alors de « regrouper plusieurs de ces choses ou êtres vivants sous un même concept, une même idée »¹⁴⁰.

¹³⁸ <http://www.cnrtl.fr/etymologie/identite>

¹³⁹ *Ibid*

¹⁴⁰ *Ibid*

Au XVIII^{ème} siècle l'identité acquiert un autre sens, elle est « ce qui permet de différencier, sans confusion possible, une personne, un animal ou une chose des autres »¹⁴¹. L'identité correspond alors au nom, prénom, à l'empreinte digitale, à la carte d'identité de la personne, qui permet de la différencier d'une autre personne. C'est aussi la conscience que l'on possède de soi-même, de sa permanence¹⁴²; elle passe par la reconnaissance d'autrui de notre propre individualité.

L'acquisition d'une identité propre est permise grâce à des processus d'identification et de différenciation¹⁴³. Ainsi, chaque individu construit sa propre identité à travers des mouvements identificatoires. Autrui est alors indispensable pour construire son identité et nous confirmer notre existence. Ce processus se construit dès la petite enfance et se poursuit tout au long de la vie.

3. Identité personnelle

L'identité personnelle¹⁴⁴ se réfère à l'identité génétique et l'identité trans-individuelle, c'est celle qui nous inscrit dans l'espèce et la lignée familiale. L'homme

¹⁴¹ *Ibid*

¹⁴² Nous pouvons ici évoquer le *self* de Winnicott. Il correspond au Moi en tant que personne. Il n'est pas présent au début de la vie, où le bébé est en fusion totale avec sa mère, mais s'acquiert au cours du développement. C'est un héritier du *holding*. Il s'établit au cours de la dépendance relative, dans laquelle le bébé est confronté à des frustrations et à l'épreuve de réalité.

WINNICOTT Donald Woods, (1975)

¹⁴³ Une fois encore nous pouvons rapprocher ce processus de celui décrit par Winnicott. Au début de sa vie le bébé est dans un état de dépendance absolue avec sa mère, il ne s'en distingue pas. Progressivement, grâce aux frustrations et à l'épreuve de réalité, il s'en différencie, c'est l'état de dépendance relative.

Au cours de la constitution du *self* des identifications ont lieu, elles sont nécessaires pour acquérir le sentiment d'être réel et d'avoir une identité. Elles permettent, *in fine*, l'autonomie et l'indépendance de l'enfant.

WINNICOTT Donald Woods, (1975)

¹⁴⁴ MORIN Edgar, (2008), p.872-900

se désigne d'abord par son nom et son prénom. Cette « identité est à la fois intérieure (le patrimoine inscrit dans les gènes), antérieure (le géniteur, l'ancêtre), postérieure (la progéniture) et extérieure à soi (le congénère) »¹⁴⁵.

Cette identité contient aussi l'identité subjective c'est-à-dire l'originalité et les particularités de chaque personne, qui fait qu'elle est différente d'un autre individu. L'identité subjective c'est le caractère non partageable, unique du moi ou je. L'identité personnelle c'est également l'identité ethnique, politique, religieuse, culturelle de la personne, qui dépend en grande partie de sa socialisation primaire; bien que celle-ci puisse être modifiée au cours du temps.

Nous pouvons maintenant nous demander comment cette identité personnelle, subjective influence les choix professionnels. Qu'est-ce que l'identité professionnelle?

4. Identité professionnelle

Pour le sociologue et directeur de recherche au CNRS Jacques Ion, «l'identité professionnelle, c'est ce qui permet aux membres d'une même profession de se reconnaître eux-mêmes comme tels et de faire reconnaître leur spécificité à l'extérieur. Elle suppose donc un double travail, d'unification interne d'une part, de reconnaissance externe d'autre part. D'autres matériaux que les modèles professionnels participent donc à la construction de ces identités : car si ces dernières supposent certes une communauté de pratiques, elles se constituent aussi dans les similitudes d'accès au métier, se forgent dans le creuset des institutions de

¹⁴⁵ *Ibid* p.889

formation, se nourrissent de la culture du métier, se légitiment et se consolident au sein des organisations de défense et de représentation collective »¹⁴⁶. Autrement dit, l'identité professionnelle suppose une communauté dans laquelle les individus se reconnaissent à travers leur formation, compétences, intérêts et éthique professionnelle. Ils défendent, à travers des organisations professionnelles, leurs spécificités. Cela leur permet de se différencier des autres groupes professionnels et d'obtenir une reconnaissance sociale.

Pour le sociologue et professeur Claude Dubar (1945-2005), identité personnelle et identité professionnelle sont interdépendantes¹⁴⁷. La première influence le parcours scolaire et les choix professionnels tandis que la seconde octroie un statut social; modifiant alors l'identité personnelle. L'identité professionnelle est à la fois contenue dans l'identité personnelle mais découle aussi de celle-ci. L'identité professionnelle participe ainsi à l'identité du sujet. C'est une identité à la fois individuelle et collective :

- individuelle parce qu'elle se réfère à la subjectivité de la personne, à son milieu socio-culturel, à ses valeurs, ses centres d'intérêts et aspirations.
- collective parce qu'elle se réfère à son appartenance à un groupe qui le conduit à une socialisation professionnelle. Elle participe ainsi à la socialisation secondaire de l'individu.

Comment les étudiants en psychomotricité acquièrent leur identité professionnelle au cours de leur formation?

¹⁴⁶ ION Jacques, (1996), p. 91

¹⁴⁷ DUBAR Claude, (2015)

5. Etapes de professionnalisation dans la formation de psychomotricité

L'acquisition d'une identité professionnelle passe inévitablement par la validation de différents acquis qui sous-tendent l'accès au diplôme d'État:

- Acquisition des ECTS (European Credit Transfer System) : En validant les savoirs théoriques et pratiques l'étudiant acquiert des ECTS. Chaque semestre permet d'obtenir 30 ECTS, soit un total de 180 ECTS au cours des trois années d'études. En théorie, ces crédits correspondent à un niveau licence, ils permettent d'uniformiser les formations des étudiants européens. En pratique le diplôme d'état de psychomotricien ne s'inscrit pas encore dans le système LMD (licence-master-doctorat) malgré les revendications syndicales.
- Validation des heures de stage : L'étudiant doit également valider 80 heures de stage d'observation en première année et 600 heures de stage (200 heures d'observation et d'initiation thérapeutique et 400 heures d'apprentissage thérapeutique) entre la deuxième et troisième année. Ils lui permettent de découvrir et d'acquérir une expérience dans des structures aux orientations variées (rééducation, éducation, thérapie, prévention).
- Épreuves du diplôme d'état (DE) : Enfin, deux épreuves sont nécessaires pour l'obtention du Diplôme d'État; la soutenance du mémoire et la mise en situation professionnelle (MSP).

Après avoir entériné ces savoirs théoriques, pratiques et compétences professionnelles, l'étudiant acquiert le DE. La remise des diplômes correspond à un

rite de passage, c'est un état liminal¹⁴⁸ où l'individu quitte son ancien statut, celui d'étudiant pour en obtenir un nouveau, celui de professionnel. La cérémonie de remise des diplômes symbolise le passage entre la vie étudiante et professionnelle.

6. Conclusion de la partie I.

Les statuts d'étudiant et de professionnel appartiennent à une socialisation secondaire. Les étudiants, en validant ces acquis, intègrent des connaissances propres à la profession à laquelle ils souhaitent appartenir. Ce processus forge leur identité professionnelle.

Toutefois, cette identité ne se limite pas à cet apprentissage, acquérir le sentiment d'être professionnel¹⁴⁹ nécessite une identification à un groupe de référence qui deviendra groupe de pairs¹⁵⁰. Ce dernier sert de modèle et transmet des savoirs, savoir-faire et savoir-être nécessaires à l'exercice professionnel.

Devenir professionnel résulte alors d'un processus qui permet à l'individu d'assimiler un ensemble de compétences mais également d'incorporer une éthique,

¹⁴⁸ La liminalité est la seconde étape du rituel décrite par Arnold van Gennep (1873-1957), ethnologue français. Le changement de statut se déroule à travers trois étapes:

- La séparation de l'individu à son groupe d'appartenance.
- La liminarité, c'est-à-dire l'état dans lequel l'individu n'a plus son ancien statut mais n'a pas encore obtenu le nouveau. C'est un état transitionnel.
- La réincorporation de l'individu avec un nouveau statut.

VAN GENNEP Arnold, (2011)

¹⁴⁹ Ici, ce sentiment peut être défini comme une conscience, plus ou moins aboutie et stable, d'appartenir à un groupe professionnel. Il s'agit d'un point de vue subjectif qui comporte des éléments intuitifs et affectifs.

Centre national de ressources textuelles et lexicales : <http://www.cnrtl.fr>

¹⁵⁰ Le groupe de pairs correspond à un ensemble de personnes ayant la même profession, la même fonction.

Le groupe de référence désigne un ensemble de personnes auquel un individu se compare. Il peut jouer un rôle de modèle à suivre pour les individus souhaitant y appartenir.

Centre national de ressources textuelles et lexicales : <http://www.cnrtl.fr>

une culture professionnelle, un ensemble « de valeurs, de normes et de règles qui structurent la perception, les sentiments et les comportements [des] membres »¹⁵¹ du groupe professionnel. L'individu peut alors modifier, en partie, son identité personnelle pour obtenir cette nouvelle identité.

Selon Claude Dubar, acquérir une identité professionnelle relève d'un processus de double-transaction où s'entrecroisent plusieurs dimensions¹⁵². Si l'identité professionnelle s'attache principalement à un sentiment collectif (identité pour autrui), elle est aussi personnelle (identité pour soi). Elle intègre l'individu dans un collectif qui le reconnaît et qui l'inclut dans son projet.

Nous avons vu qu'en fonction de sa socialisation primaire et secondaire, de son identité individuelle, l'individu choisit sa voie professionnelle. Les étudiants en psychomotricité « évoquent spontanément leur forte motivation pour le métier. Pour eux c'est une profession qu'il faut choisir activement, il faut être passionné, capable de s'engager pleinement»¹⁵³.

Les étudiants partagent certaines valeurs et centres intérêts. Comprendre les liens entre le somatique, les émotions et les affects les poussent souvent à entreprendre ces études. La proportion d'étudiants qui pratique ou a pratiqué des activités sportives et/ou artistiques est également importante, les étudiants « optent pour la psychomotricité car leur représentation des études et de la profession intègre

¹⁵¹ MARC Edmond, (2005), p.101

¹⁵² DUBAR Claude, (2015)

¹⁵³ GRABOT Denis, (2004), p.124

formation personnelle, le métier et les activités artistiques»¹⁵⁴. Le désir de s'engager dans des études de psychomotricité est également encouragé par des valeurs d'empathie et d'aide. Les étudiants souhaitent mettre à profit leurs passions et leur sensibilité dans un accompagnement qui accorde au vecteur relationnel une place centrale, « ce choix qui conjugue au mieux, nécessité relationnelle et subjectivité devient au fil des ans une valeur partagée au sein de la collectivité professionnelle»¹⁵⁵.

Ainsi, nous pouvons dire que pour devenir professionnel il faut acquérir une autonomie, c'est-à-dire être en capacité de décider par soi-même. Elle est à différencier de l'indépendance. Si la première se réfère à une organisation, une hiérarchie et possède une connotation de coopération; la seconde signifie qu'on ne dépend de rien, ni de personne. Or, faire partie d'une profession nécessite de passer par des processus d'identification, elle inclut une dépendance à un groupe d'appartenance. Le sentiment collectif est essentiel. Ce dernier ne peut advenir qu'au sein d'une organisation structurée et relativement stable.

Toutefois cette organisation professionnelle n'émerge pas spontanément, elle se crée et se construit. Nous allons nous intéresser à l'émergence d'un groupe professionnel et à son organisation.

Comment une profession naît et s'organise?

¹⁵⁴ *Ibid*

¹⁵⁵ *Ibid* p.252

II. Émergence d'une profession

Un métier désigne un travail manuel, des techniques ou mécaniques qui reposent sur un ensemble de savoirs incorporés. Ce sont des habiletés qui s'acquièrent par l'expérience (entraînement, répétition). Le mot profession, quant à lui, est employé pour parler d'un ensemble de personnes exerçant la même activité. De manière générale, les études sont plus abstraites et font appel à des capacités d'abstraction et de conceptualisation.¹⁵⁶

« Désigner un métier en profession ne suffit pas pour qu'un groupe se professionnalise. La professionnalisation, est un processus actif de maturation d'une profession, d'un corps social, qui se traduit par une progression constante »¹⁵⁷. Ce processus se caractérise par la capacité de la profession à se structurer, à s'organiser, à se développer, à exister comme un tout indivisible.

Comment le métier puis la profession de psychomotricien sont-ils nés?

¹⁵⁶ Centre national de ressources textuelles et lexicales : <http://www.cnrtl.fr/>

¹⁵⁷ ABALLEA François, (1991), p.7-9

1. Processus de professionnalisation et création d'un marché fermé ¹⁵⁸

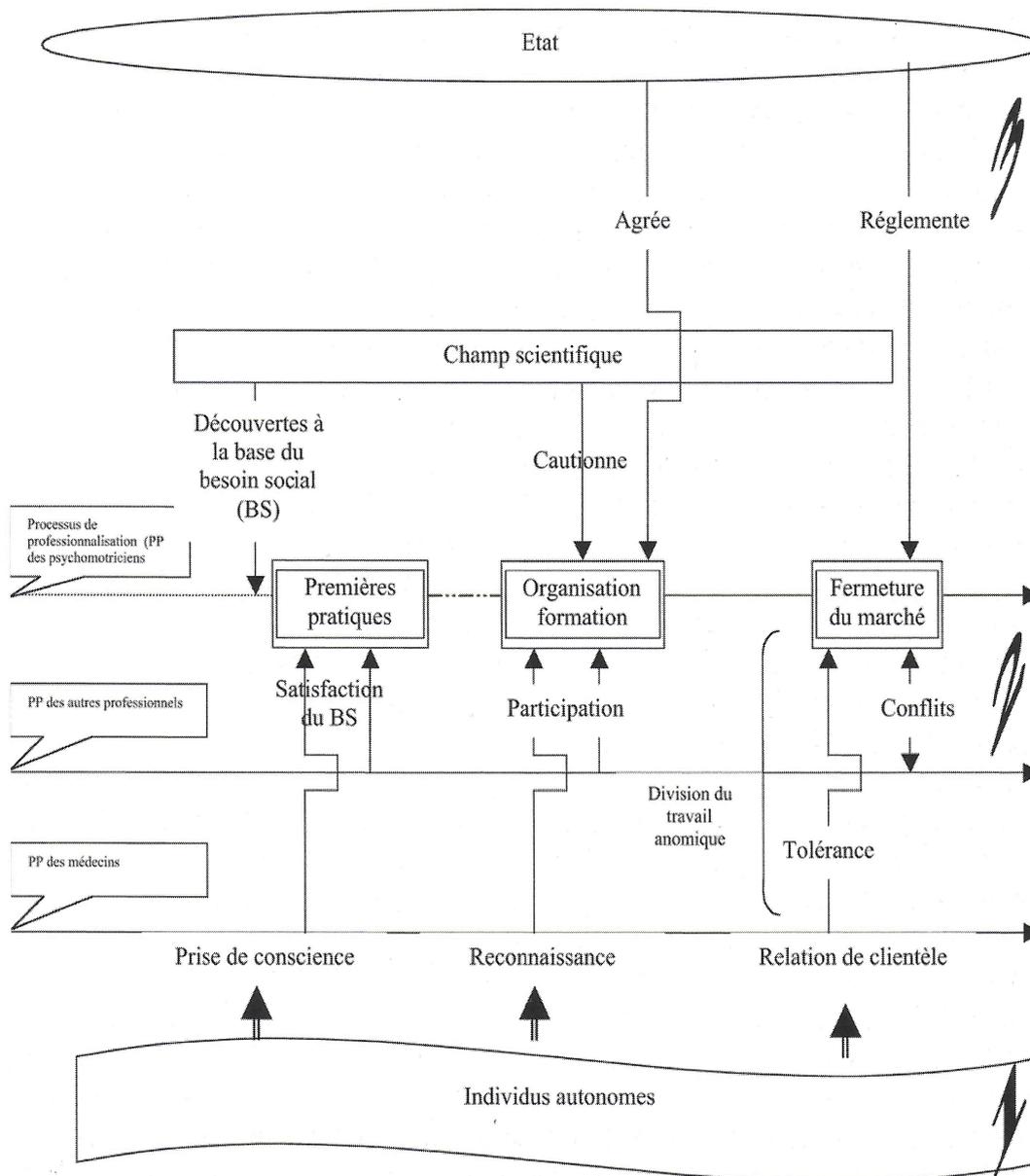


Figure 1.

¹⁵⁸ GRABOT Denis, (2004), p.35

1.1. Découvertes à la base du besoin social

La naissance d'une profession est permise grâce à des découvertes qui entraînent la prise de conscience d'un besoin social. Denis Grabot précise que « cette valeur quotité du besoin n'est pas indépendante des influences sociales, c'est un construit. Il est fonction du développement économique, politique et culturel du contexte où se déroule le phénomène de professionnalisation [...] cette profession apparaît à un stade bien précis de l'évolution sociale »¹⁵⁹. Le développement des technologies et les découvertes scientifiques, après la seconde guerre mondiale, ont permis l'apparition de nouveaux professionnels de santé.

Ainsi, le contexte socio-économique de l'époque, les courants philosophiques et les découvertes scientifiques ont permis l'émergence de la psychomotricité. En effet, la naissance de la psychanalyse, le développement des sciences humaines et des neurosciences ont permis d'éclairer le développement de l'enfant et le fonctionnement neurologique, affectif, cognitif, émotionnel et psychologique humain¹⁶⁰. Certains professionnels, tels que des médecins et pédagogues, vont alors commencer à s'intéresser aux troubles psychomoteurs.

1.2. Les premières pratiques

Emile Durkheim (1858-1917), sociologue, montre que la division du travail permet la création de groupes. En effet, « c'est la délégation des tâches annexes des médecins aux paramédicaux qui a permis leur création et leur pérennité»¹⁶¹. Des

¹⁵⁹ *Ibid* p.34

¹⁶⁰ Voir *infra* p.41

¹⁶¹ *Ibid* p.23

professions mères produisent un stock de connaissances puis délèguent certaines tâches à des assistants, après plusieurs années d'existence « ce type de groupe professionnel parvient à la reconnaissance d'une compétence spécifique, qui n'est plus partagée par les professions mères et qui a donc son propre rôle »¹⁶². La diversité des tâches crée des divisions entre les individus qui se réunissent en pairs qui exercent le même métier.

En France, c'est Julian de Ajuriagurra et Gisèle Soubiran qui ont été les pionniers de la pratique psychomotrice¹⁶³.

1.3. L'organisation de la formation

La reconnaissance de l'utilité sociale permet l'organisation d'une formation, « la construction de la psychomotricité en tant que métier puis profession autonome fut de toute évidence la mise en place d'un dispositif de formation »¹⁶⁴.

Les deux premiers lieux de formation sont fondés en 1962, à l'hôpital Henri Rousselle et de la Salpêtrière, la Rééducation Psychomotrice y est enseignée. Le 4 février 1963, le décret du ministre de l'éducation nationale sanctifie cette formation par un Certificat de Capacité en Rééducation Psychomotrice. Elle acquiert alors sa première reconnaissance.

Dans le même temps, « des syndicats professionnels voit le jour »¹⁶⁵. En effet « la création de nouveaux métiers institutionnels est tout autant le fruit de la volonté de

¹⁶² *Ibid*

¹⁶³ Voir infra p.20

¹⁶⁴ *Ibid* p.109

¹⁶⁵ *Ibid* p.66

l'institution que celui des corporations en phase de création ». Le site du SNUP¹⁶⁶ précise qu'en 1964, le Syndicat National des Rééducateurs en Psychomotricité (S.N.R.P. aujourd'hui SNUP) se forme. Leur action consistera dans un premier temps à obtenir la reconnaissance d'un diplôme d'Etat Hospitalo-Universitaire. Ce qui aboutira, en 1974, à la ratification du diplôme d'état de psychorééducateurs qui est un cadre réglementaire national pour la formation.

D'autre part, en 1972, la Fédération Française des Psychomotriciens (FFP) puis en 1987, l'Association Française des Étudiants et Professionnels en Psychomotricité (AFEPP) sont créés.

1.4. Fermeture du marché du travail

La formation permet l'accès à un marché fermé. C'est le ministère de la santé, « par l'intermédiaire des DRASS, qui délivre le diplôme final et contrôle directement le fonctionnement des centres en présidant les séances de délibération du concours d'entrée et du conseil technique »¹⁶⁷. Ainsi, « le quota d'entrée et un outil de politique publique »¹⁶⁸ ce dispositif est censé s'ajuster à la demande. Par ailleurs, les centres de formation doivent être agréés, ce sont les arrêtés de 1974 et 1975 qui fixent les critères que doivent remplir les instituts de formation en psychomotricité. La rédaction d'un décret de compétences interdit également les non-titulaires du diplôme à exercer la psychomotricité.

¹⁶⁶ Site SNUP: <http://snup.fr/la-profession/historique-de-la-profession/>

¹⁶⁷ GRABOT Denis, (2004), p.111

¹⁶⁸ *Ibid* p.114

1.5. Conclusion de la partie I.1.

La genèse d'une profession provient de nouvelles pratiques issues d'un besoin social reconnu. En revendiquant ses spécificités elle se structure et permet la création d'une formation, dans laquelle ses compétences sont définies. Ce processus de professionnalisation s'effectue en collaboration avec les autres professionnels de santé. Le champ compétence, propre à chaque profession, doit être délimité.

Les trois premiers syndicats corporatistes cités (SNUP, AFEPP, FPP) sont toujours les interlocuteurs privilégiés avec l'Etat. La formation de psychomotricité a évolué et a su s'adapter aux nouveaux besoins, comme en témoigne son extension auprès d'une population vieillissante.

Toutefois, comme le souligne Denis Grabot, les difficultés des psychomotriciens à affirmer leur identité professionnelle vient, en partie, de leur trop grande souplesse et ajustement à la culture institutionnelle; «le souci d'intégration représente souvent un impératif contradictoire avec l'affirmation d'une identité professionnelle spécifique »¹⁶⁹.

Il ajoute que «le privilège suprême pour une profession de santé dans le système français est assurément le remboursement par la sécurité sociale des actes effectués par des praticiens libéraux »¹⁷⁰. Or les psychomotriciens n'en bénéficient pas encore.

¹⁶⁹ *Ibid* p.233

¹⁷⁰ *Ibid* p.249

Une fois la profession créée et reconnue par l'État, nous pouvons nous demander comment elle assoie sa spécificité? Comment s'organise-t-elle? Pouvons-nous dire que chaque professionnel possède sa propre définition de la psychomotricité?

2. Organisation d'une profession: organisation, système, interrelations

Nous allons nous appuyer sur le concept d'organisation, de système et d'interrelations, décrit par Edgar Morin, pour tenter de comprendre l'organisation d'un groupe professionnel; et plus particulièrement celui des psychomotriciens.

L'organisation est « un agencement de relations entre composants ou individus qui produit une unité complexe ou système [...] L'organisation lie de façon interrelationnelle des éléments ou individus divers qui dès lors deviennent les composants d'un tout ». ¹⁷¹ L'organisation transforme, produit, relie et maintient. Elle renvoie à l'agencement des parties dans, en, et par un Tout.

L'idée d'interrelation renvoie aux types et formes de liaison entre individus, mais également entre individus et le tout.

L'idée de système renvoie à l'unité complexe d'un tout interrelationné, avec ses caractères et ses propriétés phénoménales.

Si nous appliquons ce modèle dans la pratique, nous pouvons dire que l'organisation professionnelle relie les individus qui possèdent le diplôme d'État de

¹⁷¹ MORIN Edgar, (2008), p.151

psychomotricien. Les interactions qui ont lieu entre psychomotriciens génèrent un système, (doté de caractéristiques propres) et qui constitue l'identité professionnelle.

La « première et fondamentale complexité d'un système est d'associer en lui l'idée d'unité d'une part et de diversité de l'autre, qui en principe se repousse et s'exclue »¹⁷². Ainsi, un des traits les plus fondamentaux de l'organisation est l'aptitude à transformer la diversité en unité, sans annuler la diversité.

Autrement dit, ce système est composé d'individus divers, de psychomotriciens ayant leur identité individuelle, subjective. Toutefois ils possèdent également une identité commune qui les unie, l'identité professionnelle.

Les parties possèdent alors une double identité. Elles ont une identité propre et participe à l'identité du tout. Si différents qu'ils puissent être, « les individus constituant un système ont au moins une identité commune d'appartenance à l'unité globale et d'obéissance à ses règles organisationnelles»¹⁷³.

Ce système « est à la fois, plus, moins, autres que la somme des parties. Les parties elles-mêmes sont moins, éventuellement plus, de toute façon autres que ce qu'elles étaient ou seraient hors système. » ¹⁷⁴

L'identité professionnelle, qui apparaît au sein du système, se nourrit des identités individuelles. En psychomotricité, une place importante est accordée à la subjectivité et aux passions du professionnel. Toutefois, la profession ne peut se définir à partir de pratiques, médiations ou individus pris isolément. Ainsi, l'identité

¹⁷² *Ibid*, p.153

¹⁷³ *Ibid*, p.169

¹⁷⁴ *Ibid*, p.166

professionnelle ne représente pas la totalité des pratiques professionnelles. Elle correspond au tout, émergeant de la réunion des parties/individus.

L'identité professionnelle qu'acquière progressivement l'étudiant en psychomotricité vient nourrir, transformer, modifier son identité subjective. Nous rejoignons ici la définition de l'identité professionnelle décrite par Claude Dubar¹⁷⁵.

Ainsi, le système possède quelque chose de plus que ces composants : son organisation, l'unité globale elle-même (le tout), les qualités et propriétés émergeant de l'organisation et de l'unité globale. « L'émergence peut contribuer rétroactivement à produire et reproduire ce qui la produit »¹⁷⁶.

La transmission des savoirs (faire ou être), des maîtres de stage ou professeurs envers leurs étudiants, assure la perpétuation des compétences et de l'éthique propre aux psychomotriciens. A leur tour, ils deviendront aptes à transmettre cette identité. Les produits deviennent producteurs.

« Toute interrelation organisationnelle suppose l'existence et le jeu d'attractions, d'affinités de liaisons ou de communications entre individus. Il faut que, dans l'organisation systémique, les forces d'attraction, affinités, liaisons, communications prédominent sur les forces de répulsion, exclusion, dissociation, qu'elles inhibent, contiennent, contrôlent »¹⁷⁷. Les forces anti-organisationnelles sont nécessaires à l'organisation. Ainsi, les « interactions constituent un noeud gordien

¹⁷⁵ Voir infra p. 76

¹⁷⁶ *Ibid*, p.167

¹⁷⁷ *Ibid*, p.171

d'ordre et de désordre »¹⁷⁸. Une fois constituée, « l'organisation et son ordre propre sont capables de résister à un grand nombre de désordres »¹⁷⁹.

Pour assurer sa pérennité, une profession doit se forger une identité assurant la cohérence des pratiques mais également un objectif et un projet commun. Elle permet non seulement de résister aux divergences, oppositions internes mais également aux conflits externes, interprofessionnels. Ces discordances sont cependant nécessaires pour construire et délimiter un champ professionnel.

Pour illustrer notre propos nous pouvons prendre l'exemple d'un organisme vivant. Au niveau microscopique, chaque cellule possède un ADN commun. En fonction de sa spécialisation, chaque cellule exprime seulement une partie de son ADN. Toutes participent et sont nécessaires au fonctionnement et à la cohérence d'un système plus global, elles entretiennent les liens et communiquent entre elles, permettant de réguler leur activité. L'organisation du/des systèmes permet au niveau macroscopique l'émergence d'un organisme vivant, capable de reconnaître le soi du non soi.

Conclusion de la partie II.2

Pour répondre à ma question initiale, affirmer que chaque psychomotricien possède sa propre identité est insuffisant. Cela reviendrait à dire que l'identité professionnelle des psychomotriciens correspond à la somme des individus qui la compose, cette conception rendrait impossible une définition commune.

¹⁷⁸ *Ibid*, p.87

¹⁷⁹ *Ibid*, p.83

S'il est juste de dire que chaque professionnel possède une identité professionnelle personnelle, il faut préciser qu'elle se construit sur une identité professionnelle commune. Sans que cela remette en cause la place que la psychomotricité concède à la subjectivité du professionnel, comme à celle du patient. Il me semble important de considérer et de préciser cette identité, qui lie les professionnels entre eux, si nous voulons faire reconnaître notre profession.

Cette identité se transmet notamment à travers la formation, elle s'ajuste et se modifie au cours du temps en fonction du développement de son champ de compétences et de l'environnement social, culturel, politique.

Ainsi, la profession des psychomotriciens a progressivement su s'organiser et se structurer, permettant la création d'une formation reconnue par l'Etat et son développement dans de nouveaux secteurs. Toutefois, cette reconnaissance n'est ni définitive, ni entièrement acquise, des évolutions restent à mener.

À travers ces démonstrations nous pouvons dès lors distinguer trois niveaux de professionnalisation : macro (construction historique et sociale de l'activité), méso (les dispositifs institutionnels de formation et de travail) et micro (le vécu du sujet).

Nous pouvons alors nous demander comment chaque professionnel contribue à renforcer cette identité commune? La construction de l'identité professionnelle est-elle terminée dès l'acquisition du diplôme? Comment évolue-t-elle?

Discussion: Renforcer et développer l'identité professionnelle

I. Formations

L'identité professionnelle n'est pas figée une fois le diplôme obtenu; elle se précise avec l'expérience. Les formations obligatoires après le diplôme d'État, nommées DPC (développement professionnel continu), s'adressent à l'ensemble des professionnels de santé. Elles permettent d'actualiser nos connaissances, d'améliorer nos soins et pratiques. Les congrès et conférences ont également ce rôle.

Elles sont l'occasion d'enrichir notre réflexion à travers le partage des différentes pratiques professionnelles et la transmission de savoirs.

Elles se déroulent entre professionnels d'un corps de métier identique ou différent.

II. Communication

La communication est un enjeu essentiel pour faire reconnaître nos pratiques et spécificités.

Elle s'effectue :

- Entre les instituts de formations : Le CEDIFP¹⁸⁰ regroupe l'ensemble des directeurs des IFP, ils « se réunissent chaque année pour harmoniser la formation et travailler sur le nouveau référentiel de formation »¹⁸¹.
- Entre les psychomotriciens : au niveau national, ils peuvent soutenir, adhérer ou participer aux organisations syndicales (SNUP, FPP) ou associatives (AFPL , ANEP). Au niveau régional et départemental des associations existent. Elles organisent des conférences et réunions permettant d'échanger, de réfléchir sur les pratiques professionnelles. Elles favorisent également un sentiment d'appartenance au groupe professionnel.
- Entre les psychomotriciens et les équipes; entre les psychomotriciens et le grand public : elle passe par la capacité des professionnels à expliquer, de manière intelligible, leur rôle et spécificités aux équipes et aux patients. Pour faciliter cette communication le collectif actif des psychomotriciens (CCAP) a lancé un projet de sensibilisation en 2019. Il s'agit d'un calendrier regroupant des infographies relatives aux compétences et lieux d'interventions des psychomotriciens¹⁸².

Cet échange peut également s'accomplir à travers les postes de direction, « une profession qui évolue vers des postes à responsabilité et de décisions va accroître

¹⁸⁰ Collège des Equipes de Direction des Instituts de Formation en Psychomotricité

¹⁸¹ Pour la valorisation du métier de psychomotricien: <https://corpspsychomotricite.files.wordpress.com/2011/08/dossier-pour-la-revalorisation-du-mc3a9tier-de-psychomotricien-1.pdf>

¹⁸² <https://lesimpuls.wixsite.com/ccapsychomot>

son développement »¹⁸³, ainsi « le psychomotricien cadre va faire la promotion de la profession auprès d'instances de l'état, d'établissements de soins et autres »¹⁸⁴.

III. Recherche

Enfin, « il existe un mouvement interne à la corporation des psychomotriciens pour défendre une autonomie théorique et disciplinaire, celle-ci est dépendante de la production scientifique interne »¹⁸⁵. Cette démarche de recherche est en partie soumise à la reconnaissance du diplôme au grade master.

Le SNUP justifie l'intérêt du grade Master en expliquant qu'il permettrait aux futurs professionnels d'acquérir des compétences dans le champ de la recherche, essentielles pour l'avenir de la profession,. Il ajoute qu'il faut « actualiser les connaissances dans le domaine de la psychomotricité : développer de nouveaux modèles pour comprendre les difficultés psychomotrices des patients, développer de nouveaux outils d'évaluation, montrer l'efficacité de nos interventions... »¹⁸⁶.

Cette reconnaissance permettrait de répondre aux exigences européennes qui souhaitent modifier le système d'enseignement français pour l'adapter aux standards européens. Les formations seront reconnues en grade licence, master ou doctorat (LMD). Cette évolution permettrait d'ouvrir et de développer la recherche en psychomotricité.

¹⁸³ GIROMINI Françoise, ALBARET Jean-Michel, SCIALOM Philippe, (2015), p.130

¹⁸⁴ *Ibid*

¹⁸⁵ GRABOT Denis, (2004), p.163

¹⁸⁶ Site SNUP: <http://snup.fr/>

La réingénierie des psychomotriciens est bloquée depuis 2008 et le DE est toujours reconnu bac+2.

À la demande du ministère de la santé , le conseil national des psychomotriciens (CNP) a été créé. L'AFEPP, l'AFPL, le CEDIFP, la FFP et le SNUP se sont alors associés afin de mieux structurer les parcours de formation continue des psychomotriciens¹⁸⁷.

Néanmoins des possibilités s'ouvrent pour les étudiants et professionnels désirant approfondir leurs connaissances et réflexion dans le domaine de la psychomotricité. Il existe notamment un diplôme universitaire d'initiation à la recherche en psychomotricité (UMPC) ainsi qu'un master international en psychomotricité option recherche (ISRP).

La construction de son identité professionnelle se poursuit au-delà du DE. Elle se réalise à travers l'approfondissement et l'actualisation de ses connaissances théoriques et pratiques; mais également grâce à l'engagement et à la participation du psychomotricien au développement de sa profession.

Ces initiatives et regroupements professionnels permettent de préciser notre identité professionnelle; cela renforce en retour le sentiment d'appartenance à un groupe professionnel cohérent.

Déployer des réseaux professionnels à différentes échelles du territoire, améliorer la communication et développer la recherche me semble être des enjeux majeurs pour préciser nos compétences, notre champ d'action, développer des connaissances et des outils propres aux psychomotriciens.

¹⁸⁷ Site ISRP: <https://www.isrp.fr/creation-du-conseil-national-professionnel-des-psychomotriciens/#.XH0dD89KgWo>

Conclusion générale

I. Limites de ce mémoire

J'ai choisi de rédiger un mémoire théorique pour répondre à mes questionnements et m'inscrire dans ma future profession. J'ai conscience qu'il existe d'autres moyens pour y parvenir mais cette méthodologie me semblait plus cohérente avec ma manière de penser.

Bien que les exemples cliniques soient peu détaillés dans mon mémoire, je tiens à souligner qu'e ce dernier n'aurait pu prendre forme sans les expériences cliniques qui ont nourri ma réflexion.

Il ne s'agit, bien sûr, que de mon parcours personnel, dans l'Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière. Ma personnalité, l'ensemble de mes rencontres, des maîtres de stage aux patients, ainsi que mes expériences pratiques ont inévitablement influencé l'orientation de mon mémoire.

J'ai tenté de comprendre et d'expliquer, avec mes mots et l'expérience dont je disposais, divers concepts et théories provenant d'autres disciplines, notamment philosophique et sociologique. J'ai dû extraire et simplifier les idées qui me paraissaient pertinentes pour des raisons inhérentes au mémoire. Certaines d'entre elles mériteraient sûrement d'être approfondies et d'autres auraient pu être abordées.

J'ai pu commettre des erreurs de compréhension et d'interprétation mais je considère que ces outils théoriques sont faits pour être discutés. Selon moi, ce mémoire n'est pas une finalité mais le début de nombreux questionnements qui me feront évoluer dans cette profession. Il me semble d'ailleurs que c'est l'objectif du mémoire : éveiller notre curiosité et notre réflexion sur la psychomotricité.

II. Conclusion

Ce mémoire a bien entendu fait écho à des questionnements personnels. J'ai toutefois estimé qu'il n'était pas nécessaire de les évoquer ici. Cette réflexivité m'a fait évoluer et m'a, en même temps, permis d'enrichir mon raisonnement. Au cours de ma rédaction, j'ai constaté que ce mémoire s'inscrivait dans la continuité de mon parcours scolaire et personnel.

Il m'a permis de connaître l'histoire de la psychomotricité, en tant que discipline et profession. J'ai progressivement trouvé ma place et pris confiance. Il a contribué à construire les bases de mon identité professionnelle. Je me sens désormais apte à expliquer et défendre notre spécificité.

En m'appuyant sur les sujets abordés dans mon mémoire, je vais tenter de définir, de manière générale, la psychomotricité et le rôle du psychomotricien. Je reviendrai brièvement sur les processus de professionnalisation.

La psychomotricité prend en compte le développement du sujet depuis sa genèse. Elle considère l'interrelation entre sensation, perception, tonus, représentation corporelle et spatio-temporelle.

Tous ces éléments déterminent la relation au monde de l'individu. Ils se construisent et se modifient tout au long de la vie. Ils peuvent être atteints au cours d'un événement ou d'une maladie, modifiant les représentations de la personne et son engagement dans l'environnement. Les difficultés du patient sont toujours considérées comme dynamiques et circulaires. Leurs origines et leurs conséquences sont à chercher dans la construction du sujet et dans ses interactions avec l'environnement.

Le psychomotricien intervient du début jusqu'à la fin de vie. En appui sur ses ressentis et par l'intermédiaire des canaux de communication privilégiés par le patient, il tente d'établir un lien. Il contribue à développer les capacités du patient, ou à aménager son environnement pour favoriser ses possibilités d'interactions avec son milieu. Par son langage, corporel et verbal, le psychomotricien traduit ce qu'il perçoit dans la rencontre intersubjective. Il modifie ainsi sa posture, son engagement, ses attitudes afin que le patient prenne conscience de sa présence et de son implication dans la relation. Il peut passer par des médiations pour dépasser les problématiques de l'individu. Le psychomotricien soutient l'expression du patient, lui montre d'autres manières d'agir et de possibilités d'action sur son milieu. Ce dernier pourra éventuellement s'en approprier.

Le psychomotricien vise une construction, un équilibre et/ou un mieux-être psychocorporel, permettant au patient d'investir ou de réinvestir l'environnement qui l'entoure.

L'étudiant devient professionnel grâce à une formation qui associe savoirs théoriques et expériences pratiques. Il n'assimile pas seulement des connaissances sur la psychomotricité mais apprend à « être psychomotricien ». Ses expériences, sa subjectivité et sa sensibilité vont influencer son identité professionnelle.

Cette identité est dynamique, elle se prolonge au delà des études, à travers les rencontres et les formations post-diplôme. Par ses actions, il deviendra un partenaire actif et contribuera à structurer sa profession.

La clinique du professionnel restera son principal terrain de recherche.

Bibliographie

ABELLA François (1991) Sur la notion de professionnalité, Revue Société n°2, p.7-9

AJURIAGUERRA De Julian (1962) De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui, À propos de l'œuvre de Henri Wallon, L'évolution psychiatrique n°27, p. 13-25

AJURIAGUERRA De Julian, in JOLY Fabien et LABES Geneviève (2008) Julien De Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Volume 1, Montreuil: Papyrus

AJURIAGUERRA De Julian (1981) Vers une neuro-psychologie du développement, Bulletin de psychologie n°391, Vol.42, p.659-690

ANZIEU Didier (1985) Le Moi-peau, Paris: Dunod

BIOY Antoine et BACHELART Maximilien (2010) L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques, Perspectives Psy, Vol.49, p. 317 à 326

BOLLONDI Philippe (2013) L'implication du psychomotricien et la mise en représentation (Disponible sur: bibnum.unin-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/...Mp_2013_BOLLONDI_%20Philippe.pdf)

BOUTINAUD Jérôme, RODRIGUEZ Marc, MOYANO Olivier, JOLY Fabien (2013) Les thérapies psychomotrices aujourd'hui : perspective dialectique et approche intégrative, Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, p.250-258

BRYON-PORTET Céline (2010) Sciences humaines, sciences exactes: Antinomie ou complémentarité ? Communication, Vol.28, n°1, p.243-264

CARRIC Jean-Claude et SOUFIR Béatrice (2014) Lexique pour le psychomotricien, Paris: Grego-Era

CHARBONNEAU Georges (1993) Approche phénoménologiques et sciences corporelles, Évolutions psychomotrices: phénoménologie et sciences du corps n°19, p.5-15

CICCONE Albert (2016) Apports de la psychomotricité aux autres disciplines et aux autres pratiques, La psychomotricité: entre psychanalyse et neurosciences, (p. 121-132), Paris: In Press

CONSTANT Jean (2007) Un métissage en quête d'identité : pédopsychiatrie et psychomotricité, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 55, p.87-92

DASTUR Françoise (1993), Le fondement corporel de la subjectivité dans l'oeuvre de Merleau-Ponty, Évolutions psychomotrices, n°19, p.15-19

DELAROCHE Romain (2018) La psychomotricité par elle-même, Contribution à l'auto-modélisation d'une discipline, Dumas

DELIEUTRAZ Séverine (2012) Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé, Cliniques n°4, p.146-162

DESCARTES René, in ADAM Charles et TANNERY Paul (1909) La Description du Corps Humain et de toutes ses fonctions, tome XI, Paris: Léopold cerf

DESCARTES René, in DEKENS Olivier (2000) Méditations métaphysiques: avec le texte intégral des Méditations I et II, Paris: Bréal

DESOBEAU Françoise (2010) Identité et fonction du psychomotricien, Le tonus: toile de fond des émotions, Thérapie psychomotrice n°162, p.58-68

DUBAR Claude (2015) La socialisation: Construction des identités sociales et professionnelles, Paris: Armand Colin

DROZ MENDELZWEIG Marion (2010) La plasticité cérébrale de Cajal à Kandel : Cheminement d'une notion constitutive du sujet cérébral, Revue d'histoire des sciences, tome 63, p. 331-367

EDMOND Marc (2005) Psychologie de l'identité, Soi et le groupe, Paris: Dunod

FAUCHE Serge (1994) Revue française de pédagogie, n°107, p.97-107

GIRARDIER Nicole (2016) La psychomotricité entre psychanalyse et neurosciences, Histoire, actualités et perspectives : pour une pensée en mouvement, Paris: In Press

GIROMINI Françoise, ALBARET Jean-Michel, SCIALOM Philippe, (2015), Manuel d'enseignement de psychomotricité, Volume 1, Concepts fondamentaux, Paris: Boeck-Solal

GIROMINI Françoise, ALBARET Jean-Michel, SCIALOM Philippe, (2015), Manuel d'enseignement de psychomotricité, Volume 2, Méthodes et techniques, Paris: Boeck-Solal

GIROMINI Françoise, GATECEL Anne, in POTEL Catherine (2013) Être psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir, Paris: Erès

GIROMINI Françoise (2003) Psychomotricité : Les concepts fondamentaux, (disponible sur: <https://docplayer.fr/68853474-Psychomotricite-les-concepts-fondamentaux.html>)

GRABOT Denis (2004) Emergence et développement d'une profession, Paris: Solal Eds

GRIM Olivier, in BOUTINAUD Jérôme and JOLY Fabien (2017) Psychomotricité insoumise, Thérapies psychomotrices: 10 cas cliniques commentés, (p.249-276) Paris: In press

HERMANT Gérard (2008) La psychomotricité dans le monde. Origines, évolutions, actualités et perspectives, *Contraste* n°28-29, p.27-40

ION Jacques (1996) *Le travail social à l'épreuve du territoire*, Paris: Dunod

LA METTRIE Julien Offray (1747) *L'Homme-machine*, Paris: Fayard 2000

LEDOUX Claude-Nicolas, LARROQUE Alain (1995), *Spina bifida, Kinésithérapie de l'enfant paralysé*, (p. 11-14), Paris: Masson

MERLEAU-PONTY Maurice (1945) *Phénoménologie de la perception*, Paris: Gallimard

MEURIN Bernard (2016) Quelques réflexions philosophiques pour penser la spécificité psychomotrice, *La psychomotricité entre psychanalyse et neurosciences*, (p.93-102) Paris: In Press

MORIN Edgar (2016) *Penser global*, Paris: Robert Laffont

MORIN Edgar (2005) *Introduction à la pensée complexe*, Paris : Seuil

MORIN Edgar (2008) *La méthode tome I et II*, Paris: Seuil

PLATON, in ROBIN Léon and CHÂTELET François (1985) *Apologie de Socrate. Criton. Phédon*, Paris: Gallimard

POTEL Catherine (2013) *Être psychomotricien: un métier du présent, un métier d'avenir*, Paris: Erès

ROBERT-OUVRAY Suzanne, (2015) *Contre transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice*, (disponible sur: <https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/le-contre-transfert-emotionnel-dans-la-therapie-psychomotrice/>)

SAMI-ALI Mahmoud sous la direction de GATECEL Anne (2012) Une théorie psychosomatique de la psychomotricité, La psychomotricité relationnelle, (p.5-36), Paris: EDK

SENDER Elena (2016) Sciences et avenir n°827, p.26-32, (disponible sur: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/cerveau-et-psy/intuition-le-cerveau-en-roue-libre_104367)

STORY Martine (2018) Au-delà des mots: Guide de la communication non verbale, Paris: Maxima Laurent du Mesnil

VAN GENNEP Arnold (2011) Rites de passage, Paris: Picard

VONNEZ Eloïse et WAYERMANN Caroline (2016) Conscientisation professionnelle et construction de l'identité dans le champ du social, éditeur: HES-SO Valais Walli

WALLON Henri (1949) Les origines du caractère chez l'enfant, Paris: P.U.F (6ème édition 2009)

WALLON Henri (1970) De l'acte à la pensée, Paris: Flammarion

WINNICOTT Donald Woods (1975) Jeu et réalité, Paris: Gallimard

Annexe

1. Le décret de compétence du psychomotricien :

JOURNAL OFFICIEL DU 6 JUILLET 1990 MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE L'EMPLOI RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉCRET

relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice

LE PREMIER MINISTRE,

SUR le rapport du ministre des affaires sociales et de l'emploi,

— VU le Code de la Santé Publique, notamment l'article L. 372,

— VU le décret no 74-112 du 15 février 1974, modifié notamment par le décret no 85-188 du 7 février 1985 portant création du diplôme d'État de psychomotricien,

— VU l'avis de l'Académie nationale de médecine,

Le Conseil d'État (section sociale) entendu,

DÉCRÈTE :

ARTICLE 1^{er} :

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

1) Bilan psychomoteur

2) Éducation précoce et stimulation psychomotrice

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,
- maladroitures motrices et gestuelles, dyspraxies,
- déficience 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.

ARTICLE 2 :

Peuvent accomplir les actes professionnels énumérés à l'article 1^{er} les personnes titulaires du diplôme d'État de psychomotricien.

ARTICLE 3 :

Peuvent également accomplir les actes professionnels énumérés à l'article 1^{er} les salariés ayant exercé, à titre principal et dans les conditions fixées à l'article 1^{er}, l'activité de psychomotricien pendant au moins trois ans au cours des dix années précédant la date de publication du présent décret et qui auront satisfait dans les trois ans suivant cette date à des épreuves de vérification des connaissances. Les modalités d'organisation, la nature du contenu de ces épreuves ainsi que la composition du jury sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du conseil supérieur des professions paramédicales.

ARTICLE 4 :

Le ministre des affaires sociales et de l'emploi et le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal Officiel de la République française.

Fait à Paris, le 28 avril 1988

PAR LE PREMIER MINISTRE,
LE MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI
LE MINISTRE DÉLÉGUÉ AUPRÈS DU MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET
DE L'EMPLOI CHARGÉ DE LA SANTÉ.

Organisations professionnelles:

SNUP – Syndicat d'Union Nationale des Psychomotriciens

AFEPP – Association Française des Etudiants et Professionnels en Psychomotricité

AFPIDC – Association Française des Psychomotriciens Intervenant en Douleur
Chronique

AFPL – Association Française des Psychomotriciens Libéraux

ANEP – Association Nationale des Etudiants en Psychomotricité

CALLIOPE

FFP – Fédération Française des Psychomotriciens

Global'Motricité

GREP – Graphomotricité et Rééducation de l'Écriture par les Psychomotriciens

OIPR – Organisation Internationale de Psychomotricité et de Relaxation

**Liste complète des associations et organisations professionnelles disponible
sur le site du SNUP:**

[http://snup.fr/annuaire/les-associations-et-organisations-professionnelles-en-
psychomotricite/](http://snup.fr/annuaire/les-associations-et-organisations-professionnelles-en-
psychomotricite/)

RESUME

La psychomotricité est une discipline récente qui s'est particulièrement développée au cours des dernières décennies. Cependant élaborer une définition commune reste complexe. Les étudiants peuvent alors rencontrer des difficultés pour construire leur identité professionnelle. Ce mémoire reviendra sur le contexte socio-culturel et philosophique qui a influencé l'émergence de cette discipline, puis la construction de la profession. Je décrirai ensuite les notions d'identité et les processus de professionnalisation. Enfin je détaillerai les perspectives d'évolution avant de proposer une définition, faisant la synthèse de ce travail.

Mots clés: Psychomotricité - Professionnalisation - Étudiant - Identité - Complexité - Subjectivité

SUMMARY

Psychomotricity is a recent discipline that has been developing mainly during the last decades. However, elaborate a common definition is still complex. The students may than meet difficulties to build their professional identity. This report will focus on the sociocultural and philosophical context that influence the emergence of this discipline and on the profession construction. I will describe after then identity notions and the professionalization processes. Finally, I will detail the evolution perspectives before proposing a definition, making the synthesis of this study.

Key words: Psychomotricity - Professionalization - Student - Identity - Complexity - Subjectivity