



HAL
open science

Psychomotricité préventive en milieu professionnel : connaissance du menu par corps à la cantine

Dominique Alexandre, Noémie Sibiril

► **To cite this version:**

Dominique Alexandre, Noémie Sibiril. Psychomotricité préventive en milieu professionnel : connaissance du menu par corps à la cantine. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03297763

HAL Id: dumas-03297763

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03297763v1>

Submitted on 23 Jul 2021

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

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



Institut de Formation en Psychomotricité de
la Pitié Salpêtrière
Faculté Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 Paris

Psychomotricité préventive en milieu professionnel :

Connaissance du menu *par corps* à la cantine

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

Dominique ALEXANDRE
Noémie SIBIRIL
Session de juin 2021

Référente de mémoire :
Mme VALENTIN LEFRANC Aude

Remerciements

Nous souhaitons ici remercier toutes les personnes qui nous ont encouragées et soutenues dans la construction de ce projet.

Madame Valentin Lefranc, pour sa rigueur, son professionnalisme et sa bienveillance à chaque étape de notre parcours.

Le Dr Carruel, notre tuteur interne, pour son écoute, son ouverture d'esprit à l'égard de nos propositions, la profonde humanité qu'elle communique.

L'ensemble des personnes qui nous ont accueillies à la Mairie et dans les deux écoles où nous sommes allées. Les agents que nous avons rencontrés, pour leur assiduité et l'intérêt qu'ils ont porté à notre projet.

Merci à Dimitri pour ses connaissances et ses conseils en informatique.

Le Dr Valléry Gérard, qui a eu la gentillesse de nous autoriser à reproduire certains schémas.

Ma fille Francine, pour sa patience envers sa maman, qui s'est montrée moins disponible pour elle au long de ces trois années, mais qui malgré tout m'encourage et me donne beaucoup d'amour.

Ma famille, sans oublier Gaël, Marc et Thierry qui m'ont encouragée et soutenue à chaque moment de ce cursus.

Bien sûr je remercie également ma binôme Noémie et nos collègues de promotion si présentes et réconfortantes.

À ma famille, mes parents et mon frère qui ont été d'un soutien sans faille à tous les niveaux et tout au long de mon parcours atypique.

À mes amies, mes futures collègues psychomot' et à Dominique pour ces belles années de formation qui, sans elles, n'auraient pas eu la même saveur.

Table des matières

Remerciements.....	2
Introduction.....	6
I. La recherche des ingrédients : Naissance du projet	8
A. Stage expérimental ? Quelle est cette dénomination ?.....	8
B. Comment cette idée de projet est-elle née ?.....	9
C. Les différents scénarios explorés quant au lieu de stage.....	11
D. Présentation et organisation du lieu de stage	12
1) Travail et entreprise	12
2) La Mairie	12
3) Les écoles	13
4) Les différents postes du service restauration.....	13
E. Qu'est-ce que la prévention ? Point de départ de la construction du projet.....	14
1) Que penseriez-vous d'une définition ?	14
2) Quels en sont les trois types ?.....	14
a) Prévention primaire : stade pré maladie.....	14
b) Prévention secondaire : stade des prémices de maladie.....	14
c) Prévention tertiaire : stade où la pathologie est installée.....	14
3) Quelle est la place de la psychomotricité et des psychomotriciens dans le champ de la prévention ?	16
F. Méthodologie : chronologie du projet, en amont et en aval.....	17
G. La cohorte.....	18
H. Observations qualitatives et quantitatives des recueils de donnée.....	18
1) Intérêt d'un questionnaire, qu'ont révélé les observations et prémices de construction des ateliers ?	19
2) Les questionnaires utilisés	20
a) Présentation.....	20
b) Résultats des questionnaires distribués en novembre 2020	21
II. L'entrée : Quels sont les aspects théoriques des problématiques repérées dans le recueil des données ?.....	27
A. Le stress.....	27
1) Quelle définition pouvons-nous en donner ?.....	27

2)	Modèle neurobiologique	27
a)	Les trois phases de ce syndrome	27
3)	Le stress comme objet d'étude : approche psychosociale	29
a)	Modèle interactionniste	30
b)	Modèle transactionnel	31
4)	Le stress comme objet d'étude : approches causalistes	33
5)	Le stress a-t-il une répercussion sur l'efficacité ou la performance ?	35
6)	Conséquences du stress sur la santé	35
B.	Les troubles musculo squelettiques (T.M.S)	37
1)	Quelle en est la définition ?	37
2)	Où se localisent-ils principalement ?	37
3)	Comment apparaissent-ils ?	38
4)	Que représentent-ils en chiffres ?	39
III.	Le plat principal : élaboration et réalisation des ateliers psychomoteurs	40
A.	Quelles distinctions entre médiation, activité physique et méthode ?	40
1)	Qu'est-ce qu'une médiation ?	40
a)	N'est-ce pas une notion juridique ?	40
b)	Pourquoi est-elle employée en psychomotricité ?	40
2)	Définition de l'activité physique :	41
3)	Qu'en est-il pour une méthode ?	42
B.	Choix des médiations en fonction de nos observations et des questionnaires	43
1)	La détente inspirée de la relaxation	45
2)	En quoi la méthode Pilates peut-elle être utile dans notre atelier ?	47
3)	Bénéfices supposés de ces deux médiations dans nos ateliers	50
a)	Définition du tonus et tonicité :	50
b)	Comment agissent les médiations proposées ?	50
c)	Pourquoi avons-nous choisi cet ordre de médiations et leurs répartitions ?	51
C.	Notre emploi du temps en tant que stagiaires dans les écoles	53
D.	Cadre et déroulement des ateliers	54
IV.	La garniture ou bilan des ateliers proposés	59
A.	Échelle de Stress Perçu	59

B.	Questionnaire Nordique	60
C.	Questionnaire évaluation finale : retours, bilan des participants	65
D.	Questionnaire évaluation finale : retours, bilan des non participants	66
E.	Questionnaire évaluation finale : retour du Médecin du travail.....	68
V.	Le dessert ou discussion.....	69
A.	Analyse des résultats résumés et arguments	69
B.	Biais organisationnels rencontrés au cours des ateliers	73
C.	Postures de stagiaires	74
	CONCLUSION.....	77
	ANNEXES.....	I
	Annexe I : Liste des tableaux et des figures présents dans le mémoire.....	II
	Annexe II : Décret de compétence du psychomotricien	IV
	Annexe III : Lettre pour les tuteurs interne et externe	V
	Annexe IV : Fiche de poste des agents mixtes	VI
	Annexe V : Questionnaire PSS	VIII
	Annexe VI : Questionnaire Nordique	IX
	Annexe VII : Questionnaire d'évaluation finale des ateliers des participants	XV
	Annexe VIII : Questionnaire d'évaluation finale des non participants.....	XVI
	Annexe IX : Questionnaire d'évaluation finale du médecin du travail	XVII

Introduction

Nous sommes Noémie et Dominique, étudiantes en troisième année de psychomotricité, respectivement en réorientation et en reconversion professionnelle. Pour terminer ces belles années d'études, nous avons fait le choix d'écrire ensemble un mémoire sur un projet préventif en milieu professionnel, dont nous retraçons les différentes étapes.

Lors de nos pratiques professionnelles respectives antérieures, dans la restauration pour Noémie, et l'exercice de l'ostéopathie pour Dominique, nous avons chacune ressenti corporellement l'intensité de l'engagement que celles-ci demandent, et la nécessité d'une bonne condition physique.

En effet, afin de financer ses précédentes études, Noémie a été amenée à occuper un poste dans la restauration où elle est parvenue à gérer la pression professionnelle finalement sur une courte période. Après cette expérience, elle s'est questionnée, notamment sur ce qu'il se passerait si ce stress devenait chronique au travail. En ce qui concerne Dominique, après plus de quinze années d'exercice libéral de l'ostéopathie, elle a aussi pu se rendre compte à quel point les personnes en activité salariée autant que libérale pouvaient être sollicitées tant physiquement que psychiquement. Avec des ressources inégales, chacun doit effectuer son travail, en restant le plus performant possible, en adéquation avec l'équipe si l'activité est salariée, sans que cela n'altère ses relations sociales, professionnelles et personnelles.

Grâce à ces trois années d'études pour le diplôme d'État de psychomotricien, nous avons pu découvrir différentes médiations, ainsi que les intérêts apportés par celles-ci aux patients mais plus largement aux pratiquants.

Raison pour laquelle, progressivement le souhait d'observer les salariés, leurs contraintes, les difficultés ressenties en entreprise s'est développé jusqu'à proposer un projet préventif à une Mairie francilienne.

En effet, le décret de compétences du psychomotricien de 1988, révisé en 1998¹, permet, en plus du champ du soin, d'intervenir en prévention et en éducation.

Nous avons envie de travailler sur cette question de la prévention, en proposant un projet dans le cadre d'un stage expérimental, modalité propre à l'IFP de la Salpêtrière, où un binôme ou trinôme d'étudiants en troisième année intègre une structure n'employant pas de psychomotriciens. Grâce aux tuteurs internes et externes, les étudiants observent les problématiques rencontrées par la population choisie et établissent un projet psychomoteur

¹ Cf *Infra* Annexe II, p. IV

adapté avec l'utilisation d'une ou plusieurs médiations. Dans notre cas, nous sommes intervenues auprès du personnel chargé de la restauration de deux écoles primaires les jeudi après-midi.

Notre hypothèse était que le stress ressenti au travail a un retentissement sur le corps physique et l'appareil psychique des salariés. L'intervention psychomotrice en entreprise peut probablement permettre à ces personnes de modifier leur perception du stress et leur adaptation à celui-ci, tout en diminuant l'apparition ou l'aggravation des troubles somatiques, musculo-squelettiques.

Les hypothèses émises seront évaluées par deux questionnaires, qui seront présentés dans la partie naissance du projet de notre mémoire.

A travers celui-ci, nous vous proposons de cheminer avec nous sur la construction d'un atelier psychomoteur auprès de personnels chargés de la restauration dans les écoles, en parallèle des différentes étapes d'un service.

Dans un premier temps, lors de la recherche de nos ingrédients, nous décrirons la naissance de ce projet, ainsi que la prévention mise en place dans les entreprises, par les médecins du travail et les équipes de direction. La construction progressive du projet sera détaillée, à travers l'observation des personnes volontaires sur leur poste de travail et les retours des questionnaires choisis.

Ensuite en deuxième partie, soit l'entrée, nous aborderons les aspects théoriques des variables repérées.

En troisième partie, nous présenterons le plat principal, avec la construction des ateliers, le choix des médiations, toujours grâce aux données apportées précédemment.

En quatrième partie, la garniture avec les bilans sur les différents questionnaires.

Enfin, en cinquième partie le dessert avec notre discussion finale.

<p>Nous vous proposons des frises chronologiques qui vous permettront de mieux situer les différentes étapes du projet marquées par des flèches rouges. Des encadrés à fond bleu résumeront les notions théoriques abordées et les encadrés à fond vert regrouperont les points importants qui ont guidé la construction de notre projet.</p>

I. La recherche des ingrédients : Naissance du projet

Comme nous l'avons exprimé dans l'introduction, nous avons choisi d'élaborer ensemble notre projet de fin d'études. Celui-ci se déroule dans le cadre d'un stage expérimental.

A. Stage expérimental ? Quelle est cette dénomination ?

Le stage expérimental est un dispositif exclusif à l'IFP de la Salpêtrière à Paris. Il permet aux étudiants de troisième année d'intégrer une structure de leur choix, où aucun psychomotricien n'exerce encore.

Un binôme ou trinôme d'étudiants doit se créer afin de construire et mener conjointement le projet.

Une liste de lieux de stages expérimentaux est fournie par l'IFP aux étudiants. Ceux-ci, en fonction, de leurs expériences antérieures, de leurs affinités, ou du domaine sur lequel ils souhaiteraient interroger leur raisonnement de futurs psychomotriciens, vont postuler auprès de l'une de ces structures. Ceci afin d'intervenir soit auprès des personnes qui sont en soins, soit pour les personnes qui y travaillent, à titre curatif ou préventif. Une convention de stage classique tripartite entre l'université, l'entreprise et chaque étudiant est signée. Dans notre cas, les services municipaux que nous avons contactés n'étaient pas référencés dans cette liste.

Sur le lieu de stage, comme il a été mentionné plus haut, aucun psychomotricien n'exerce, donc un tuteur interne² à la structure est choisi.

Un tuteur externe à l'établissement, Psychomotricien diplômé depuis plus de trois années, est également nécessaire afin d'apporter son expertise et sa validation sur toutes les propositions que les étudiants souhaitent mettre en place dans le cadre du stage.

En fonction des observations préalables de la population définie soit dans son cadre de soins, soit sur son lieu de travail, les étudiants, en accord avec leurs tuteurs externes et internes, vont développer un projet de recherche psychomoteur, en fonction des problématiques rencontrées par leur population. Ils choisissent également une ou plusieurs médiations qui leur semblent adaptées aux possibilités physiques des participants en étant appropriées quant aux grandes fonctions psychomotrices que celles-ci mobilisent.

Le binôme a l'obligation d'être inscrit à un groupe d'analyse de pratiques mensuel, conduit par un Psychomotricien D.E. Chaque étudiant se trouve réparti dans un groupe différent afin de pouvoir exprimer librement ce qui pourrait le déranger au cours de cette intervention.

² Cf, *Infra* Annexe III, p. V

L'objectif d'une telle démarche est bien sûr d'accroître son autonomie de futur professionnel avec la contenance de professionnels confirmés, mais également de faire connaître la psychomotricité dans des domaines où elle n'est pas spontanément envisagée. Cela favorise l'élargissement de la reconnaissance du champ de compétences des psychomotriciens, avec potentiellement une réflexion sur la poursuite de l'intervention si elle a été perçue intéressante par les participants et la Médecine du travail.

En ce qui nous concerne, la **Médecin du travail de la ville**, qui avait accueilli favorablement notre intervention a spontanément accepté le rôle de **tuteur interne**. **Madame Valentin-Lefranc, Psychomotricienne D.E** et coordinatrice pédagogique à l'IFP de la Salpêtrière, accepta de nous guider dans cette aventure en tant que **tuteur externe**.

B. Comment cette idée de projet est-elle née ?

Nous nous sommes toutes les deux rencontrées lors de notre deuxième année de formation en psychomotricité où nous étions dans le même groupe de travaux dirigés. Une amitié est née entre nous malgré nos différences, notamment de parcours. Nous nous sommes mutuellement soutenues pendant nos révisions, nous avons même pris l'habitude de travailler ensemble et de nous encourager à plusieurs centaines de kilomètres de distance, confinement oblige ! Durant l'été 2020, l'idée d'un projet préventif a d'abord germé chez Dominique puis s'est développée chez Noémie. Celle-ci a pris forme à partir de nos expériences professionnelles respectives ainsi que de nos réflexions communes sur l'intérêt des médiations que nous avons expérimentées depuis notre reprise d'études vers la profession de psychomotricien.

En effet, en parallèle de ses précédentes études en langues étrangères, Noémie a occupé un poste dans la restauration rapide connu pour solliciter physiquement et nécessiter une bonne gestion du stress. Mais quel est l'impact psycho-corporel du stress quand celui-ci devient chronique ? Quel est le rôle du psychomotricien dans le champ de la prévention en milieu professionnel ? Nous connaissons le rôle du psychomotricien pour intervenir préventivement auprès notamment des jeunes enfants ou des sujets âgés. Il demeure moins connu en milieu professionnel mais rentre également dans son champ de compétences. Dans ce dernier cas, comment le psychomotricien construit sa place auprès des employés lorsqu'elle n'est pas forcément attendue ? Au regard de sa poursuite d'études en psychomotricité et de son expérience passée, Noémie a alors souhaité répondre aux questions qu'elle se posait à travers ce projet préventif. D'autant plus qu'après avoir découvert certaines médiations corporelles au cours de notre formation, elle était convaincue de l'intérêt de celles-ci pour favoriser l'équilibre psycho-corporel des employés en milieu professionnel.

La reprise d'études de Dominique en psychomotricité a été fortement influencée par un besoin de changement de paradigme sur l'approche du corps dans le soin, en étant toutefois

complémentaire de sa formation initiale. Au départ, celle-ci avait un abord très mécanique, complétée par un master en biomécanique humaine et ergonomie, progressivement il lui semblait évident que d'autres mécanismes étaient à l'œuvre dans l'apparition de certaines douleurs ou pathologies. Malgré les cours de psychologie qu'elle avait eus à travers son cursus, ils lui semblaient insuffisants pour leur compréhension. Dominique ressentait également les tensions liées au travail très présentes à certains moments au niveau de son organisme, en parallèle elle les constatait cliniquement chez ses patients. De là, un besoin, mêlé d'une envie d'approfondir l'a spontanément amenée à la psychomotricité. Son approche des patients est désormais "composite", en considérant à la fois le contexte environnemental, les potentielles origines mécaniques macro ou micro traumatiques en ajoutant l'aspect psycho-affectif, neurologique (développemental, atteinte brutale (type AVC) ou dégénératif). Les problématiques que ceux-ci rencontrent au niveau de leur motricité semblent être des combinaisons de ces variables dont le pourcentage se détermine en fonction de chaque personne.

La pression psychique et physique que nous avons préalablement ressentie lors de nos expériences, a attisé nos réflexions sur les bénéfices supposés d'une intervention en entreprise. Notamment en ce qui concerne la gestion du stress, désormais reconnu comme un des principaux risques psycho-sociaux, ainsi que sur la prévention des Troubles Musculo Squelettiques (T.M.S), grand sujet de préoccupations en Médecine du travail.

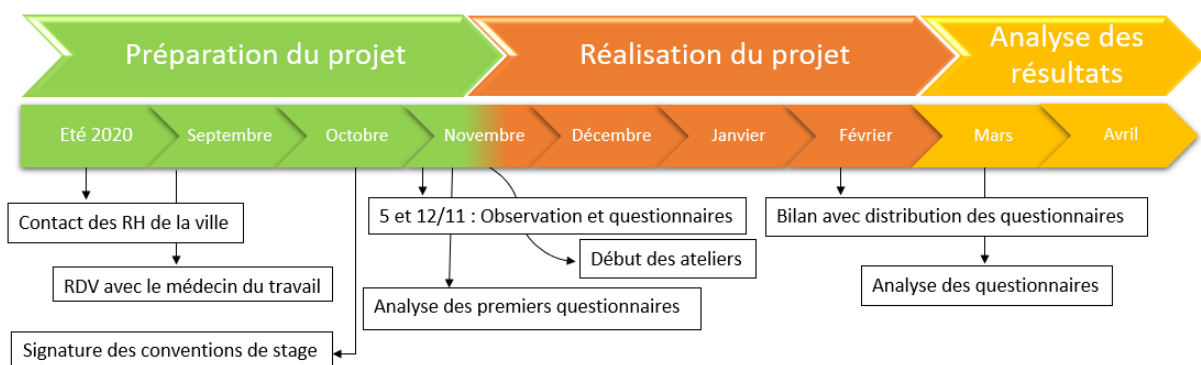


Figure 1 : Chronologie du déroulement du projet

La frise ci-dessus représente les différentes étapes de notre projet qui s'est développé à partir de l'été 2020 jusqu'à la fin juin 2021.

C. Les différents scénarios explorés quant au lieu de stage

Initialement nous souhaitions mettre cette idée à l'œuvre auprès des personnels soignants d'un Hôpital, afin de les soutenir de notre mieux à traverser la crise sanitaire actuelle. Après le rendez-vous avec la Médecine du travail de l'Hôpital qui était favorable à la mise en place d'un stage de ce type, plusieurs grosses problématiques venaient troubler la réalisation. D'une part, en pleine crise sanitaire, elle avait ciblé le service des urgences, ce qui semblait des plus adaptés vu leurs contraintes, cependant nous n'aurions eu que quinze minutes de séance en salle de pause, seulement sur des chaises. D'autre part, cela modifiait considérablement notre projet, il nous était explicitement demandé d'effectuer des séances de relaxation, sans certitude que les personnes aient le temps nécessaire à la détente. Il n'y avait dans cette demande aucune recherche spécifique d'un programme psychomoteur établi en fonction des besoins des personnes, et on nous imposait une technique à réaliser. Cela nous semblait donc irréalisable dans ce type de structure au vu des conditions sanitaires et de leurs exigences très restrictives.

Nous avons alors beaucoup réfléchi à l'entreprise la plus pertinente où proposer ce projet, il nous en fallait une suffisamment importante en nombre de salariés.

Nous avons donc contacté la direction des ressources humaines d'un hypermarché, qui n'a pas donné suite.

Puis nous avons appelé les ressources humaines de la Mairie d'une ville d'Ile de France.

La personne chargée des sports, qui nous a répondu en plein mois de juillet 2020 a tout de suite été intéressée par le sujet, et nous a orientées auprès de la Médecin du travail de la ville, elle-même très sensible aux conditions de travail des salariés, à leur bien être afin de rendre les tâches, même les plus fastidieuses, les moins pénibles possibles. Cette proposition a immédiatement suscité son enthousiasme. Depuis de nombreuses années elle a été amenée à constater un stress important avec des répercussions sur la santé des employés, notamment des Troubles Musculo Squelettiques (TMS). Nous avons eu plusieurs rendez-vous avec elle afin de cibler la population nécessitant le plus ce genre d'atelier. Spontanément, elle a identifié les agents techniques des écoles de la ville, en considérant la pénibilité de leurs tâches quotidiennes, le temps qu'il leur est imparti pour les réaliser ainsi que leur condition physique et leurs possibilités d'accéder aux différentes activités que la ville propose déjà à ses salariés.

Le chargé de prévention de la ville a fait des formations PRAP (Prévention des Risques liés à l'Activité Physique, gestes et postures) à de nombreux agents des écoles et la ville avait mis à la disposition des agents trois créneaux d'accès gratuits en salle de sport dans un gymnase le mardi soir, le jeudi soir et le samedi matin (avec un prof de sport sur place). Malheureusement, avec la crise sanitaire, le gymnase a dû fermer, et ils ne disposaient plus de ces avantages, même si ceux-ci ne fédéraient pas non plus le maximum d'agents.

Il fallait trouver alors le créneau hebdomadaire et horaire le plus judicieux afin que le plus d'entre eux puisse bénéficier de cette intervention, qui de surcroît ne nécessitait pas de déplacement supplémentaire pour eux.

D. Présentation et organisation du lieu de stage

1) Travail et entreprise

L'étymologie du mot travail dérivé du latin « tripalium », signifie un instrument de torture à trois pals. Dans l'évolution moderne de celui-ci, la souffrance est plutôt devenue secondaire, laissant place à la notion de labeur, apportant une valeur marchande à son producteur. Jusqu'à devenir une activité professionnelle rémunérée, réalisée en entreprise, ou organisation économique de production de biens et services destinés à la consommation.

Les entreprises semblent prises à l'heure actuelle dans un engrenage surprenant, rattrapées par une nécessité de rentabilité, souvent au détriment du facteur humain. Cependant avec l'apparition de nouvelles pathologies ou symptômes, en partie liées au travail, une prise de conscience, ainsi qu'une néo considération du facteur humain, semblent se mettre en place depuis quelques années. Ainsi, de nombreux dispositifs pour favoriser une meilleure qualité de vie au travail sont proposés, notamment des salles de repos avec canapé, des jeux collectifs, des « journées cohésion » pour consolider les liens entre les employés et la hiérarchie. En 2015, l'Institut de veille sanitaire (actuel Santé Publique France) annonçait 480000 salariés en souffrance psychologique associée au travail, dont 7% de burn out³ soit 30000 personnes. L'outil psychométrique le plus souvent employé pour en mesurer l'intensité est le Maslach Burn out Inventory (MBI).

Les droits concernant la santé des salariés, avec obligation des employeurs à assurer la sécurité et préserver la santé de leurs employés ont marqué un pas décisif pour la prévention.

Selon l'article L. 4121-1 du code du travail, l'employeur a le devoir de prendre « (...) *les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs* », sous peine de risque pénal (Cité par Anaïs Eudier, 2017).

2) La Mairie

Collectivité territoriale dont le but est de veiller aux besoins quotidiens de ses administrés, ses principales missions sont l'état civil, l'urbanisme et le logement, les écoles, équipements, les activités culturelles, la santé et aide sociale, la police ...L'équipe municipale dont elle est constituée (Le Maire, les adjoints et les conseillers municipaux), élue par les citoyens, prend

³ Introduit en 1959 par le psychiatre français Claude Veil, en tant que concept d'épuisement professionnel (Chapelle, 2018)

des décisions, signant ainsi le caractère autonome des collectivités locales représentées par les communes, petites portions délimitées du territoire français (environ 36000).

La Mairie qui nous accueille en tant que stagiaires représente l'organe décisionnel d'une commune d'environ 60000 habitants de l'est francilien.

3) Les écoles

La ville compte 21 groupes scolaires élémentaires, dont deux d'entre eux nous ont permis de construire notre projet.

Chaque groupe dispose de son service de restauration, auprès duquel nous avons été dirigées, au vu de leurs besoins déjà en partie repérés par la Médecine du travail.

4) Les différents postes du service restauration⁴

- Agent mixte
- Responsable de secteur
- Responsable et adjoint d'office
- Coordinateur des offices
- Responsable et adjoint du service restauration-Intendance-Economat

Les personnes venues à nos ateliers étaient soit agents mixtes, soit responsables d'office. Voici ci-dessous le résumé de leurs principales missions :

Les agents mixtes assurent :	Les responsables d'office se chargent de :
<ul style="list-style-type: none"> • Le service des repas, • L'entretien des locaux et du mobilier de restauration • L'entretien des locaux et du mobilier des écoles élémentaires • L'entretien des accueils de loisirs maternels et élémentaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonner les équipes, • Gérer les commandes de fournitures, matériels et leurs réceptions, • Assurer le service des repas.

Tableau 1: Missions des agents

⁴ Cf *Infra* Annexe IV, p.VI

Afin de mieux situer notre action dans ce projet et nous aider dans sa construction, nous avons besoin de revenir avec vous sur certaines notions, dans un premier temps sur la prévention.

E. Qu'est-ce que la prévention ? Point de départ de la construction du projet

1) Que penseriez-vous d'une définition ?

Le site Santé Travail rappelle la définition de la prévention donnée par l'OMS en 1948 comme étant « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Nous sommes ici dans le domaine de la santé, dont il nous semble intéressant de redonner la définition proposée toujours par l'OMS, comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1998)

2) Quels en sont les trois types ?

a) Prévention primaire : stade pré maladie

Toutes les conduites menées afin de diminuer l'apparition de nouveaux cas d'une maladie sur une période et une population donnée (incidence). En amont des risques, stress entre autres, elles cherchent à les supprimer ou les réduire. Elle est surtout orientée sur l'organisation du travail.

b) Prévention secondaire : stade des prémices de maladie

Toutes les conduites pour diminuer le nombre de nouveaux et anciens cas d'une pathologie à un moment donné (prévalence). Ces actions tendent à diminuer les facteurs de risques de survenue des pathologies. Celle-ci est axée sur le développement des moyens de protection.

c) Prévention tertiaire : stade où la pathologie est installée

Les actions sont menées en aval de l'apparition de la problématique pour en limiter les impacts sur les individus et sont surtout centrées sur ceux-ci.



Figure 2: Les trois principaux types de prévention⁵

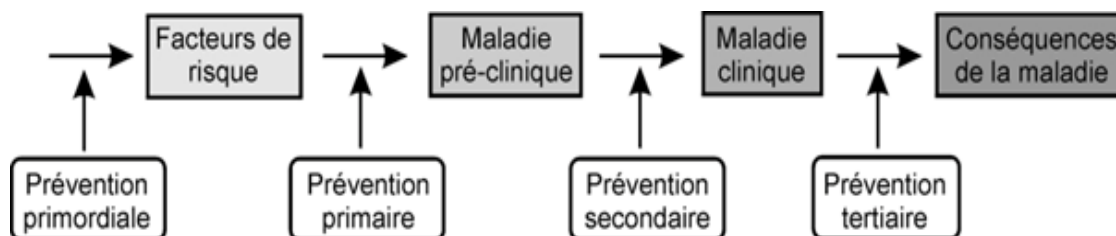


Figure 3: Les différents types de prévention⁶

« Pour le psychomotricien, l'action en prévention secondaire et tertiaire consisterait en une intervention sur une maladie ou un handicap déjà identifié et reconnu. Il permettrait le développement et le maintien des capacités psychomotrices de chaque sujet dans le but de soutenir les dimensions affectives, motrices et cognitives, et ainsi éviter l'aggravation du trouble et l'apparition des comorbidités psychoaffectives ». (Valentin-Lefranc, A. Pavot-Lemoine, C., 2015, p.101).

⁵ <https://www.santetravail-fp.fr/comprendre/les-trois-niveaux-de-prevention-des-rps>, *lefacteurhumain.com*

⁶ <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/217/c15-2.jpg?sequence=55&isAllowed=y>

Résumé :

- Trois niveaux de prévention : **primaire, secondaire, tertiaire**
- Plus l'**intervention psychomotrice est précoce, plus l'intégrité psychocorporelle des individus pourra être préservée** par une prise de conscience corporelle ainsi qu'une autonomie de gestion des capacités.
- Ce **rappel théorique nous permettra de positionner notre action** en fonction de nos observations et des réponses aux questionnaires que nous détaillerons par la suite.

3) Quelle est la place de la psychomotricité et des psychomotriciens dans le champ de la prévention ?

Plusieurs mémoires pour l'obtention du D.E en psychomotricité ont été effectués en entreprise, dans un but préventif, nous pourrions citer celui d'Anaïs Limacher, « Et si la Psychomotricité intervenait en entreprise ? » (2015), qui a, à travers son vécu de salariée, a observé les besoins de ses collègues et proposé des séances de relaxation au sein de son entreprise. Elle avait quantifié son étude par l'analyse des questionnaires de Karasek et Siegrist, basés respectivement sur la demande de travail par rapport à l'autonomie et l'effort fourni par rapport à la récompense obtenue.

En tant que futures psychomotriciennes, nous souhaitons intervenir plus au niveau du ressenti de la personne, sur la manière dont elle perçoit son corps et comment arriver à moduler cette perception.

Le mémoire de Anaïs Eudier, « Réflexion sur la prévention des risques psychosociaux en entreprise : quelle place pour la psychomotricité ? » (2017), situe assez justement la place du psychomotricien en entreprise, d'une part dans un rôle de conseil sur les gestions d'espace, de temps intervenant sur les relations interpersonnelles (en reconnaissant toutefois les limites professionnelles nécessitant une pluridisciplinarité). D'autre part, elle souligne le rôle psychomoteur « d'intériorité, de recentrage, et de découverte de soi », indispensable à tout individu.

Quant à Astrid Simon, « Le travail du psychomotricien auprès des salariés pour prévenir les risques psychosociaux » (2020), lors de son explication des axes de prise en compte du stress en entreprise, elle évoque un quatrième axe centré sur l'individu, avec intervention psychomotrice pour permettre une meilleure gestion du stress et adaptabilité à celui-ci. Elle a construit son intervention autour de la relaxation, d'auto massages, d'ergomotricité, de stretching, d'eutonie, de danse et mime. Après l'obtention de son D.E de psychomotricien en

2020, Astrid Simon, désormais employée dans un EHPAD, réalise des ateliers préventifs pour les personnels soignants de cet établissement.

La **prévention en entreprise** repose en partie sur la **détection** des risques psychosociaux, notamment le stress, d'où **notre intérêt de quantifier la manière dont les salariés le perçoivent**.

F. Méthodologie : chronologie du projet, en amont et en aval



Figure 4: Chronologie de la préparation du projet

Nous souhaitons pouvoir débuter le projet mi-septembre, afin de laisser aux salariés le temps de reprendre leurs marques. Nous avons initié les démarches début juillet, les rendez-vous successifs avec la Médecin du travail se sont déroulés début septembre, avec ensuite la chef de service des agents techniques de la ville pour lui exposer le projet. Un temps de réflexion lui a été nécessaire pour mesurer la faisabilité de celui-ci, son aval pour le démarrage nous amena début octobre. Or les vacances de la Toussaint commençant mi-octobre, auxquelles sont soumises les agents, nous ont permis de commencer le 5 novembre 2020.

Il était décidé que le stage se déroulerait tous les jeudis après-midi à partir de novembre 2020. Deux écoles pilotes de la ville furent choisies pour nous recevoir.

Nous sommes allées, présenter notre future intervention aux agents durant leur pause déjeuner, accompagnées par la Médecin du travail, qui a beaucoup soutenu notre projet en insistant sur les bénéfices supposés d'une intervention de ce genre.

Nous avons rédigé une brève note écrite afin de leur expliquer l'intervention, ainsi qu'un planning sur lequel ils pouvaient s'inscrire d'une semaine sur l'autre.

G. La cohorte

Comme nous l'avons expliqué précédemment, les agents techniques du service restauration des écoles de la ville étaient donc repérés par la Médecine du Travail comme les plus indiqués pour participer à notre étude. D'une part parce qu'ils présentent selon elle des T.M.S avec des tâches relativement pénibles et répétitives, dans un laps de temps d'exécution très condensé.

D'autre part, parce que parmi les employés municipaux, ce sont probablement eux qui ont le moins accès aux diverses propositions que la ville met à disposition de ses employés. Ceux-ci sont recrutés par le chef de service, son adjoint ou la coordinatrice des offices.

Initialement, nous souhaitions avoir un groupe témoin et un contrôle dans chaque école, de dix personnes chacun. Or, force fut de constater que ce n'était pas réalisable. Nous avons donc réalisé un seul groupe de personnes dans chaque école, celui des participants, le groupe qui aurait dû être « contrôle », le nombre de participants dans chaque école était fluctuant d'une à cinq personnes.

Vu l'analyse de la Médecin du travail, elle nous orienta auprès du service restauration de deux écoles de la ville. Selon ses constatations, les agents techniques souffrent de TMS de manière significative. De plus, le temps dont ils disposent pour effectuer leurs missions, aggravé par la répartition supplémentaire de leur quantité de travail, due à l'absentéisme pour des motifs variés, les exposait à un stress incontestable.

Nous avons donc **deux variables préalablement identifiées : les TMS et le stress** que nous avons cherché à quantifier.

H. Observations qualitatives et quantitatives des recueils de donnée

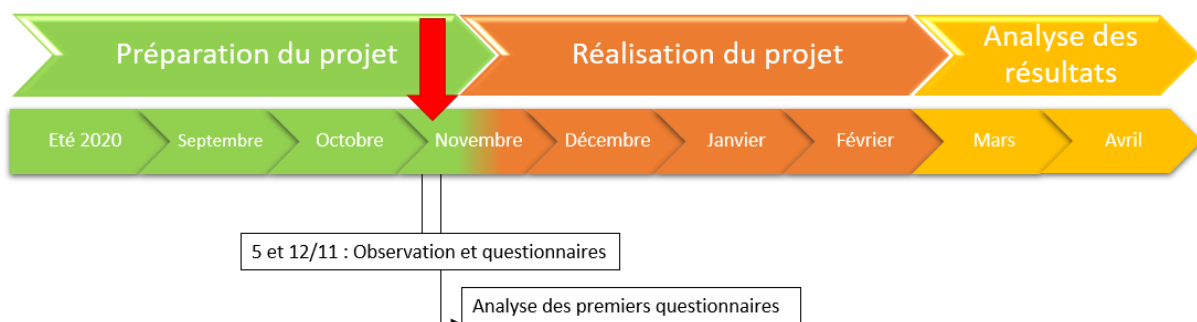


Figure 5: Chronologie des observations et des questionnaires

- 1) Intérêt d'un questionnaire, qu'ont révélé les observations et prémices de construction des ateliers ?

Au départ, nous avons effectué **deux après-midis d'observation des volontaires au niveau de leur poste de travail**, le 5 et 12 novembre, afin d'appréhender au mieux la gestuelle des personnes, leur fonctionnement, pour nous permettre d'orienter nos séances au plus près de leurs besoins.

Voici les tâches effectuées au cours d'une journée de travail par les agents techniques, présentées ici sous la forme d'un tableau :

Journée de travail		Observations des articulations sollicitées
10 :00	Préparation des tables et mise en place du service	
10 :30		
11 :00		
11 :30	Service des repas	
12 :00		
12 :30		
13 :00		
13 :30	Rangement et nettoyage de la cuisine et du réfectoire	
14 :00		
14 :30		
15 :00	Pause déjeuner des employés	
15 :30		
16 :00		
16 :30		
17 :00	Rangement et nettoyage des salles de classe	
17 :30		
18 :00		
18 :30		
18 :45		

Observations des articulations sollicitées

- Epaule :**
 - Antépulsion
 - Rotation Interne
 - Adduction
- Coude :**
 - Flexion-Extension
 - Pronation
- Main :**
 - Flexion
 - Adduction
 - Rotation Interne
- Cervicales :**
 - Extension
 - Rotations
- Dorsales :**
 - Flexion
- Lombaires :**
 - Flexion

Tableau 2: Emploi du temps des agents et observations

La même gestuelle était relevée dans les deux écoles. Chaque personne a des tâches imparties, sur lesquelles peuvent s'en ajouter d'autres en fonction des absences de personnel du jour, dans le même temps exigé. Ceci augmentant donc les contraintes mécaniques, le stress ressenti et la fatigue. Les premières constatations effectuées par la Médecine du travail se confirmaient qualitativement, il nous fallait donc les quantifier.

2) Les questionnaires utilisés⁷

a) Présentation

Nous nous sommes donc orientées vers les deux questionnaires suivants afin de quantifier ces deux paramètres : la perception du stress et les Troubles Musculo Squelettiques.

- L'échelle de stress perçu (Perceived Stress Scale, PSS)⁸ ; Elle mesure « l'importance avec laquelle des situations de la vie sont généralement perçues comme menaçantes, c'est-à-dire comme non prévisibles, incontrôlables et pénibles » (INRS, 2011). Elle permet d'évaluer le niveau émotionnel dû à la perception de l'insuffisance de ressources personnelles pour affronter les stress rencontrés. Le PSS quantifie donc l'aspect transactionnel défini par Lazarus et Folkman, cité dans les aspects théoriques du stress.

Le PSS existe en deux versions, soit à quatorze, soit à dix items. Nous avons choisi la version à dix pour être la plus facilement utilisable auprès des salariés, celle-ci étant reconnue, toujours par l'INRS, comme ayant les meilleures qualités psychométriques et la plus économique au vu du nombre d'items, avec un temps de passation estimé à cinq minutes.

- Le questionnaire Nordique⁹, outil standardisé, fréquemment utilisé en médecine du travail pour le dépistage des TMS. Il comporte des questions générales personnelles (âge, sexe, poids, latéralité...), et des questions orientées sur le rachis lombaire, les épaules et le cou.

Il y a une quantification de la gêne perçue, d'une potentielle impotence fonctionnelle pouvant conduire à un arrêt de travail sur les douze derniers mois ainsi que la fréquence de ces troubles sur cette même période.

Les résultats de ce questionnaire nous permettent de voir s'il y a ou non des TMS dans notre population cible d'une part. D'autre part, cela nous permet d'ajuster nos propositions au niveau des médiations proposées, afin de ne pas demander un effort trop important à une zone qui serait en souffrance (prévention secondaire ou tertiaire), ou de repérer justement les zones qui sont fortement sollicitées par l'observation du poste de travail mais qui ne présentent pas de symptômes (prévention primaire).

⁷ Cf. *infra*, Annexe V p. VIII et Annexe VI p. IX

⁸ Développée par Cohen et Williamson en 1988

⁹ Développé par Kuorinka et al en 1987

Ces deux questionnaires ont été distribués aux participants, une fois avant le début de la mise en place de l'atelier, afin de cibler les besoins des personnes, conjointement à nos observations des deux premières séances sur les postes de travail, et fin février pour constater une éventuelle différence dans les réponses.

b) Résultats des questionnaires distribués en novembre 2020

b.1 Echelle de stress perçu (PSS)

Question 1 (Q1) : Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?

Question 2 (Q2) : Au cours du dernier mois, combien de fois vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?

Question 3 (Q3) : Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti nerveux ou stressé ?

Question 4 (Q4) : Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti confiant à prendre en main vos problèmes personnels ?

Question 5 (Q5) : Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?

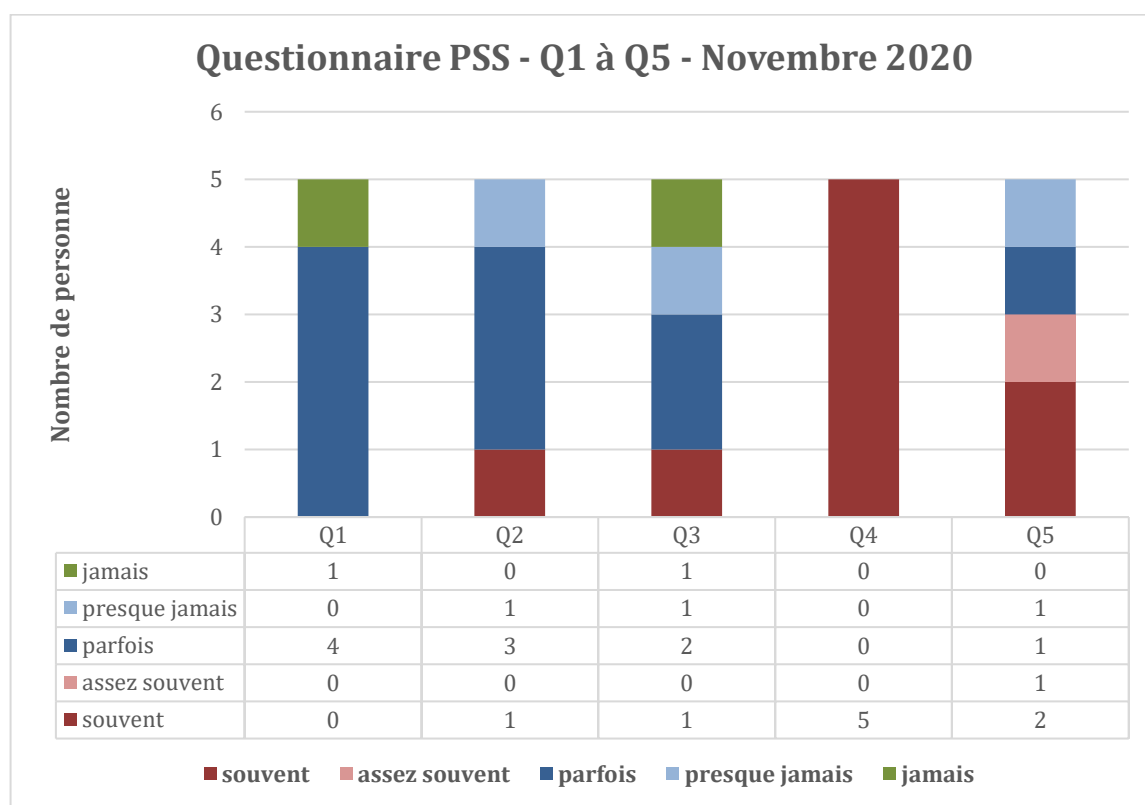


Figure 6: Graphique des résultats PSS - Novembre 2020

Question 6 (Q6) : Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?

Question 7 (Q7) : Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?

Question 8 (Q8) : Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation ?

Question 9 (Q9) : Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti irrité parce que les éléments échappaient à votre contrôle ?

Question 10 (Q10) : Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?

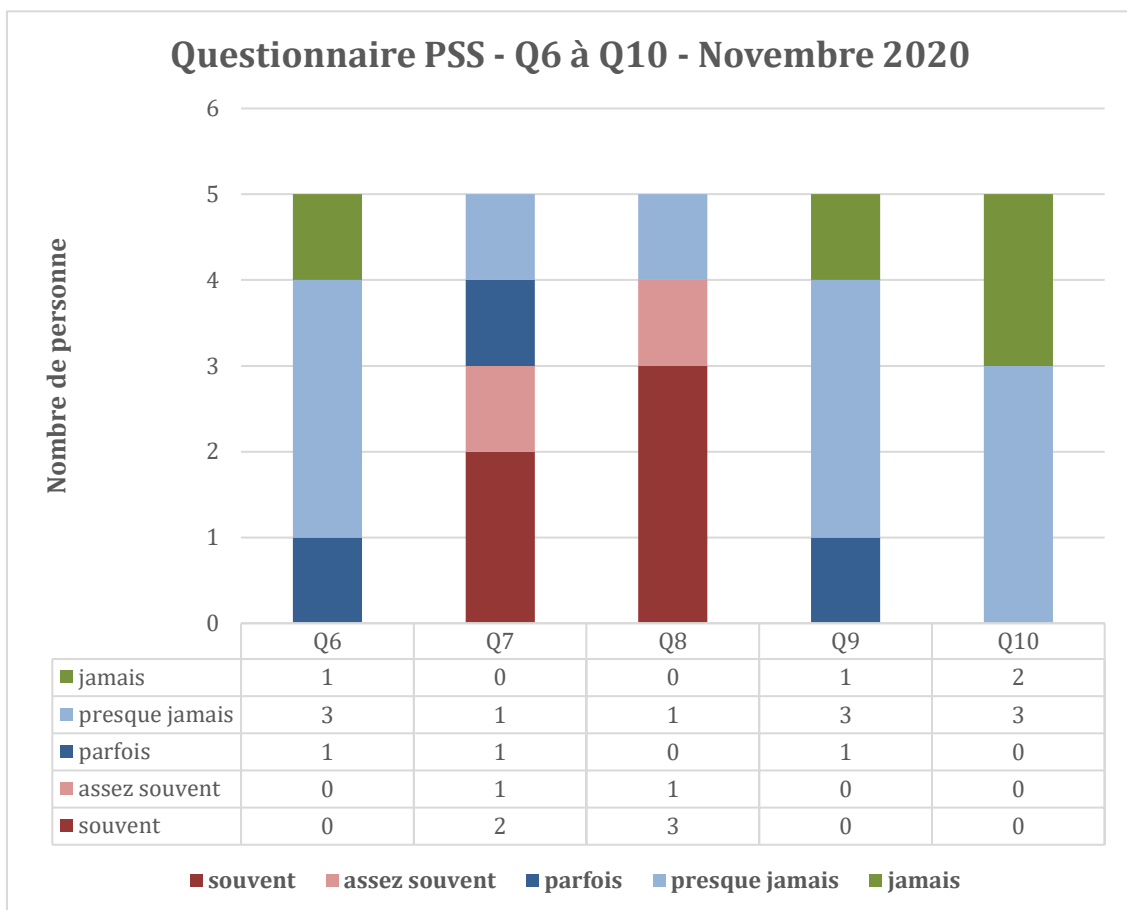


Figure 7: Graphique des résultats PSS - Novembre 2020

	Personne A	Personne	Personne C	Personne D	Personne E
Total	34	30	28	30	33

Tableau 3: Total individuel PSS - Novembre 2020

Un total supérieur à 27 indique un niveau de stress élevé. Nous avons donc la preuve quantifiée individuellement des observations réalisées précédemment. En termes de prévention du stress, nous sommes donc en phase de prévention secondaire voire tertiaire en fonction de la durée depuis laquelle ce stress est présent.

b.2 Questionnaire Nordique (TMS)

Les informations présentées ci-dessous, concernent les agents techniques chargés de la restauration qui se sont portés volontaires pour notre projet, et ont été obtenues à partir de la première page du questionnaire.

<u>Informations générales sur les volontaires de notre étude</u>					
	Personne A	Personne B	Personne C	Personne D	Personne E
Sexe	F	F	F	H	F
Âge	32	50	28	34	39
Taille	165	170	170	173	165
Poids	68	Non Renseigné (NR)	60	65	103
IMC⁸	24,97	NR	20,76	21,71	37,83
Latéralité	D	D	D	D	D
Profession	Agent Mixte (AM)	AM	AM	Responsable	AM
Ancienneté	Embauché en octobre 2020	9 ans	1 an	8 ans (dont 3 ans à ce poste)	Embauché en septembre 2020
Position de travail	100% debout	100% debout	100% debout	100% debout	100% debout

Tableau 4: Informations générales sur les volontaires

Question 1 (Q1) : pendant les 12 derniers mois, avez-vous ressenti un trouble (gêne, douleur, souffrance, engourdissement etc.) ?

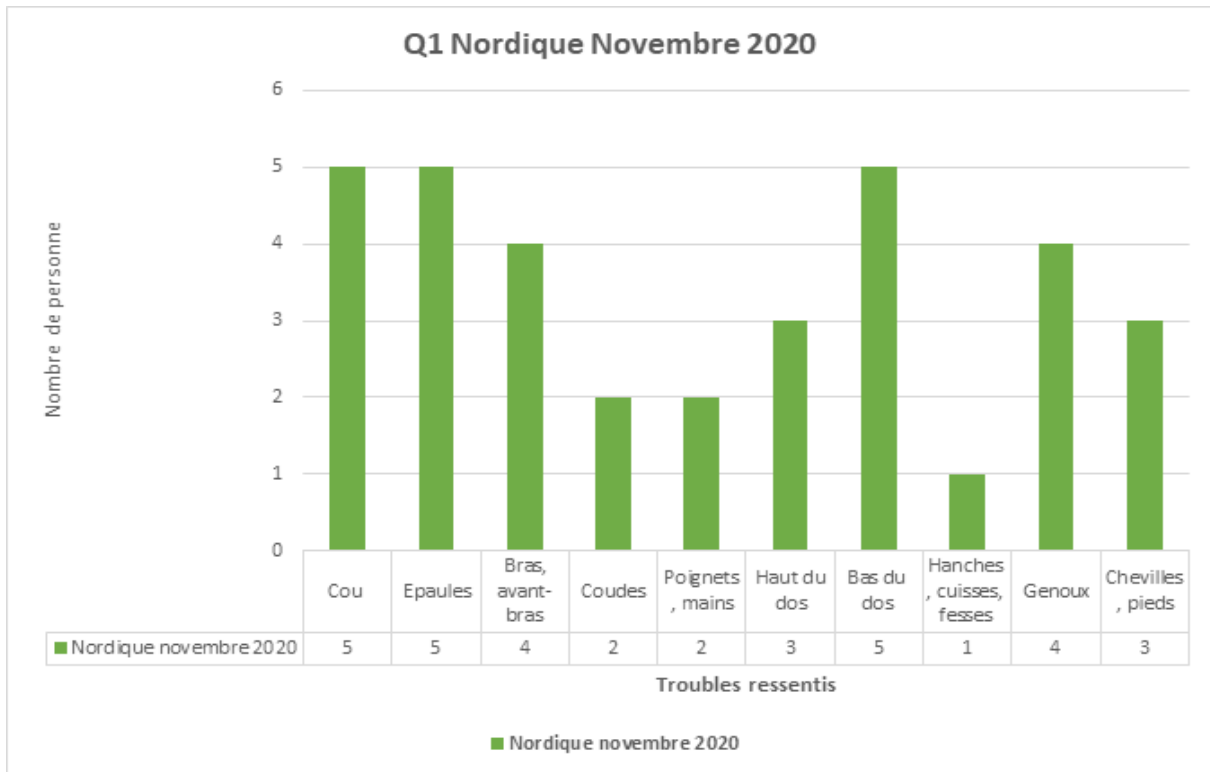


Figure 8: Graphique résultats Q1 Nordique - Novembre 2020

Encore une fois les résultats du questionnaire viennent confirmer les observations initiales de la Médecine du travail, ainsi que les articulations que nous avons observées comme les plus sollicitées.

En effet, un trouble au niveau du cou, des épaules et bas du dos a été ressenti lors des douze derniers mois chez 100% des participants. Et sur les bras, avant-bras et genoux chez 80% d'entre eux.

Question 2 (Q2) : pendant les 12 derniers mois, cela vous a-t-il empêché de faire les activités normales (ménage, loisirs, jardinage etc.) ?

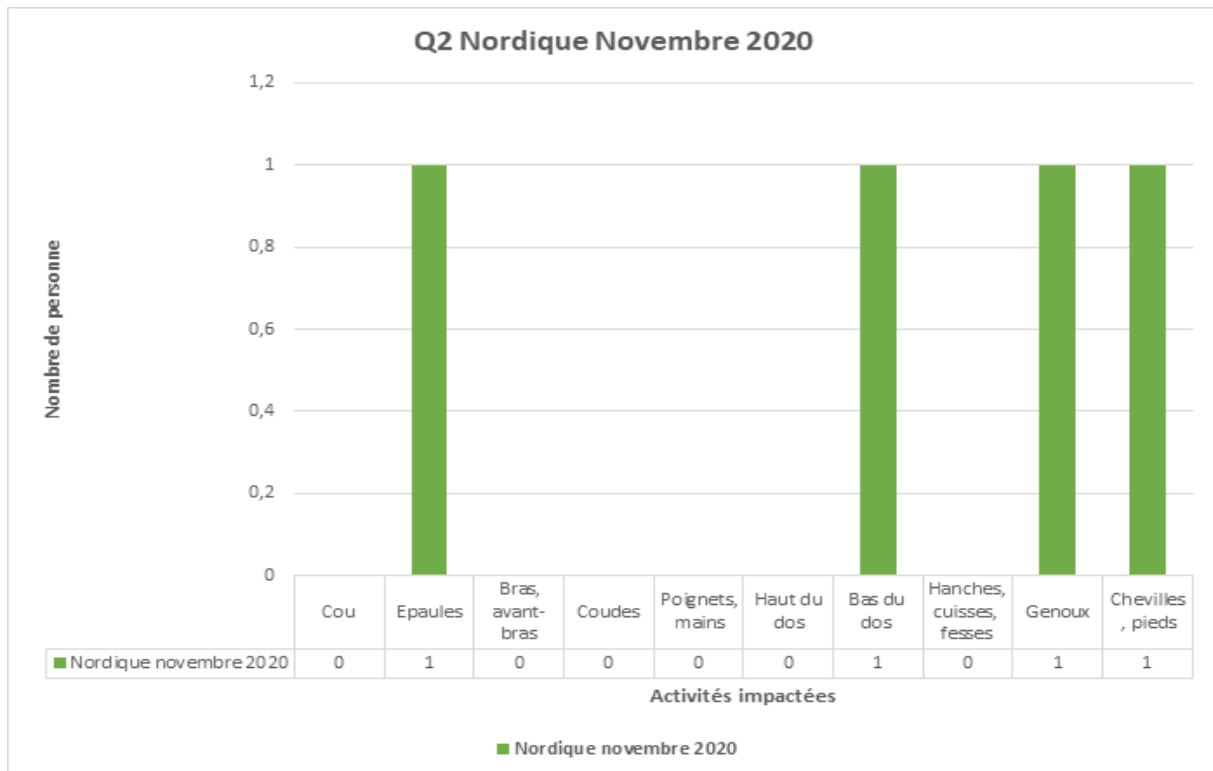


Figure 9: Graphique résultats Q2 Nordique - Novembre 2020

Cependant cela ne semble pas avoir généré d'incapacité dans la réalisation des tâches quotidiennes sauf pour 20% d'entre eux, surtout au niveau des épaules et du bas du dos.

Question 3 (Q3) : pendant les 12 derniers mois, cela a-t-il causé un arrêt de travail ?

Ces troubles n'ont entraîné aucun arrêt de travail dans les douze derniers mois chez nos participants.

Question 4 (Q4) : pendant les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous ressenti cette douleur ?

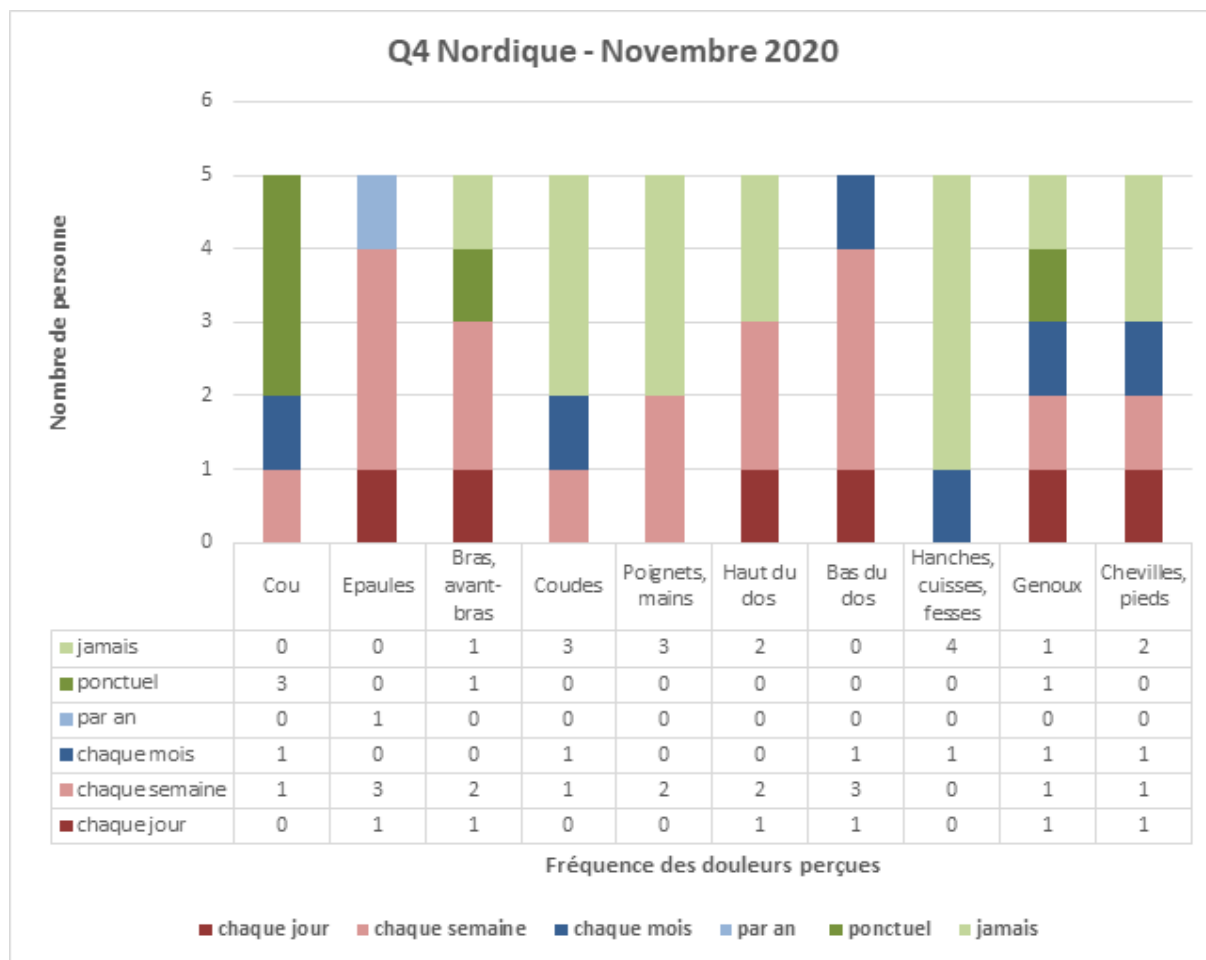


Figure 10: Graphique résultats Q4 Nordique - Novembre 2020

Quant à la fréquence de ces troubles, aucun des participants n'a jamais eu mal où que ce soit durant les douze derniers mois, 60% d'entre eux présentent des douleurs ponctuelles au niveau du cou, 20% au niveau des bras, avant-bras et 20% au niveau des genoux. Au moins une fois par mois, 20% ont eu respectivement des gênes au niveau du cou, des coudes, bas du dos, hanches/cuisses/fesses, genoux. Lorsque l'on passe à plusieurs fois par semaine, 60% ont mal aux épaules et bas du dos, 40% ont mal aux poignets/mains, bras/avant-bras, et 20% au cou et coudes. La répartition quotidienne des douleurs semble assez homogène avec 20% au niveau des épaules, bras/avant-bras, haut et bas du dos, genoux.

Nous voyons que des troubles musculo-squelettiques récurrents sont majoritaires sur les épaules ainsi que haut et bas du dos (dorsales et lombaires), les gênes ponctuelles se situent principalement au niveau du cou (cervicales).

Ce repérage d'une part du stress, d'autre part des troubles musculo squelettiques, nous a permis de nous situer au niveau d'une **prévention secondaire** pour le moins. De plus cela nous a permis de construire nos ateliers en choisissant **les médiations qui nous semblaient les plus appropriées** en fonction de la demande, de nos observations et des résultats des questionnaires.

Après avoir identifié et quantifié les problématiques des agents, nous vous proposons maintenant de passer à table avec l'entrée : « Symphonie de stress accompagnée de sa farandole de TMS ».

II. L'entrée : Quels sont les aspects théoriques des problématiques repérées dans le recueil des données ?

A. Le stress

1) Quelle définition pouvons-nous en donner ?

Stress est un mot anglais issu de l'ancien français "*destresse*", qui vient lui-même du latin *stringere* : « rendre raide », « serrer », « presser ». (Thorez, 2016)

Selon le dictionnaire Larousse (2021), le stress est un « état réactionnel de l'organisme soumis à une agression brusque ».

C'est une réaction non spécifique de l'organisme, qui a lieu lorsque le sujet est confronté à des agressions physiques diverses, appelées « stressseurs » (Rivolier, 1989).

2) Modèle neurobiologique

Le Dr Hans Selye, endocrinologue Hongrois né en 1907, fut l'un des premiers à définir le syndrome général d'adaptation (SGA) à travers ses expériences sur les animaux, dans sa publication « *The stress of life* » (Selye,1975).

a) *Les trois phases de ce syndrome*

- **Phase d'alarme ou aigüe** : l'organisme fait face à une stimulation inhabituelle, avec arrêt lorsque celle-ci cesse. Cette phase implique la stimulation de l'hypothalamus par l'agent stressseur et la sécrétion de CRH (corticolibérine sécrétée par les noyaux paraventriculaire et supraoptique), qui va à son tour activer le système nerveux sympathique, permettant la libération d'adrénaline et noradrénaline (catécholamines produites par la médullosurrénale) dans la circulation sanguine. Cette sécrétion s'effectue en vue d'une réponse immédiate, à court terme.

- **Phase de résistance ou de chronicisation** : le corps s'adapte à la stimulation qui persiste, en mobilisant ses réserves. L'hypothalamus, toujours stimulé par l'agent extérieur, sécrète toujours la CRH, mais cette fois va activer l'anté hypophyse, entraînant de sa part la sécrétion d'ACTH (corticotropine). Cette dernière va se fixer sur les récepteurs de la corticosurrénale, produisant la libération de cortisol, avec mobilisation et distribution des substrats énergétiques nécessaires à la réponse au stress.

- **Phase d'épuisement** : le corps malgré l'arrêt de la stimulation, s'effondre de son effort d'adaptation prolongé. En effet lors de cette phase le rétrocontrôle négatif exercé habituellement par le cortisol qui active l'hippocampe chargée de freiner l'hypothalamus ne s'effectue plus et il y a un emballement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien conduisant à l'épuisement des réserves métaboliques, avec maintien d'un taux de cortisol élevé.

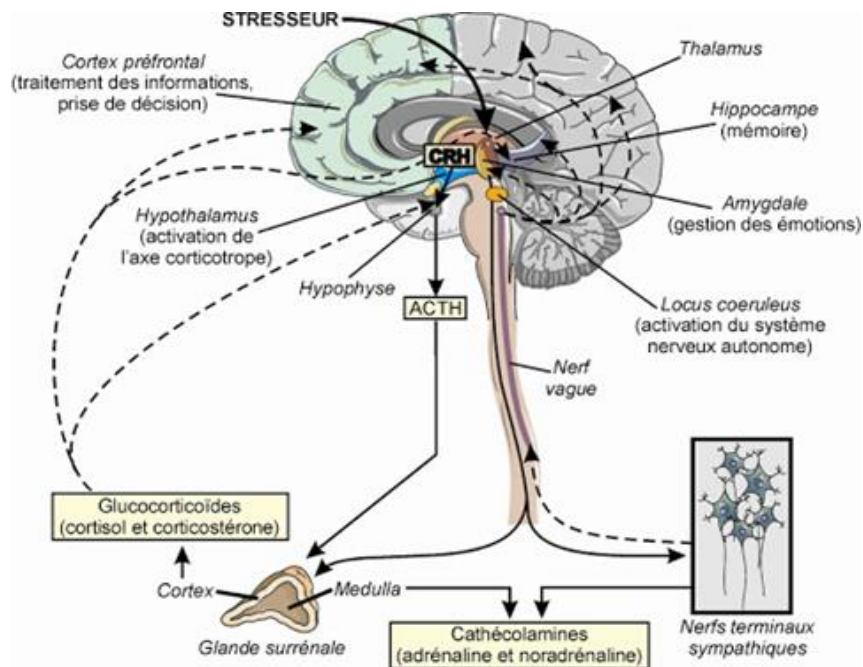


Figure 11: Effets du stress sur les axes hypothalamo-hypophyso-surrénalien et hypothalamo-sympathiques¹⁰

¹⁰ https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/217/Chapitre_13.html

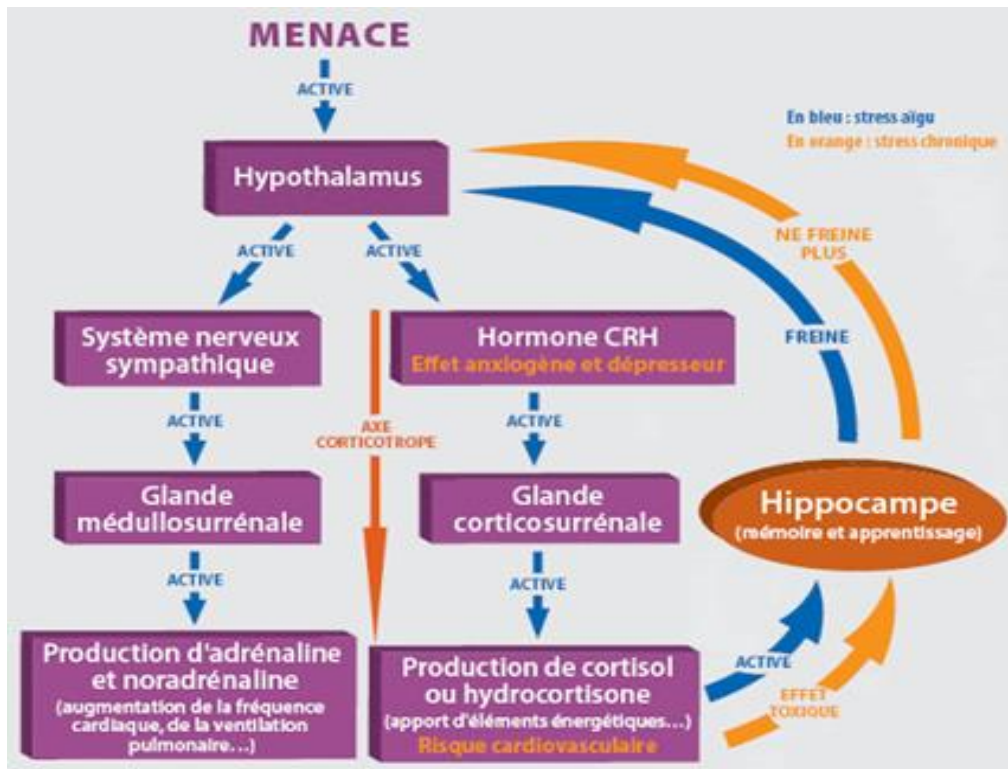


Figure 12: Feed back des hormones surréaliennes sur l'hypothalamus¹¹

3) Le stress comme objet d'étude : approche psychosociale

L'OMS définit le stress au travail comme l'ensemble des réactions que peuvent avoir des employés lorsqu'ils sont confrontés à des exigences et à des pressions professionnelles qui ne correspondent pas à leurs capacités ni à leurs connaissances, entraînant une remise en cause de leur aptitude à pouvoir faire face à ces situations. Le stress impacte à la fois la santé morale et physique de l'employé qui y est sujet (Davezies, 2008).

En 2017, une étude montre que 24% des salariés se déclarent stressés. Les plus de 40 ans sont les plus touchés, principalement les femmes (28% contre 20% chez les hommes), avec des inégalités géographiques plaçant le sud-ouest en tête, devant la région Centre, Ile de France, Ouest et Nord (Allegoet, 2020).

Selon l'INRS, le stress au travail aurait un coût de deux à trois milliards d'euros par an.

¹¹http://www.santetravail.net/page.php?controller=article&action=htmlimpression&id_article=39496&id_parution=791

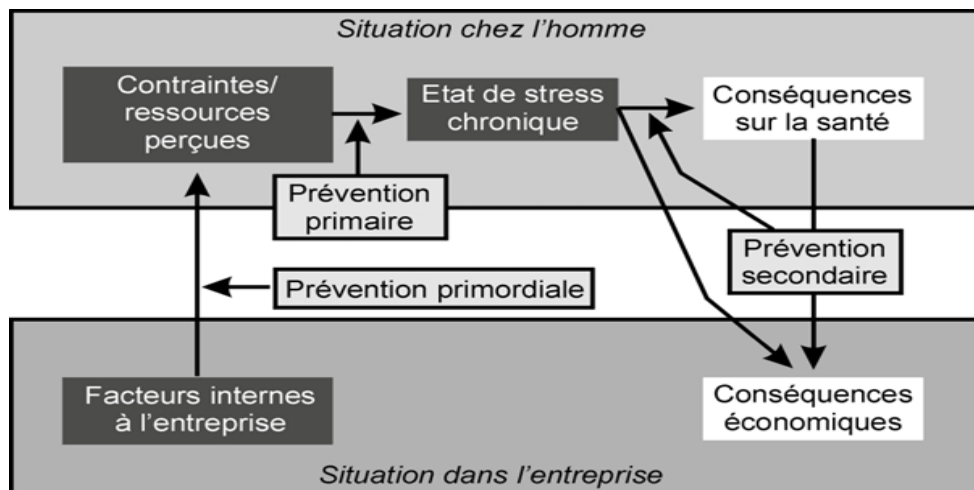


Figure 13: Niveaux de prévention par rapport au stress en entreprise¹²

Nous voyons bien à travers la figure sus jacente la dualité des facteurs inhérents à l'entreprise, et ceux propres à l'individu, dont l'inadéquation finit par créer un stress chronique délétère pour la santé.

D'où l'intérêt en psychomotricité de pouvoir intervenir avant la chronicisation du stress, en permettant aux individus d'en prendre conscience, de potentialiser leurs ressources physiques et psychiques.

Différents modèles d'évaluation sont pris en référence :

a) Modèle interactionniste

Ce modèle a tendance à distinguer les situations dues au travail et celles dues à l'individu pour mieux en évaluer les facteurs responsables de potentiels déséquilibres. L'étude porte donc sur les situations de travail et les individus en interprétant les conséquences de celles-ci sur l'ensemble.

¹² <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/217/syn-4.jpg?sequence=68&isAllowed=y>

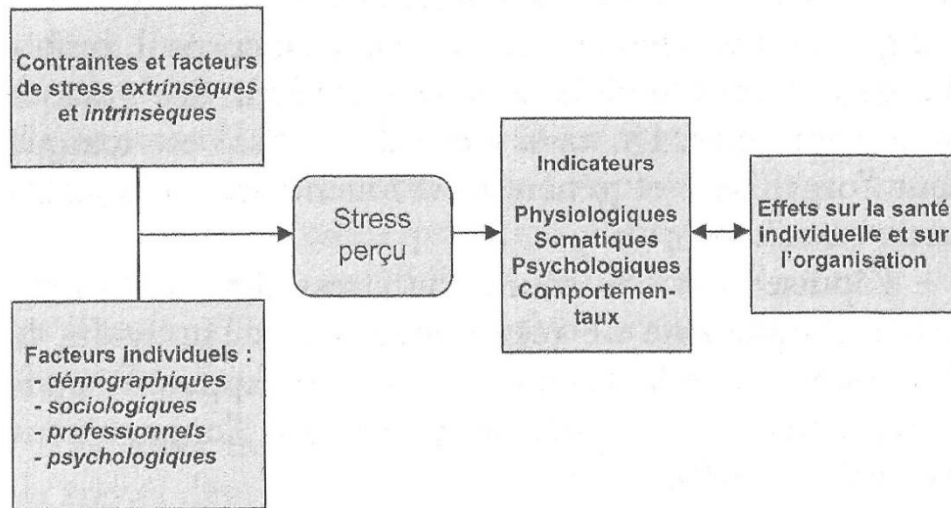


Figure 14: Modèle type interactionniste (Valléry & Leduc, 2017)

b) *Modèle transactionnel*

Ce modèle est basé sur l'interprétation de la situation par l'individu, en y intégrant les contraintes personnelles (émotionnelles notamment), et environnementales.

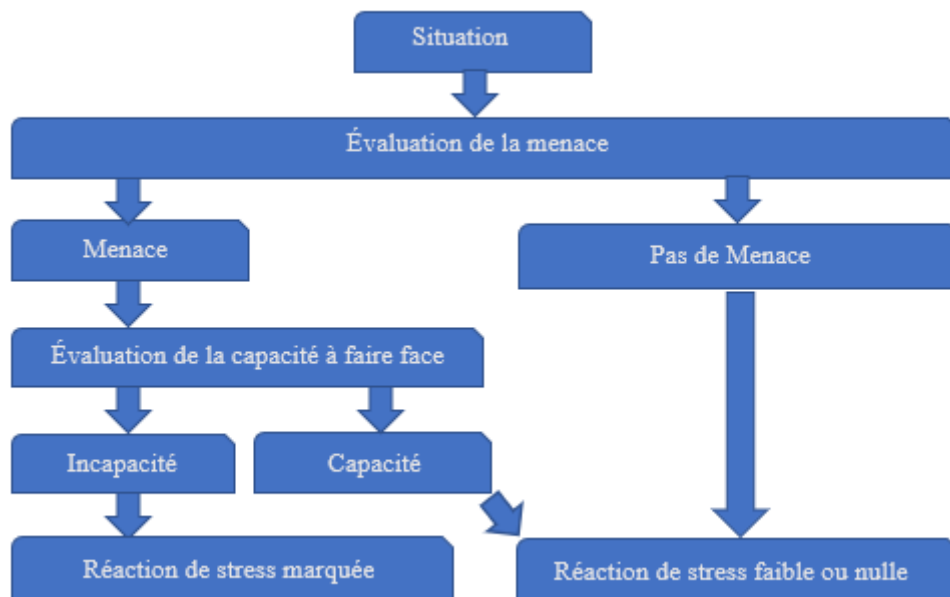


Figure 15 : Modèle de la double évaluation (Lazarus & Folkman, 1984)

Ce modèle de double évaluation nous montre à quel point la perception que l'on se fait des choses et des événements qui se présentent à nous, ainsi que la perception que l'on a de nous-même et de nos propres ressources pour faire face, va influencer cette évaluation des situations et conditionner le développement du stress.

L'intervention psychomotrice en entreprise peut faire prendre conscience de ces notions aux individus et leur permettre par les médiations choisies de développer d'autres capacités afin d'augmenter leur potentiel de réponse en générant le moins de stress possible.

Selon Guy Karnas (2018), le stress est défini comme le résultat de transaction entre la personne et son environnement, sa source peut être positive ou négative et avoir pour résultat la rupture de l'homéostasie psychologique ou physiologique.

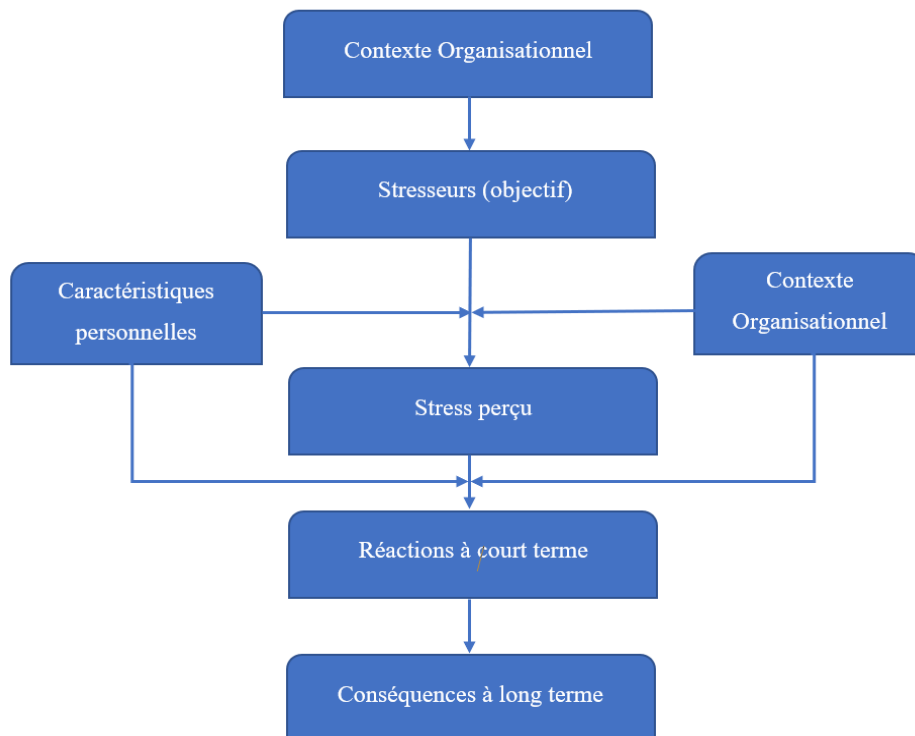


Figure 16: Modèle du stress de Kahn et Boisière de 1992 (Karnas, 2018)

Cette définition rejoindrait donc le modèle de Lazarus et Folkman, où l'évaluation de la menace se situerait, sur la figure sus-jacente, à la jonction des variables de situation (première évaluation de la menace selon Lazarus et Folkman), et caractéristiques personnelles (deuxième évaluation).

Le stress perçu dépendrait donc de la synthèse de ces deux évaluations en considérant qu'il y a menace ou pas en faisant varier le degré de stress perçu, avec la genèse des réactions (physiologiques et) sociales adaptées.

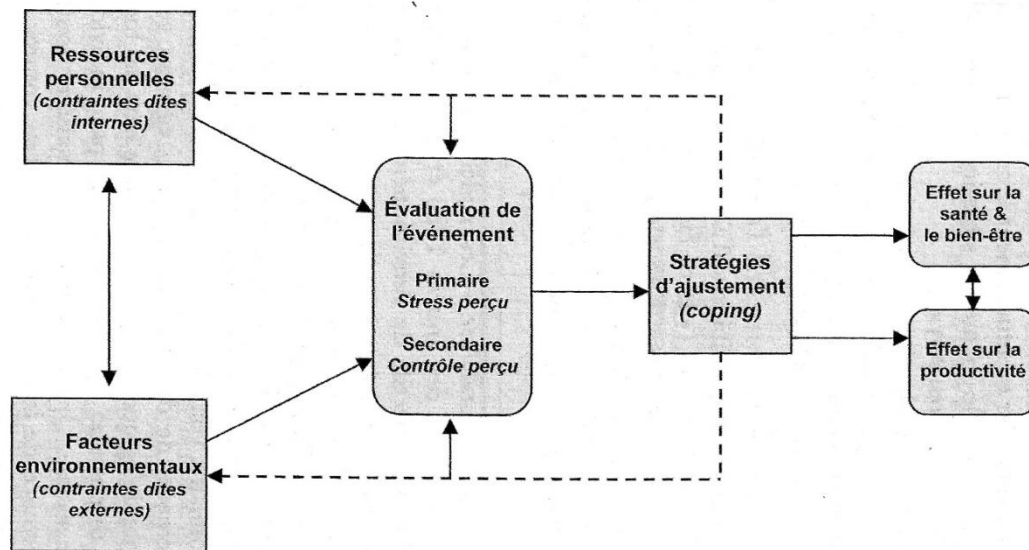


Figure 17: Modèle transactionnel (Valléry & Leduc, 2017)

Sur cette dernière figure nous pourrions situer **l'intervention psychomotrice à deux niveaux**, d'une part, sur **la perception du stress** (donc évaluation de l'événement primaire), et le **contrôle perçu** (évaluation de l'événement secondaire), ou plutôt comme le suggère Patrick Légeron dans « Stress au travail » **le sentiment de contrôle plutôt que le contrôle lui-même**. Ceci en permettant aux individus de **disposer d'autres ressources** avec les médiations proposées, ainsi que sur les **stratégies d'ajustement** (coping) grâce à ces modifications de ressources.

4) Le stress comme objet d'étude : approches causalistes

Développés depuis les années 1980, ils permettent de repérer les éléments dangereux de l'environnement, se répercutant physiologiquement et psychologiquement sur les individus, malgré les moyens d'action déployés.

Le plus répandu semble être le modèle de Karasek dans l'évaluation des risques psychosociaux (RPS). Il met en relation la demande psychologique au travail (volume de travail, exigences et contraintes de temps associées) et l'autonomie décisionnelle (possibilité de contrôle et développement de connaissances) de l'individu pour déterminer le niveau de stress pouvant être modulé par le degré de soutien de la hiérarchie et des collègues.

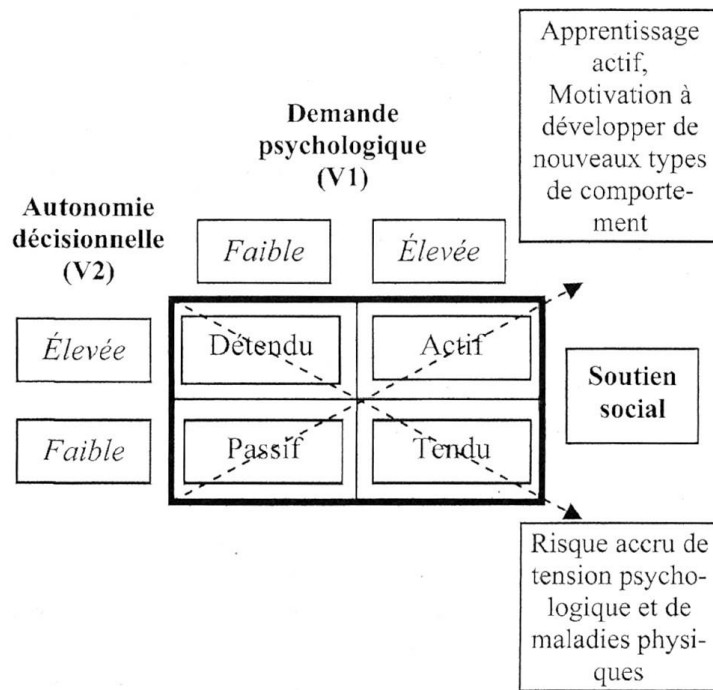


Figure 18: Modèle de Karasek du stress au travail (Valléry & Leduc, 2017)

Le modèle de Siegrist, développé à partir des années 1990, se base plus sur la notion d'efforts de travail fournis et la récompense ou reconnaissance perçue. Lorsque la balance de ces deux aspects est en déséquilibre cela génère de la frustration, donc du stress. Ces deux derniers modèles sont très souvent utilisés de manière complémentaire.

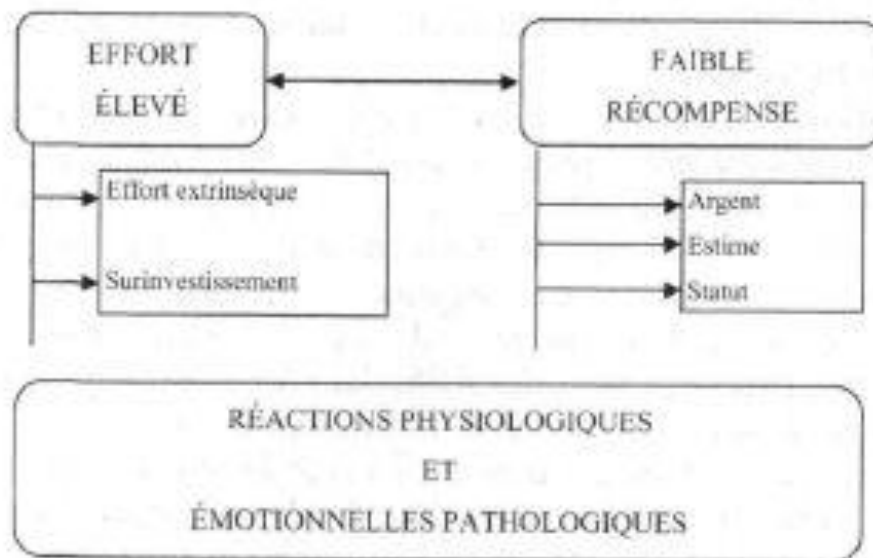


Figure 19: Modèle de Siegrist : déséquilibre effort/reconnaissance au travail (Valléry & Leduc, 2017)

Pour notre étude, nous avons donc choisi de **nous orienter sur les modèles interactionnistes et transactionnels**, sur les conseils des experts RPS de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), d'une part. D'autre part, le mémoire de D.E de Psychomotricienne de Anaïs Limacher, « Et si la psychomotricité intervenait en entreprise ? » (Juin 2015), avait déjà pris pour référence les modèles de Karasek et Siegrist, en proposant la médiation relaxation en entreprise. Il nous a semblé intéressant, pour quantifier nos ateliers, de nous centrer sur **la notion de stress perçu par l'individu**. Celle-ci, potentiellement modifiée par les médiations proposées, relevant du champ d'action des psychomotriciens, notamment en entreprise.

5) Le stress a-t-il une répercussion sur l'efficacité ou la performance ?

La phase d'alarme et résistance du stress, a des intensités modérées, sans répétitions trop fréquentes sont utiles physiologiquement afin de répondre efficacement aux situations rencontrées. Cependant quand le stimulus stressant se poursuit trop longtemps ou dépasse le seuil d'adaptabilité de la personne, celui-ci devient contre-productif.

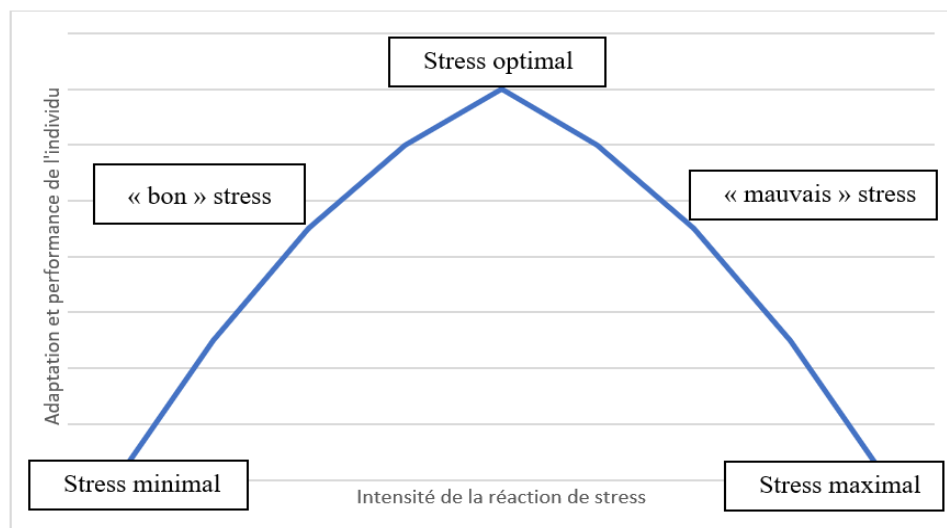


Figure 20: Niveau de performance en fonction de l'intensité du stress (Légeron, 2015)

6) Conséquences du stress sur la santé

Comme nous l'avons vu précédemment dans la biologie du stress, la phase d'alarme, qui correspond à un stress aigu, se retrouve fréquemment dans la vie quotidienne, elle est donc considérée comme physiologique. Cependant, selon Alain Acker (Cité par Frédéric Chapelle, 2018), en fonction de son intensité et de la fréquence de ses répétitions, elle peut exposer la santé de l'individu aux conséquences du stress. Tout comme lorsque cette même phase d'alarme se prolonge en phase de résistance où le stress se chronicise, en dépassant les capacités de la

personne à y faire face peut générer des pathologies somatiques. Il y a donc une modification durable de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien avec sur stimulation des réserves énergétiques et des fonctions vitales.

Cela entraînera l'apparition de différents symptômes physiques (avec douleurs multiples musculaires, digestives...), dyssomnies, modifications de l'appétit et/ou digestion, angoisse, tristesse, troubles de la concentration et/ou décisionnels.

Si ce stress chronique se prolonge, alors les symptômes sus cités pourront laisser place au développement de pathologies, « Stress related disorders » (pathologies liées au stress), selon Patrick Légeron (2015). Notamment les maladies cardio-vasculaires variées, les troubles musculo-squelettiques (TMS), surtout chez les personnes devant le plus réprimer leurs émotions selon Philippe Davezies (2008), les troubles anxieux, dépressifs, les sur consommations médicamenteuses et conduites addictives variées y compris au travail, définit sous le terme de « Workaholisme » (pouvant mener à l'épuisement professionnel), pathologies auto-immunes (insuffisance surrénaliennes, pathologies thyroïdiennes, diabète insulino-dépendant (DID), pathologies inflammatoires...).

Les cellules du système immunitaire disposent de récepteurs aux glucocorticoïdes, et selon la thèse en vue du D.E de Docteur en pharmacie de Younes Souraya (2015), la dysrégulation du cortisol entraînerait plutôt une stimulation des défenses immunitaires lors de la phase de résistance, parfois à l'extrême avec une réponse immunitaire exacerbée et développement de pathologies auto-immunes. Mais lorsque cette phase se chronicise, le cortisol aurait un effet immunosuppresseur. Le système immunitaire ne jouant plus alors suffisamment son rôle de défense contre les agents pathogènes, favorisant le développement des pathologies ou leur aggravation (notamment certains cancers).

Résumé :

- Le stress est une **réponse physiologique** de l'organisme à une « agression »,
- Il est défini par plusieurs modèles, le premier **neurobiologique** avec le SGA, le deuxième **psycho-social** à deux composantes soit interactionniste, soit transactionnel (modèle de double évaluation de Lazarus et Folkman) et le troisième **causaliste** (modèle de Karasek et Siegrist)
- Le stress a des **conséquences** sur l'**efficacité**, les **performances** et sur la **santé**

B. Les troubles musculo squelettiques (T.M.S)

1) Quelle en est la définition ?

Selon l'INRS (2015), les TMS sont « des maladies qui touchent les tissus mous péri articulaires. Ils affectent les muscles, les tendons, les ligaments ou les nerfs, mais aussi les vaisseaux sanguins, les bourses séreuses ou encore les cartilages. »

Les TMS sont source de douleurs, qui peuvent être de deux types : aiguë ou chronique.

Dans le premier cas, la douleur est qualifiée de physiologique, elle est reconnue comme un signal d'alarme indispensable à la survie de nombreuses espèces pour prévenir l'organisme d'un danger pour son intégrité. Dans le second cas, la douleur, qui perdure plus de 3 mois, est qualifiée de pathologique car elle a perdu son caractère informatif. (Rousseau-Salvador, C. Louvel, J.-P., 2019)

2) Où se localisent-ils principalement ?

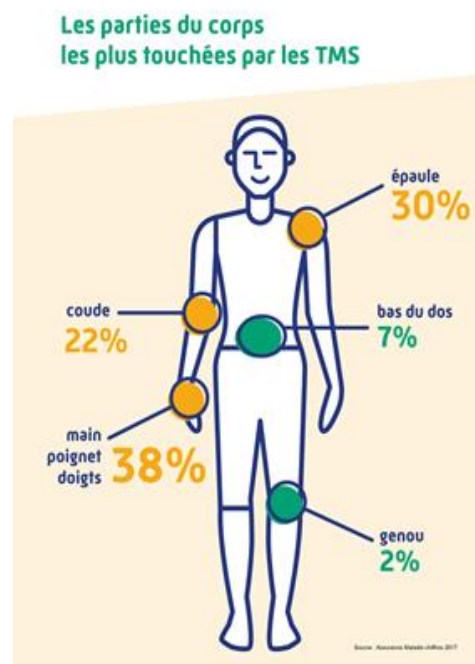


Figure 21: Localisations principales des TMS (Ameli,2020)

Ce schéma nous montre bien la prédominance des TMS au niveau des membres supérieurs (épaules, coudes, mains, poignets, doigts) et du bas du dos.

Pour rappel les résultats obtenus au questionnaire du Nordique, vus précédemment¹³, mettent en évidence un **trouble ressenti au niveau du cou, des épaules et bas du dos** lors des douze derniers mois chez **100% des volontaires**. Pour 80% d'entre eux, les troubles se situent sur les bras, avant-bras et genoux.

3) Comment apparaissent-ils ?

Différents facteurs favorisant leurs survenues sont évoqués, entre autres le stress avec les sécrétions de catécholamines qui vont stimuler la formation réticulée, située à l'avant du mésencéphale et à l'arrière du bulbe. Avec le noyau vestibulaire ils assurent le maintien de la posture face aux éléments externes ou internes à l'individu, seule elle coordonne un ensemble d'activités motrices. Les catécholamines en l'activant, vont donc, par son intermédiaire augmenter le tonus musculaire nécessaire à la réaction d'urgence. Si ce stress est intense et/ou répété, le tonus musculaire sera donc fortement sollicité, sans forcément possibilité de relâchement entre les sollicitations.

Selon Bick et Reich, « *Lors d'un traumatisme, les défenses psychiques mises à mal sont débordées, et l'enveloppe se fissure. Pour empêcher la perte des contenus internes, le corps prend le relais du psychique et impose un substitut : l'enveloppe musculaire* » (Cité par Rousseau-Salvador, C. Louvel, J.-P., 2019, p.396)

Les glucocorticoïdes pourraient également avoir un rôle, en fonction de leur taux de sécrétion, sur les cytokines pro-inflammatoires (molécules de l'inflammation), qui agiraient au niveau des structures péri articulaires, et augmenteraient le risque de survenue des TMS.

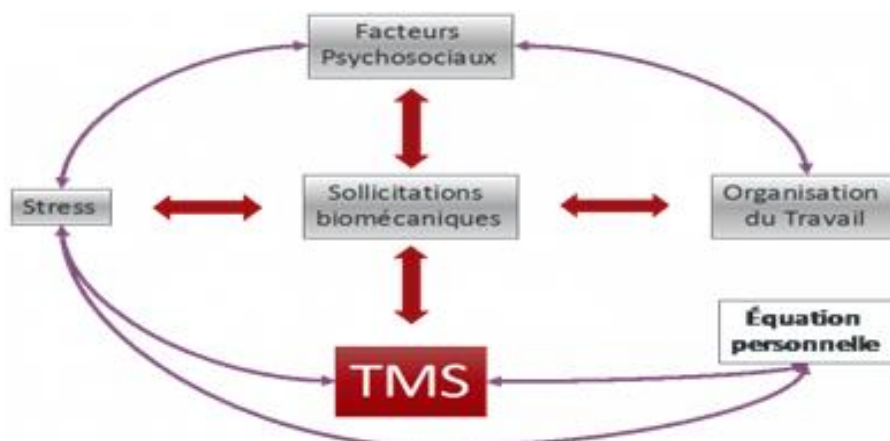


Figure 22: Modèle dynamique d'apparition des TMS (INRS,2015)

¹³ Cf. *supra*, b.2 questionnaire Nordique (TMS), p.24

4) Que représentent-ils en chiffres ?

Selon le site Ameli (2020) de l'assurance maladie, les TMS représentent 87% des maladies professionnelles reconnues, avec 20% des accidents du travail associés au mal de dos, entraînant un arrêt de travail en moyenne de deux mois.

Ils représentent deux milliards d'euros pour les entreprises, et 45% d'entre eux génèrent des séquelles invalidantes.

Leurs conséquences sur l'entreprise sont variables, allant de l'absentéisme avec une désorganisation des équipes, à la perte de productivité et de qualité, ce qui se répercute directement sur l'image de l'entreprise.

Résumé :

- Les **TMS affectent les tissus périarticulaires**, principalement aux membres supérieurs et dos.
- **Deux hypothèses** pourraient expliquer leur apparition :
 - Les **catécholamines** sur l'augmentation du tonus musculaire,
 - Les **glucocorticoïdes et cytokines pro-inflammatoires** sur les structures périarticulaires.
- Ils traduisent une **faille corporelle** en regard des contraintes mécaniques imposées.
- **Deux milliards d'euros** pour les entreprises, **87% des maladies professionnelles.**

Après la mise en bouche, poursuivons notre repas avec le plat principal : « Délice d'atelier sur son tapis de sol »

III. Le plat principal : élaboration et réalisation des ateliers psychomoteurs

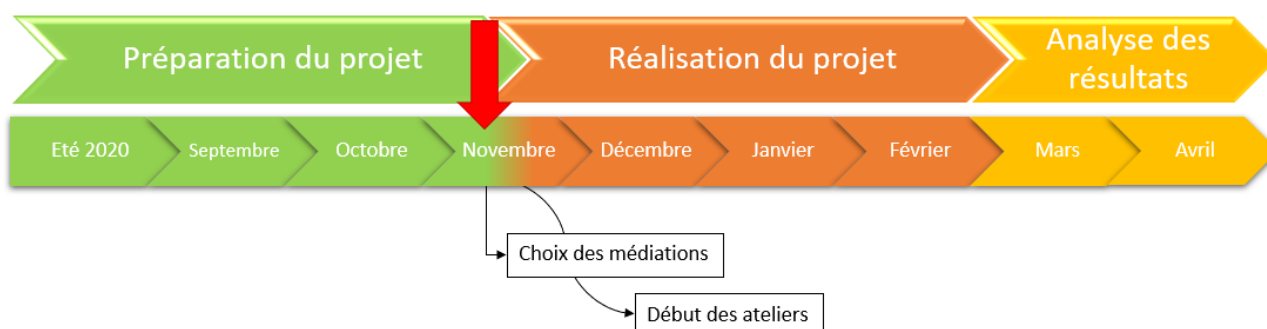


Figure 23: Chronologie des ateliers

A. Quelles distinctions entre médiation, activité physique et méthode ?

1) Qu'est-ce qu'une médiation ?

a) N'est-ce pas une notion juridique ?

« La "médiation" est une technique procédurale de solution des conflits par laquelle des personnes qu'un différend oppose, ou qui souhaitent en prévenir l'arrivée, tentent de parvenir à une solution transactionnelle en utilisant les bons offices d'une personne dite "médiateur" (en anglais "a neutral" ou "mediator"). La médiation est, soit décidée par les parties en dehors de toute procédure judiciaire, soit décidée par la juridiction saisie d'un conflit contentieux » (Braudo, S., 2021)

D'après le dictionnaire Le Robert (2021), il s'agit d'une « Entremise destinée à mettre d'accord, à concilier ou à réconcilier des personnes, des partis, des États ».

« Du latin *mediare* (être au milieu de, s'interposer), la médiation selon son sens ordinaire réside dans l'action de servir d'intermédiaire entre deux êtres, deux termes » (Albert, C. Boutinet, J.-P., 2009)

b) Pourquoi est-elle employée en psychomotricité ?

Selon Marc Rodriguez (2019), elle apparaît dans les années 90 en psychomotricité.

Là où dans le domaine juridique ou social elle représente un mode d'apaisement des conflits interpersonnels, conduit par une personne désignée, reconnue capable de mener cette tractation, en psychomotricité, elle serait plutôt une résolution de conflits intrapersonnels au

patient (conflit intrapsychique ou psychosomatique), menée par un psychomotricien, reconnu apte à accompagner la personne dans ce cheminement, par le biais d'un objet médiateur. Il s'interpose entre le thérapeute et le patient, pour stimuler le travail thérapeutique.

Toujours selon Marc Rodriguez, cela peut être :

- *Un objet concret (à manipuler ou jouets divers)*
- *Un objet culturel (différentes formes d'expressions culturelles)*
- *Une technique corporelle (activités sportives variées).*

Il attribue au procédé quatre fonctions :

- La séduction, où l'objet suffisamment attractif pour les deux parties, est capable par la tiercéisation de potentialiser les interactions.

- La provocation, dans le sens où l'objet aura pour mission de bouleverser le patient, le mettre en mouvement.

- La transformation, qui doit s'opérer grâce à l'implication personnelle de chacun par rapport à ce que lui évoque l'objet médiateur. Cette sensation brute sera transformée progressivement en perception puis représentation de choses et de mots, spécifique aux procédés médiatifs.

- La symbolisation, où le faire laissera la place à la verbalisation des ressentis, où la dimension imaginaire pourra s'ouvrir et s'étayer.

Les médiations retenues pour le processus thérapeutique dépendent de la sensibilité du thérapeute, de son expérience et de son niveau de maîtrise d'une part, et d'autre part le cadre de réalisation doit être le plus adapté aux besoins corpro-psychiques des patients.

« Ce n'est jamais la technique pure qui intéresse mais bien ce que ces expériences produisent comme effets, qui eux-mêmes produisent du changement puisqu'ils touchent les zones profondes de l'être ». (Potel, 2015, p.19)

2) Définition de l'activité physique :

Selon l'OMS (2020), l'activité physique désigne *« tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique »*

. Celle-ci comprend toutes les activités physiques quotidiennes comme :

- Les déplacements actifs : marcher, faire du vélo, monter les escaliers etc.
- Les activités domestiques : nettoyer, jardiner, bricoler, déménager etc.

- Les activités professionnelles
- Les exercices physiques visant le maintien et/ou l'amélioration de la condition physique sans objectifs et règles définies
- Les activités sportives nécessitant le respect de règles communes de la part des participants

L'OMS recommande pour les adultes de 18 à 64 ans de pratiquer chaque semaine au minimum 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité physique d'intensité soutenue, en plus de la pratique deux fois par semaine d'exercices de renforcement musculaire, d'assouplissement et d'équilibre.

L'activité physique présente de nombreux bienfaits pour la santé, en voici une liste non exhaustive (HAS, 2019) en ce qui concerne :

- La santé mentale : amélioration des fonctions cognitives, du sommeil, diminution de l'anxiété, du risque de dépression
- La prévention des pathologies cardio-vasculaires
- La prévention des cancers (cancer du sein, du côlon, de l'endomètre etc.)
- Le statut pondéral (maintien d'un poids stable)
- La qualité de vie des personnes souffrant de pathologie chronique, des personnes âgées, des femmes enceintes

Les participants de notre étude travaillent 7 heures par jour : on peut estimer l'intensité de l'activité physique professionnelle réalisée quotidiennement comme modérée. D'un point de vue quantitatif, nos participants réalisent 420 minutes d'activité physique d'intensité modérée chaque semaine et respectent en conséquence les recommandations de l'OMS à ce sujet. Ce que l'on peut toutefois relever d'un point de vue qualitatif, c'est qu'il s'agit d'une activité physique où les gestes effectués sont répétitifs et potentiellement traumatiques. De plus, cette activité physique est réalisée dans un cadre pouvant être perçu comme stressant dans la mesure où la contrainte de temps est constante.

3) Qu'en est-il pour une méthode ?

Dans le dictionnaire Larousse (2021), la méthode vient du grec « Methodos » qui signifie « chemin ». Ce terme est défini comme « *l'ensemble des règles qui permettent l'apprentissage d'une technique, d'une science* » ou encore comme une « *Marche rationnelle de l'esprit pour arriver à la connaissance ou à la démonstration de la vérité* »

Nous pourrions donc penser que la démarche est complètement opposée à celle d'un programme psychomoteur, où il n'est de règle que la temporalité propre de l'individu qui en bénéficie, en fonction de ses capacités corporelles pour investir son corps ainsi que l'espace dans le but d'établir des relations harmonieuses avec ses pairs.

Résumé :

La médiation, seule, selon le domaine où elle intervient permet la résolution de tensions :

- **Entre deux individus**
- **Entre le corps et l'esprit** d'un même individu.

Cela peut-être un **objet concret, culturel ou une technique corporelle**

Doit être suffisamment attractif pour perturber la cible (produit dans une réaction chimique), et catalyser¹⁴ la transformation en réactif.

Doit être symbolique pour stimuler la verbalisation des ressentis.

En **psychomotricité**, une ou plusieurs médiations peuvent être employées à travers un programme psychomoteur, elles peuvent faire intervenir des **activités physiques et/ou sportives**, en employant certains aspects de méthode **sans toutefois les appliquer intégralement**. Le but étant d'être le plus **attentif aux besoins** des patients, donc en sachant s'adapter à leurs rythmes, **sans notion de performance**, afin que chacun puisse s'en approprier les bénéfices nécessaires.

L'activité physique regroupe les différents **mouvements et coordinations gestuelles**, qu'ils soient à but privé ou professionnel.

La méthode est un ensemble de **règles à appliquer** de manière normative pour obtenir un **but précis**.

B. Choix des médiations en fonction de nos observations et des questionnaires

Selon Freud. S, dans *Le Moi et le Ça*, "*Le Moi est avant tout un Moi corporel*", donc ce sont les sensations et perceptions corporelles qui étayent progressivement le psychisme d'un individu (Freud, 2010). D'abord au niveau inconscient, puis la verbalisation permet un certain

¹⁴ Catalyseur : substance qui favorise une réaction chimique sans la modifier

niveau d'élaboration, favorisant l'accès au préconscient, jusqu'à une représentation mentale consciente. Les afférences spino-thalamiques, spino-cérébelleuses, inconscientes, relayées par le thalamus jusqu'aux différentes aires corticales, gagnent progressivement le préconscient, désormais soutenues par la verbalisation elles se transforment en représentations mentales conscientes. Une transaction s'opère donc à ce niveau entre les différentes instances du ça pulsionnel, et des instances surmoïques de l'individu, face à ses ressentis pour voir émerger son Moi à travers les afférences.

Si l'on considère le point de vue du Pr Sami-Ali. M, au niveau de la psychosomatique relationnelle, sur le principe de causalité circulaire, on retrouve dans chaque mécanisme pathologique fonctionnel ou organique, une situation conflictuelle que l'individu pourra résoudre sous forme d'alternative simple, ou mènera à une impasse comportant plusieurs modalités (Cité par Limacher A, 2019, p.463). Cette même impasse, rejoignant le mécanisme transactionnel décrit par Lazarus et Folkman, ne pourrait-elle pas être envisagée chez notre population comme activatrice de la réaction de stress dans un premier temps avec altération progressive des parties anatomiques les plus exposées aux contraintes mécaniques ?

En considérant cela, il nous a alors semblé pertinent de choisir des médiations corporelles. Ainsi les résultats des questionnaires, de nos observations et les notions théoriques ont représenté un support précieux afin de penser les objectifs psychomoteurs et les médiations les plus appropriées.

Objectifs psychomoteurs	Médiations choisies
<ul style="list-style-type: none">• Gestion du stress et des émotions lors des tâches à effectuer dans un laps de temps court et dans le bruit• Régulation tonique• Meilleure intégration du schéma corporel et somatognosies, proprioception• Apprendre à ressentir sa respiration et la contrôler en cas de stress important • Autograndissement de la colonne vertébrale, modification posturale• Stimuler efficacement les groupes musculaires sollicités lors des tâches effectuées sur les postes de travail en relâchant les autres groupes musculaires, régulation tonique, régulation du contrôle moteur, coordinations, motricité globale, stimulation de la musculature de l'axe corporel, capacités attentionnelles, orientation spatiale, dialogue tonico-émotionnel	<ul style="list-style-type: none">• Moment détente inspiré de la relaxation• Prise de conscience corporelle et des appuis• Respiration • Propositions de renforcement musculaire type Pilate

Tableau 5: Objectifs psychomoteurs et médiations choisies

Pour la création de nos ateliers, nous avons retenu **deux méthodes**, la **relaxation et le Pilates** (à la fois méthode et activité physique), **dont nous nous sommes inspirées afin de les utiliser en tant que médiations.**

1) La détente inspirée de la relaxation

Les moments de détente sont parfois rares pour certains employés, même en rentrant dans leur foyer. Ces tensions personnelles s'additionnent aux tensions professionnelles, s'imprimant durablement sur la tonicité corporelle comme une carapace défensive, avec peu de possibilités pour se relâcher.

Les résultats des questionnaires distribués en novembre¹⁵ ont révélé une **perception importante du stress chez nos cinq participants**, corrélée à leurs verbalisations lors de nos échanges. Que ce stress provienne de contraintes professionnelles, personnelles ou soit lié au contexte sanitaire actuel que nous traversons, il nous a semblé judicieux de proposer à chacune de nos interventions **un moment de détente**. Nous nous sommes alors inspirées des techniques de conscience corporelle et de relaxation que nous avons expérimentées tout au long de nos trois années de formation en psychomotricité.

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), l'étymologie de la relaxation provient du latin *relaxatio*, lui-même provenant de *relaxare*, qui signifie « desserrer, relâcher ». Il semble intéressant ici de rappeler que le stress dérive, comme nous l'avons vu précédemment, du latin *stringere* qui signifie « rendre raide », « serrer », « presser ». La relaxation semble théoriquement la solution face au stress. Pouvons-nous la considérer comme telle en pratique ?

Il semble que la relaxation produise des effets physiologiques opposés de ceux induits par le Syndrome Général d'Adaptation (Guiose, 2015).

En état de relaxation, nous observons de multiples réactions notamment d'ordre neurophysiologique et physiologique (Baste, 2016). Il est intéressant de mettre en parallèle ces réactions avec celles qui se produisent quand l'organisme est en état de stress (Varin, 2017).

¹⁵ Cf. *supra*, 2b. Résultats des questionnaires distribués en novembre, p. 23

	Stress	Relaxation
Niveau neurobiologique	Augmentation de la sécrétion de CRH, d'ACTH, de catécholamines (adrénaline et noradrénaline) et de glucocorticoïdes (cortisol)	Diminution de la sécrétion de catécholamines, de glucocorticoïdes
Niveau neurophysiologique	Augmentation de l'état de vigilance Augmentation des rythmes respiratoire et cardiovasculaires	Modification de l'état de conscience par diminution du rythme de l'activité corticale Diminution des rythmes respiratoire et cardiovasculaires
Niveau physiologique	Augmentation du tonus musculaire Augmentation des risques d'apparition des TMS	Diminution du tonus musculaire, Diminution de la perception de la douleur

Tableau 6: Réactions de l'organisme en cas de stress et de relaxation

A travers ce tableau nous observons des réactions de l'organisme diamétralement opposées dans les deux situations présentées, la relaxation semblant à court terme moduler les effets du stress. Il s'agit précisément de ce que nous souhaitons lors de nos interventions : permettre aux participants pendant une vingtaine de minutes un apaisement du corps dans sa globalité, après une matinée et un début d'après-midi de travail intense.

Les méthodes de relaxation sont indiquées dans certaines pathologies avérées mais sont également une aide précieuse dans un but préventif chez le sujet sain pour l'aider à surmonter les contraintes quotidiennes (Durand de Bousingen, 1992). Elles induisent en effet de multiples modifications au sein de l'organisme comme nous l'avons vu, parmi lesquelles l'abaissement du tonus musculaire est essentiel pour parvenir à une détente physique et psychique. Elles peuvent ainsi être définies comme étant « ... des conduites thérapeutiques, rééducatives ou éducatives, utilisant des techniques élaborées et codifiées, s'exerçant spécifiquement sur le secteur tensionnel et tonique de la personnalité » (Durand de Bousingen, 1992, p.4)

Nous nous sommes inspirées plus particulièrement du training autogène pour constituer notre temps de détente dans nos ateliers. Il s'agit d'une méthode de relaxation thérapeutique développée par le médecin allemand Johannes Heinrich Schultz sur les principes de l'hypnose. A l'origine cette méthode a été conçue pour permettre aux patients de la réaliser seuls chez eux sans la présence du thérapeute et ainsi de s'autonomiser dans la recherche d'un état de détente global tout en favorisant une meilleure écoute de leurs sensations corporelles. (Baste, 2016)

Le training autogène se compose de deux cycles : le cycle supérieur qui est une psychothérapie et le cycle inférieur correspondant à la méthode de relaxation à proprement parler. Ce cycle inférieur propose, sous forme de stades, de faire l'expérience de l'apesanteur, de la chaleur, du contrôle cardiaque et respiratoire ainsi que celle de la fraîcheur sur le front. Il s'agit d'une méthode de relaxation suggestive à point de départ central, car la suggestion des diverses expériences sensorielles induit un état de détente psychique lui-même propice à une détente physique. (Guiose, 2007)

Dans le cadre de notre projet, nous ne proposons pas la méthode du training autogène telle que décrite plus haut car nous intervenons dans le champ de la prévention en entreprise et non dans un cadre thérapeutique. Nous proposons sur le lieu de travail ce que nous préférons appeler un moment de détente groupale. Les séances sont collectives évitant ainsi l'instauration d'une dépendance totale du sujet au thérapeute et lui permet de s'identifier plus aisément à ses pairs (Durand de Bousingen, 1992).

Grâce à des suggestions et des images mentales, les participants font progressivement l'expérience de la pesanteur, de la chaleur, de l'écoute du cœur et de la respiration afin de se reconnecter consciemment à ses sensations corporelles. Surtout, les participants retrouvent au fil des séances les ressources nécessaires pour accéder un temps, à un état de détente émotionnel et corporel, peut-être inhabituel pour certains, et pourtant nécessaire à la santé physique et psychique (Potel, 2020).

Nous avons ensuite fait le choix d'introduire au cours de l'année une prise de conscience corporelle dynamique par une marche consciente, des étirements et des auto massages afin de sensibiliser plus facilement et plus activement les participants à leurs éprouvés corporels.

Les effets de la relaxation modulent ceux causés par le stress.

La relaxation constitue une médiation corporelle de choix en psychomotricité en favorisant une **détente globale psychocorporelle**

C'est la raison pour laquelle **nous avons décidé de nous en inspirer** pour élaborer ce **moment de détente** à nos participants.

Les propositions permettent une certaine **autonomie** au sujet. Celui-ci disposera donc de **ressources personnelles augmentées** face à une situation qu'il jugera stressante selon le modèle de la **double évaluation de Lazarus et Folkman** présenté dans l'aspect théorique du stress.

2) En quoi la méthode Pilates peut-elle être utile dans notre atelier ?

Actuellement, beaucoup de personnes sont sédentaires avec le développement des transports et des nouvelles technologies, et en rentrant de leur travail, ceux qui ont déjà été

debout toute la journée, à effectuer des gestes répétés fatigants, n'arrivent pas à effectuer une activité physique qui leur permettrait progressivement d'avoir une tonicité corporelle plus adaptée aux contraintes quotidiennes.

Le corps a une faculté d'adaptation, qui lui permet avec de l'entraînement de faire face aux conditions environnementales, l'évolution le démontre constamment, ainsi que le domaine du sport. Il n'est pas non plus question de vouloir sur-entraîner les salariés pour qu'ils répondent sans cesse à des contraintes de plus en plus élevées.

La méthode Pilates est une technique de renforcement musculaire développée au cours du XX^{ème} siècle par un Allemand, Joseph Pilates (1883-1967), athlète autodidacte (boxe, arts martiaux, yoga...), initialement de santé fragile durant son enfance. Elle permet notamment de travailler les muscles profonds en sollicitant la juste contraction musculaire pendant le mouvement, et d'améliorer la posture (Avizienis, 2019). Au cours de nos recherches, nous nous sommes aperçues que cette méthode ne semble pas être une médiation utilisée en psychomotricité.

Tout comme dans la relaxation, nous voyons dans la méthode Pilates de nombreuses applications dans notre atelier. Ces concepts fondamentaux sont au nombre de six, tout d'abord :

- Le contrôle ou mouvement volontaire (en pleine conscience, nécessitant une bonne conscience corporelle),
- Le centrage (faisant travailler les muscles de posture nécessaires à la stabilisation de l'axe corporel),
- La respiration consciente (permettant une bonne stabilité corporelle associée à des appuis centrés, et conduisant à un degré relatif de détente musculaire),
- La concentration (le pratiquant doit être à l'écoute de ses ressentis corporels pour s'ajuster sur les mouvements demandés, développant les capacités attentionnelles et l'inhibition),
- La précision (cela entraîne la sensibilité de plus en plus finement et donc la perception afin d'exécuter un mouvement le plus juste possible en retour, avec un ajustement tonique indispensable),
- La fluidité pour une harmonie gestuelle dans le déroulement, avec une régulation tonique affinée pour le plaisir de mouvoir son corps dans l'espace.

Ces fondamentaux se rapportent dans l'ensemble aux grands items psychomoteurs, à savoir le développement de l'axe corporel (on parle plus de développement chez l'enfant et de recentrage chez l'adulte), l'intégration du schéma corporel pouvant sans cesse être modulé

grâce aux afférences sensibles reçues et aux efférences motrices qu'elles engendrent en retour. Le tonus de posture, d'action, la proprioception ainsi que la motricité globale seront progressivement modifiées, en ayant à l'esprit l'importance des chaînes musculaires décrites par **Denys-Struyf G.** et Busquet L. (Les chaînes musculaires et articulaires, méthode GDS, 2004), sur les notions relationnelles interpersonnelles véhiculées par le corps. La gestion de l'espace prend également une place importante à travers les repères égocentrés redéveloppés grâce au centrage, à la respiration et la concentration. Les repères exocentrés sont indispensables aussi pour la gestion de l'espace proche dans la précision, de même que l'orientation et la structuration spatiale à la fois pour la précision de nouveau et la fluidité. Le temps quant à lui sera plus abordé avec l'inhibition nécessaire au rythme des contractions effectuées avec concentration, précision et répétition. L'image du corps des participants pourra potentiellement se trouver modifiée à travers la pratique de cette activité sportive grâce à une modulation tonique et une meilleure réactivité musculaire face aux contraintes extérieures et peut-être un affinement de silhouette, modifiant également la confiance en soi de la personne.

Afin de personnaliser au mieux les séances aux besoins des participants, nous nous sommes inspirées de cette méthode pour les exercices proposés, sans toutefois l'appliquer normativement à chacun des participants, mais plutôt dans l'objectif que chacun s'approprie le plus justement les fondamentaux pour en retirer les bienfaits en fonction de ses propres possibilités et besoins, avec recherche de « sa propre vérité » ou expression de son « Moi ».

Afin de suppléer les aspects négatifs de l'activité physique professionnelle et pour respecter les recommandations de l'OMS, détaillées plus haut, il nous a semblé intéressant d'introduire, dans le projet psychomoteur des agents scolaires, des propositions de **renforcement musculaire**.

Celles-ci, inspirées de la méthode Pilates, pourraient s'avérer d'une **grande richesse en termes de médiation**, surtout à but préventif, afin de replacer le plaisir du corps en mouvement au cœur de l'activité physique. Les principales règles à respecter sont les limites imposées par son corps propre. Cette médiation favorise **l'écoute des possibilités corporelles et le développement des ressources physiques**.

En effet, le but est de **créer des efférences spécifiques** sur les zones qui se sont révélées trop stimulées par les contraintes mécaniques répétées, de permettre grâce à l'accompagnement, la **régulation tonique** nécessaire au maintien des postures. Cela participe d'une certaine manière à une **sensation de meilleur contrôle de ses capacités corporelles** en fonction de l'environnement.

Ainsi, comme la **détente inspirée de la relaxation**, cela permet **d'augmenter son sentiment de ressources physiques personnelles** face à une situation donnée, reconnue comme menaçant, en limitant alors la réaction de stress. C'est pourquoi nous avons choisi **dans un deuxième temps** de faire des **propositions de renforcement musculaire** inspirées de la méthodes Pilates.

3) Bénéfices supposés de ces deux médiations dans nos ateliers

a) Définition du tonus et tonicité :

Selon Vulpian en 1874, « *C'est l'état de tension active, permanente, involontaire, variable dans son intensité selon les diverses actions syncinétiques qui le renforce ou l'inhibe* » (Cité par Robert-Ouvray, S. Servant-Laval, A., 2015, p.161)

On définit trois types de tonus :

- Tonus de fond : contraction isométrique, ne génère ni déplacement ni mouvement, permet l'unité corporelle,
- Tonus de posture : permet le maintien de la posture, ou positionnement du corps dans l'espace, lié à l'état de vigilance et émotionnel,
- Tonus d'action : état de tonicité nécessaire au mouvement intentionnel ou non.

Selon Suzanne Robert-Ouvray (2007), « *Depuis la naissance jusqu'à la fin de notre vie, la tonicité est notre baromètre et notre carte d'identité psychocorporelle.* »

Toujours selon Suzanne Robert-Ouvray et Agnès Servant-Laval (2015), « *C'est un mode de communication infra verbale. Hors langage, cette communication se perçoit par la vue et le tact. Elle se ressent dans les postures et les mouvements, dans les vibrations corporelles, dans les tensions et les détente.* »

b) Comment agissent les médiations proposées ?

Comme nous l'avons expliqué précédemment lors des différentes phases de réactions physiologiques au stress, deux voies principales vont augmenter le tonus musculaire et la force de contraction. Ce sont respectivement la formation réticulée (modulatrice du réflexe myotatique par l'intervention de la boucle gamma) et la voie hypothalamo hypophyso médullo-surrénalienne (ou adrénérergique). (Guiose, 2007)

Lors des phases de résistance et d'épuisement, les surrénales sécrètent en continu des catécholamines, favorisant l'augmentation du tonus musculaire, et des glucocorticoïdes. Ces dernières semblent en retour favoriser la production des cytokines inflammatoires suspectées d'augmenter le risque d'apparition des TMS.

Les divers mécanismes mis en œuvre au cours des méthodes de relaxation comme la respiration, les activités musculaires ou les inductions verbales modifient l'action des centres nerveux impliqués dans la régulation du tonus (Guiose, 2007). La relaxation vient en effet permettre un abaissement de l'état de vigilance et de l'activité des systèmes neurovégétatif et neuroendocrinien sur-stimulés en cas de stress. Elle favoriserait à la fois une réduction de la

sécrétion des catécholamines et des glucocorticoïdes et ainsi par extension une diminution du tonus musculaire.

Quant au renforcement musculaire ciblé sur les muscles de posture et les zones fortement sollicitées par le poste de travail, il permet une réafférentation progressive d'une modulation tonique, en faisant ressentir et conscientiser, par l'apport de la conscience corporelle, des appuis et de la respiration, les groupes musculaires en action ainsi que les différences toniques. Il permet de renforcer le centrage de la personne par la stimulation symétrique des muscles de posture.

Les TMS sont le signe de l'inadéquation entre les capacités du corps et les contraintes auxquelles il est exposé, de même que le stress montre le dépassement des capacités d'adaptation psychiques de l'individu. D'où l'importance d'une préparation corporelle et psychique de manière ciblée aux efforts qu'il aura à fournir. Tout comme un sportif s'entraîne en fonction de l'objectif qu'il prépare, en compétition ou simplement pour son plaisir, un salarié devrait pouvoir l'être également en fonction des tâches qui lui sont imparties.

Par l'**action conjuguée** des deux médiations, nous pouvons imaginer potentialiser les **effets modulateurs sur l'activité tonique** des participants. Cela pourrait permettre une **meilleure capacité d'absorption des contraintes mécaniques** sur les zones corporelles exposées. On pourrait également imaginer que si la **tonicité individuelle** se trouve régulée, alors le **dialogue tonique** repris par J. de Ajuriaguerra, sur la base des travaux de H. Wallon (1930), pourra également se voir modifier et transformer les relations infra-verbales interpersonnelles au sein d'une équipe, dans le cas présent professionnelle.

c) *Pourquoi avons-nous choisi cet ordre de médiations et leurs répartitions ?*

“Une activité relativement ininterrompue s'accompagne d'une augmentation constante de la tension qui peut finir par devenir pathogène. Si l'on peut, à l'aide d'une technique de relaxation, diminuer régulièrement le niveau de tension, l'activité peut s'inscrire à un niveau toujours normal, et le rendement s'en trouve accru.” (Durand de Bousingen, 1992, p.63)

La modification de tonus apportée par la relaxation, que nous avons développée plus haut, grâce à la réticulée inhibitrice, agit au niveau du sarcomère (succession d'unités constituant les myofibrilles, elles-mêmes constituant les fibres musculaires), qui est l'unité contractile musculaire du muscle strié. Ce sarcomère est composé de filaments fins d'actine et épais de myosine. Le glissement des filaments fins d'actine le long des filaments épais de myosine induit la contraction du sarcomère, donc du muscle en question (après stimulation du motoneurone alpha et fixation post synaptique d'acétylcholine pour la conduction du message nerveux). Pour ce faire, il a fallu une fixation des têtes de myosine, grâce à des ponts d'union sur les filaments

d'actine (permise par l'hydrolyse d'ATP¹⁶, avec changement d'orientation des têtes de myosine). Si l'ATP n'est pas renouvelée, les têtes de myosine ne se détachent pas de l'actine et le sarcomère, donc le muscle reste raccourci. Le stress stimule en permanence la réticulée excitatrice afin de conserver un état tonique de vigilance en contraction. Si le sarcomère a atteint son raccourcissement optimal, on ne peut pas lui demander un effort de contraction supplémentaire, au risque de créer des micro traumatismes. **Il faut donc, au préalable de toute contraction musculaire, lui permettre de se relâcher, raison pour laquelle il nous a semblé important dans la chronologie de nos médiations de commencer par la détente inspirée de la relaxation.** Ainsi la commande motrice peut moduler le raccourcissement des sarcomères de manière progressive, ce qui apaise également le métabolisme avec une moindre consommation d'ATP, ceci étant moins énergivore. **Une fois qu'une modulation tonique a pu s'effectuer, grâce au rallongement des sarcomères, alors nous pouvons demander des contractions sur des groupes musculaires spécifiques, choisis en fonction de nos observations.** Ces contractions sont demandées avec l'attention du sujet, afin qu'ils les ressentent et apprennent à les contrôler et à les moduler lui-même lorsqu'il aura acquis une autonomie suffisante dans les propositions.

D'un commun accord, nous avons, en fonction de nos affinités et parcours sportifs respectifs, décidé que Noémie effectuerait la détente inspirée de la relaxation, Dominique les propositions de renforcement musculaire.

Ayant découvert le Pilates depuis finalement peu de temps, Noémie se sentait plus à l'aise à l'idée de proposer la médiation détente. Cette dernière s'inspire en effet des méthodes de relaxation et de conscience corporelle que nous avons expérimentées au cours de notre cursus et s'est enrichie des propositions que Noémie avait expérimentées lors des TD de l'option annuelle de troisième année « Relaxations thérapeutiques et techniques de conscience corporelle ». Dominique a quant à elle très vite ressenti, dans son activité professionnelle, la nécessité d'une bonne condition physique afin que son corps puisse résister au mieux aux contraintes qui lui étaient imposées. Ceci sans souffrance, en conservant le plaisir de bouger, avec souplesse et efficacité. Le but étant de ne pas arriver au point de déformation ou de rupture de tout matériau soumis à des contraintes mécaniques trop élevées pour sa capacité de résistance. (Zeghloul A, 2016-2017) C'est pour cette raison que depuis plusieurs années Dominique s'est orientée vers le Pilates à titre personnel et a souhaité transmettre cette pratique aux agents dans ce projet préventif.

Nous avons essayé cette formule en restant ouvertes à une éventuelle modification, mais le déroulement des ateliers selon cette répartition s'est avéré très fluide, ce qui nous a décidé à poursuivre ainsi.

¹⁶ Adénosine Triphosphate, molécule apportant l'énergie nécessaire à la contraction musculaire.

C. Notre emploi du temps en tant que stagiaires dans les écoles

Conjointement avec la Médecin du travail, nous avons convenu d'intervenir de novembre 2020 à juin 2021 dans les deux écoles, chaque jeudi de 13h30 à 17h30. Notre présence comprenait à la fois des moments d'observation et de discussion avec les agents ainsi que les ateliers en tant que tels. Pour les besoins de notre étude, seuls les ateliers jusqu'à la mi-février ont pu être évalué par les questionnaires. Néanmoins, notre présence en stage et nos ateliers se maintiennent jusqu'à la fin du mois de juin 2021.

Dans la première école, nous arrivions à 13h30, après le déjeuner des enfants, afin d'observer les agents sur leur poste de travail au réfectoire et en cuisine, pour le nettoyage et le rangement. Durant une demie heure à trois quarts d'heure, nous observions les différents gestes effectués, les contraintes imposées par le matériel, l'équipe, le temps imparti pour leur réalisation, et les possibilités physiques des personnes avec leurs points de fragilités. Nous prenions le temps de discuter avec le personnel, cela nous permettait également d'établir au mieux nos séances en fonction des besoins observés in situ. Vers 14h, nous allions ensuite installer le matériel dans la salle préalablement choisie pour notre atelier. Celle-ci se trouve dans le réfectoire réservé aux instituteurs, non utilisé en cette période de crise sanitaire et qui présente l'avantage d'être un peu retirée des zones d'activités bruyantes. Nous disposions les tapis au sol, sur lesquels nous effectuions une partie de la détente et l'ensemble des exercices de renforcements musculaires. Ceux-ci étaient placés en respectant les distances recommandées et désinfectés après chaque séance. Nous préparions également les musiques que nous souhaitions diffuser durant l'atelier. Nous profitions également de ce moment pour ajuster nos propositions en fonction des discussions avec les employés et de nos nouvelles observations. Puis à 14h15, l'atelier pouvait commencer. Celui-ci débutait toujours par le moment détente et se poursuivait avec les propositions de renforcement musculaire. La séance se terminait enfin par un temps de parole de 5 minutes pour écouter et soutenir les ressentis des participants. À 15h10, après avoir désinfecté le matériel nous partions sur le chemin de la deuxième école...

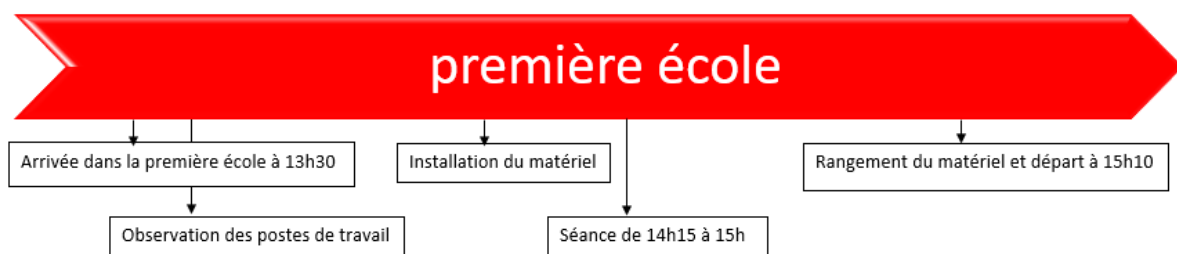


Figure 24: Déroulement de la journée dans la première école

Dans la deuxième école, nous arrivions à 15h30. Contrairement à la première école, nous commençons l'atelier n°2 peu après notre arrivée, après l'installation du matériel. Celui-ci se déroulait de 15h40 à 16h25 en respectant la même chronologie que l'atelier n°1 c'est-à-dire d'abord le moment détente puis le renforcement musculaire et enfin le temps de parole. Les propositions étaient similaires à celles de la première école, elles étaient toutefois ajustées en fonction des possibilités de nos participants. Puis à partir de 16h30 après le rangement de notre matériel, pendant trois quarts d'heure à une heure, nous allions observer les gestes des personnes dans le second établissement, qui en deuxième partie de journée font le ménage dans les salles de cours, après avoir effectué la préparation, le service et le rangement du déjeuner des enfants. Il s'agissait d'un moment important pour entendre les problématiques des salariés et observer, écouter leurs ressentis post-séance.

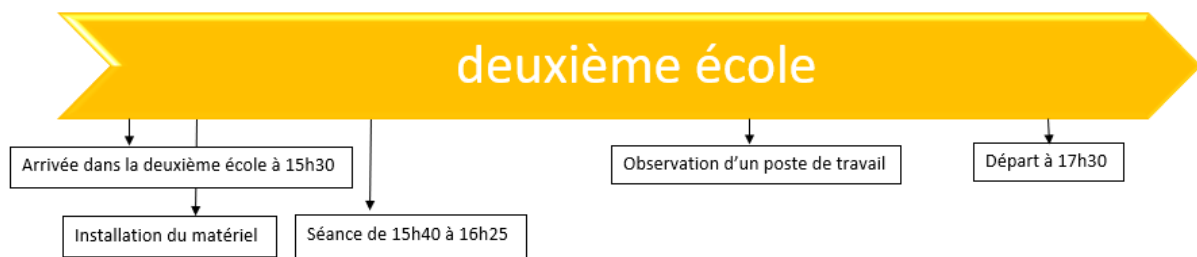


Figure 25: Déroulement de la journée dans la deuxième école

D. Cadre et déroulement des ateliers

Nous avons construit nos séances, d'une part en fonction de nos observations, d'autre part des résultats aux premiers questionnaires et enfin en fonction des possibilités des participants. Les propositions au cours des moments de détente se sont enrichies progressivement au fil des séances (suggestions et expériences) mais ont toujours suivies la même chronologie. En ce qui concernent les exercices de renforcement musculaire, nous les réajustions en quantité et intensité. Ceux-ci ont été élaborés en essayant de les combiner au mieux aux niveaux d'évolutions motrices (NEM) en respectant leurs progressions.

Nous avons fait le choix de diffuser une musique apaisante adaptée aussi bien aux deux médiations. Nous souhaitions proposer un rythme plus lent lors de notre séance pour contraster avec celui intense que les agents connaissent pendant leur journée de travail.

Au départ, nous pensions proposer nos séances à un groupe fermé. Les agents ont alors été convié à s'inscrire sur feuille pour que nous puissions prendre connaissance des participants qui souhaitaient participer à la séance suivante. Cela a été également pensé dans le but de créer un cadre où il était demandé une certaine régularité. Finalement, vu le faible nombre de participants au bout de quelques séances dans la première école et de certaines absences dans la seconde, nous avons abandonné l'idée de l'inscription pour plus de simplicité. Au cours de

nos interventions, le nombre de participants a alors fluctué pour progressivement se stabiliser à 5 personnes.

Dans la première école, notre atelier se déroulait au même moment où les agents, venant de terminer leurs tâches, prenaient leur pause déjeuner. Cela a en conséquence dissuadé les premiers volontaires de poursuivre sur le long terme. Malgré un changement d'horaire où nous avons décalé d'un quart d'heure plus tard le début de l'atelier, il nous a été difficile de fédérer plus de personne. Un seul agent a finalement participé régulièrement à nos séances. Nous avons décidé de participer pendant l'intervention de notre binôme pour éviter de nous retrouver dans une posture d'observateur face à lui. Celle-ci pouvant être perçue comme inconfortable pour l'agent.

Dans la deuxième école l'horaire de notre atelier n'a pas ici constitué un frein, les agents avaient en effet eu le temps de déjeuner avant notre venue. Les deux premières séances ont pu se dérouler dans une première salle adaptée (à l'écart du bruit, fenêtres avec rideaux etc.) Cependant cette dernière était réservée en priorité pour les activités de lecture et de théâtre des enfants, nous avons alors poursuivi nos séances dans un réfectoire spacieux mais moins aisé à aménager. Un groupe de quatre personnes s'est finalement investi régulièrement dans nos séances.

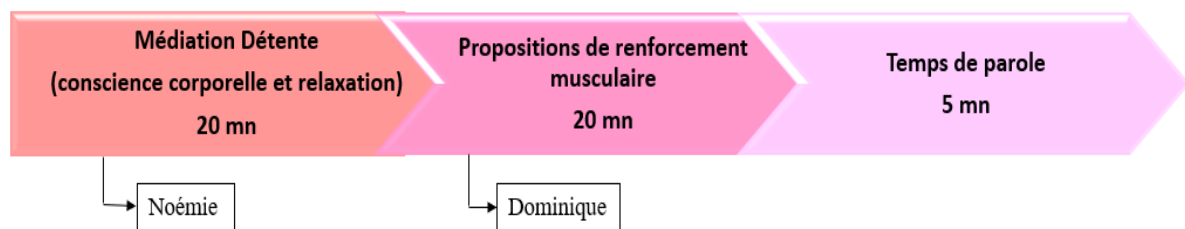


Figure 26: Déroulement d'une séance

La coanimation s'est révélée être un avantage dans un atelier groupal comme le nôtre. Pendant que l'une proposait une médiation, l'autre participait avec les agents et pouvait intervenir individuellement auprès des personnes exprimant des difficultés.

Au cours de la toute première séance par exemple, au moment de la détente, un participant n'a pas souhaité continuer l'atelier et s'en est allé avant la fin. Noémie, qui menait alors l'atelier, a été quelque peu désarçonnée sur l'instant. Grâce à son expérience de thérapeute, Dominique a su prendre le relai pour expliquer à l'agent qu'il pouvait être intéressant de rester au moins jusqu'à la fin de l'atelier pour se faire une idée plus globale. Pendant ce temps, Noémie a pu poursuivre ses propositions plus sereinement pour les membres restants. Plus généralement, Dominique intervenait quand des perturbations extérieures se manifestaient pendant le moment

détente (irruption dans la salle de personnes, bruits environnants etc.). Quand venait le temps du renforcement musculaire, Noémie intervenait pour expliquer de nouveau les consignes ou précisait aux participants de ne pas aller au-delà de leurs propres limites corporelles. La coanimation permet de garantir plus facilement un cadre stable et contribue au bon déroulement de l'atelier.

De même, celle-ci permet de recevoir un retour objectif sur la séance qui s'est déroulée. Les discussions que nous avons eues ensemble, juste après les ateliers, nous ont permis de voir les modifications que nous pouvions apporter pour améliorer la qualité de nos interventions. Ainsi cela a permis à Noémie de porter plus attention à sa voix : qu'elle puisse être audible malgré le port du masque, qu'elle soit douce pour être apaisante, sans être perçue comme envahissante ni trop édulcorée au cours de la détente. Pour Dominique, il a fallu veiller à ne pas aller trop vite dans les propositions, ajuster constamment celles-ci afin de permettre aux participants de suffisamment ressentir leur corps, les contractions demandées et les modulations toniques procurées, de prendre progressivement conscience des différences. Le rétro contrôle visuel était permanent, pour modifier parfois le rythme, revenir sur les explications des différents paramètres.

Enfin, il fallait souvent rappeler le cadre lorsque le nombre de participants était plus important (penser à arriver à l'heure, éteindre les portables, faire le silence même si on a envie de parler avec ses collègues...). Cela ne perturbait pas outre mesure Dominique comme elle était déjà habituée auparavant à gérer des patients, il lui fallait juste s'habituer au groupe. Pour Noémie, il lui a fallu quelques temps, pour que ces détails soient pensés automatiquement dès le début des séances.

Tableau des séances

Date	Nombre de participants	Médiation Détente (Conscience corporelle et relaxation)	
		Objectifs	Propositions
19/11	10	Gestion des émotions et régulation tonique	Expérience lourdeur sur une chaise
26/11	13		Expérience lourdeur sur le tapis
3/12	4		Expériences lourdeur et chaleur
10/12	4		
07/01	5	Mise en disponibilité psychocorporelle et régulation tonique	Marche conscience, expériences lourdeur, chaleur, cœur
14/01	4	Conscience corporelle, régulation tonique et respiration	Échauffement doux des articulations, expériences de la lourdeur, chaleur, cœur et respiration
21/01	4	Conscience corporelle, enveloppe corporelle et respiration	Automassages et expériences de la lourdeur, chaleur, cœur et respiration
28/01	4		Marche consciente, échauffements doux, automassages, expériences lourdeur, chaleur, cœur, respiration
04/02	5		
11/02	3		

Tableau 7: Médiation détente

Date	Nombre de participants	Propositions de renforcement musculaire	
		Objectifs	Propositions
19/11	10	Régulation tonique et respiration	Exercices respiration diaphragmatique, conscience des appuis, regroupement corporel
26/11	13	Régulation tonique, structuration axe corporel	Exercices de flexion/extension de colonne, torsion des ceintures
3/12	4	RT et équilibre statique	Exercices conscience des appuis et équilibre
10/12	4	RT et contrôle moteur des membres inférieurs	Exercices conscience des appuis, fentes avant et latérales
07/01	5		
14/01	4	RT et contrôle moteur des membres supérieurs	Exercices d'étirements vertical et latéral
21/01	4		
28/01	4	RT, motricité globale et coordination	Reprise des exercices suivant les niveaux d'évolution motrice ¹⁷
04/02	5		
11/02	3		

Tableau 8: Propositions de renforcement musculaire

¹⁷ N.E.M: Les niveaux d'évolution motrice ont été déduits des aptitudes motrices observées par M. Le Métayer chez l'homme, qui sont innées et non vouées à disparaître lorsque l'enfant grandit. (Le Métayer, M., 1993)

Pour agrémenter votre plat, nous vous suggérons « le bilan surprise du chef ».

IV. La garniture ou bilan des ateliers proposés

Les questionnaires initialement distribués en novembre l'ont été de nouveau en février, afin de quantifier d'éventuelles modifications sur les variables étudiées. Nous avons également sollicité l'avis des participants, des non participants et du médecin du travail quant à nos ateliers ainsi que nos propositions via des questionnaires d'évaluation de ceux-ci.

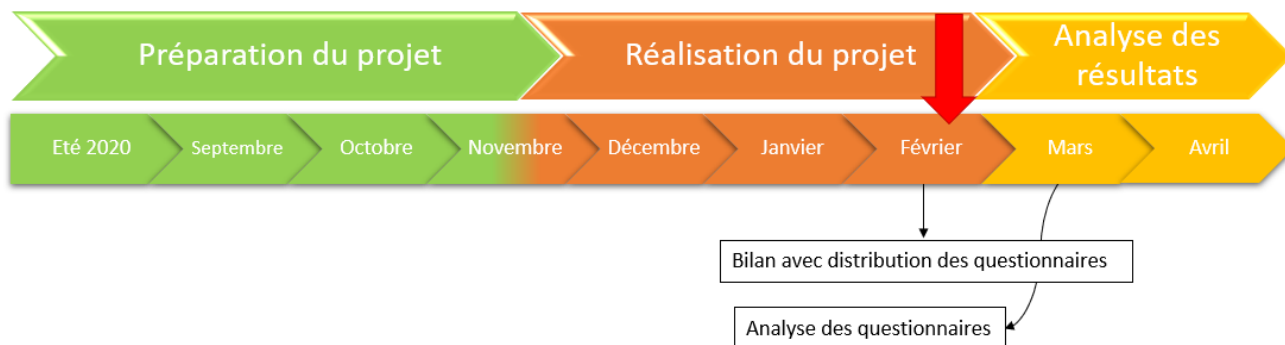


Figure 27: Chronologie du bilan

A. Échelle de Stress Perçu

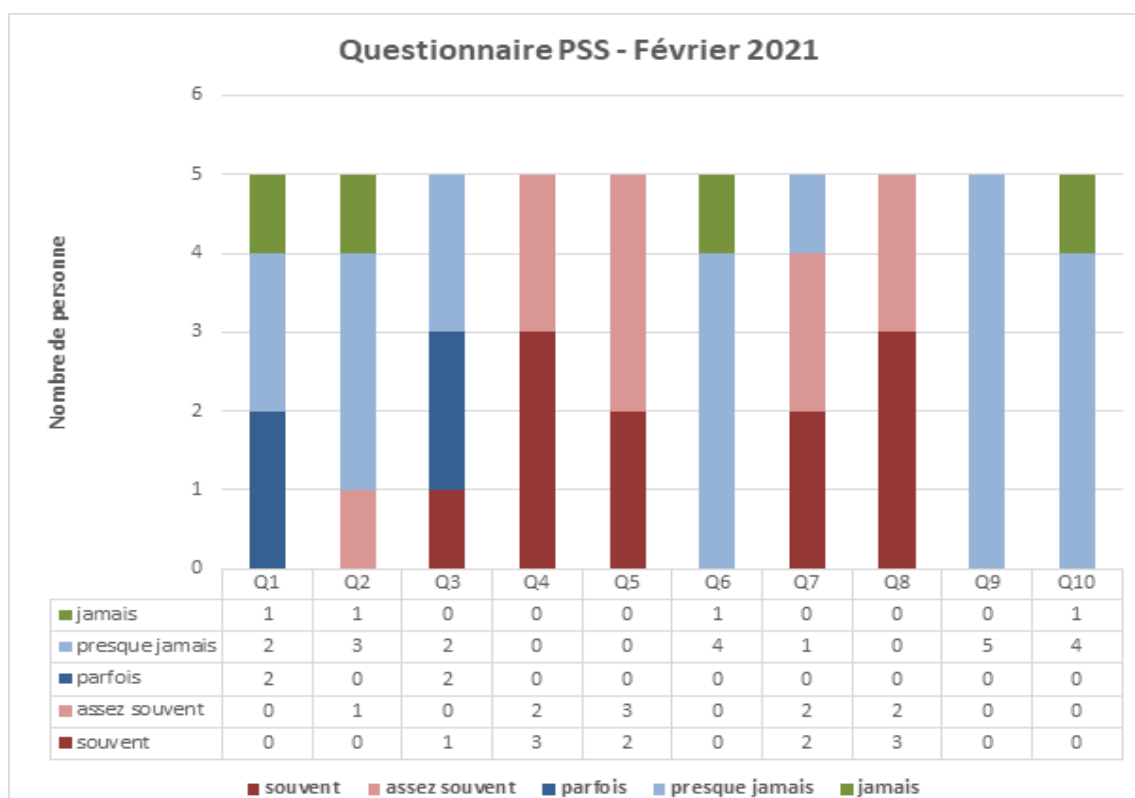


Tableau 9: Résultats PSS - Novembre 2020 et Février 2021

	Personne A	Personne B	Personne C	Personne D	Personne E
Total février 2021	33	30	32	28	30
Total novembre 2020	34	30	28	30	33

Si l'on compare les résultats des questionnaires PSS de novembre 2020 et ceux de février 2021, nous voyons toujours un total supérieur à 27, ce qui signifie un niveau de stress encore élevé. Pour une personne le niveau reste inchangé, pour deux autres, il est descendu de deux et trois points, une autre est descendue de 1 point, et pour une autre le niveau de stress est monté de quatre points.

B. Questionnaire Nordique

Question 1 (Q1) : Pendant les 12 derniers mois, avez-vous ressenti un trouble ? (Gêne, douleur, souffrance, engourdissement etc.)

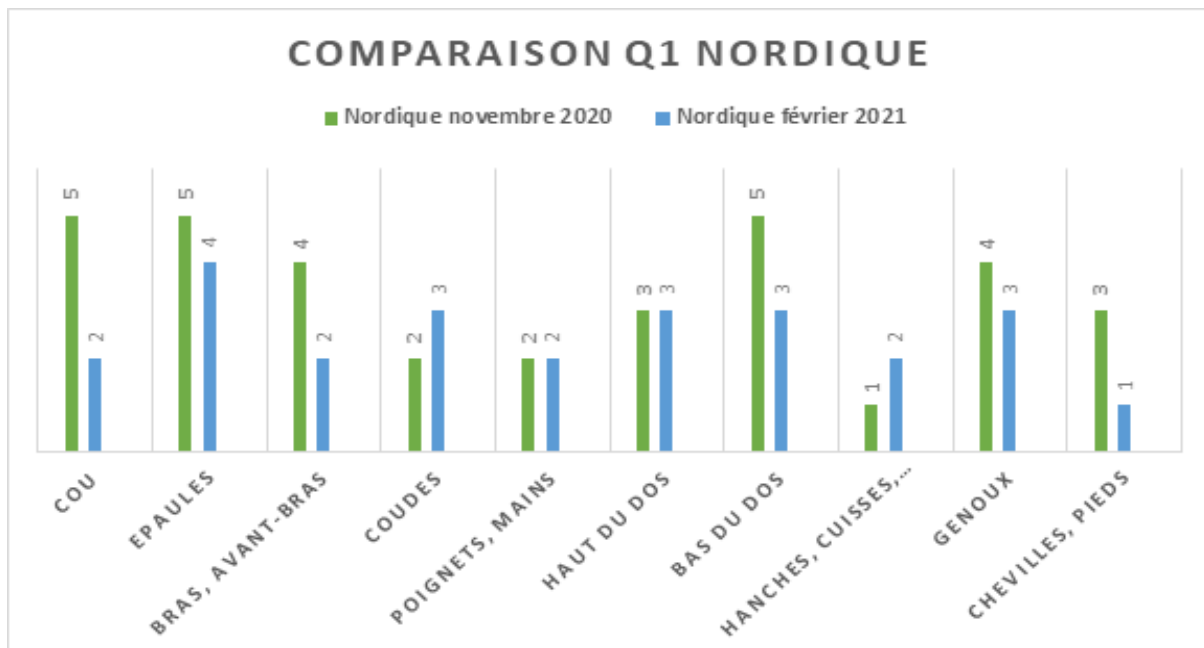


Figure 29: Graphique Q1 - Novembre 2020 et Février 2021

Pour les troubles ou gênes ressentis (Q1), la répartition est différente, deux personnes, contre cinq en novembre, ont mal aux cervicales, de même le bas du dos reste présent chez trois personnes contre cinq en novembre. Les chevilles/pieds sont ressenties moins gênantes en février puisqu'une seule personne est concernée contre trois en novembre.

Au niveau des avant-bras, on est passé de quatre personnes gênées en novembre contre deux en février.

Pour les épaules, cela reste sensiblement identique puisque cinq personnes ressentait des gênes en novembre contre quatre en février, de même pour les genoux avec quatre personnes en novembre et trois en février, le haut du dos reste identique avec trois personnes concernées aux deux relevés, ainsi que les poignets/mains avec deux personnes à chaque fois.

Par contre pour les hanches/cuisses/fesses on est passé d'une personne en novembre à deux en février, de même pour les coudes, on est passé de deux en novembre à trois en février.

Question 2(Q2) : Pendant les 12 derniers mois, cela vous a-t-il empêché de faire les activités normales (ménage, loisirs, jardinage etc.) ?

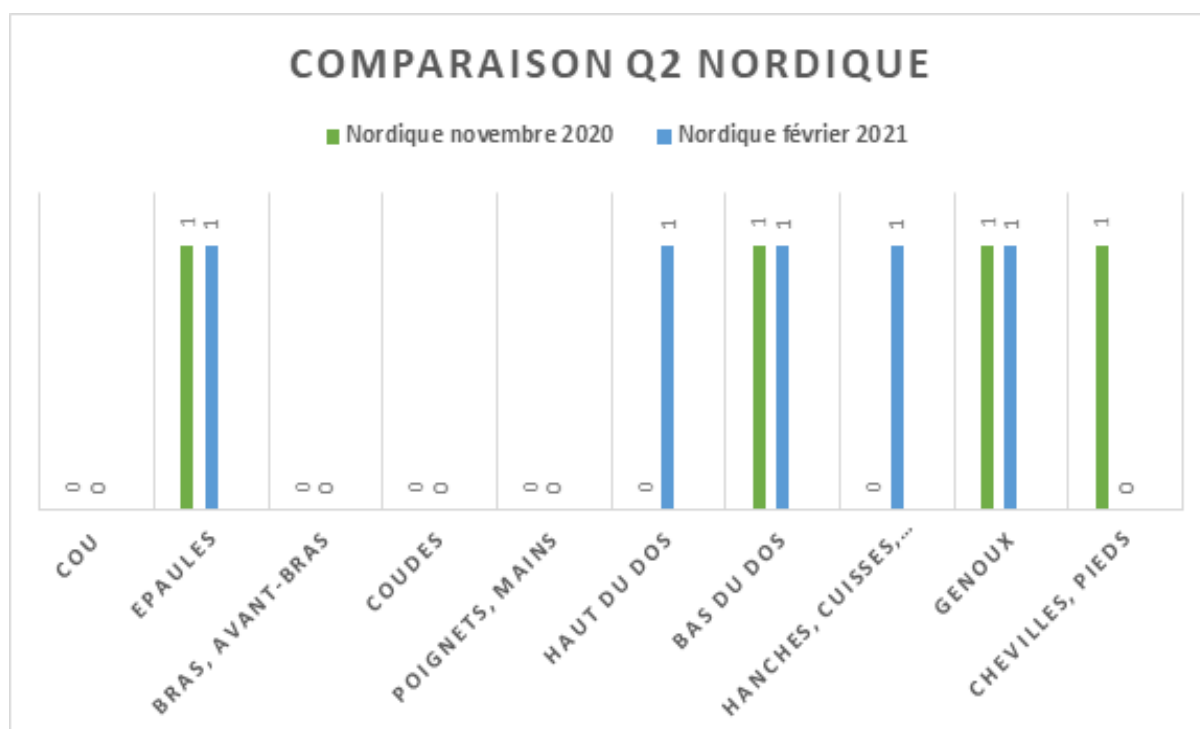


Figure 30: Graphique Q2 - Novembre 2020 et Février 2021

L'incapacité à réaliser des tâches quotidiennes (Q2) a progressé entre novembre où elle était due à des gênes au niveau des épaules, bas du dos, genoux, chevilles/pieds pour une personne à chaque localisation, à février, sur les mêmes répartitions avec en plus sur le haut du dos et hanches/cuisses/fesses, seules les gênes sur les chevilles ont disparu.

Question 3(Q3) : Pendant les 12 derniers mois, cela a-t-il causé un arrêt de travail ?

Par rapport au questionnaire distribué en novembre, il n'y avait toujours pas d'arrêt de travail noté chez nos participants.

Question 4(Q4) : Pendant les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous ressenti cette douleur ?

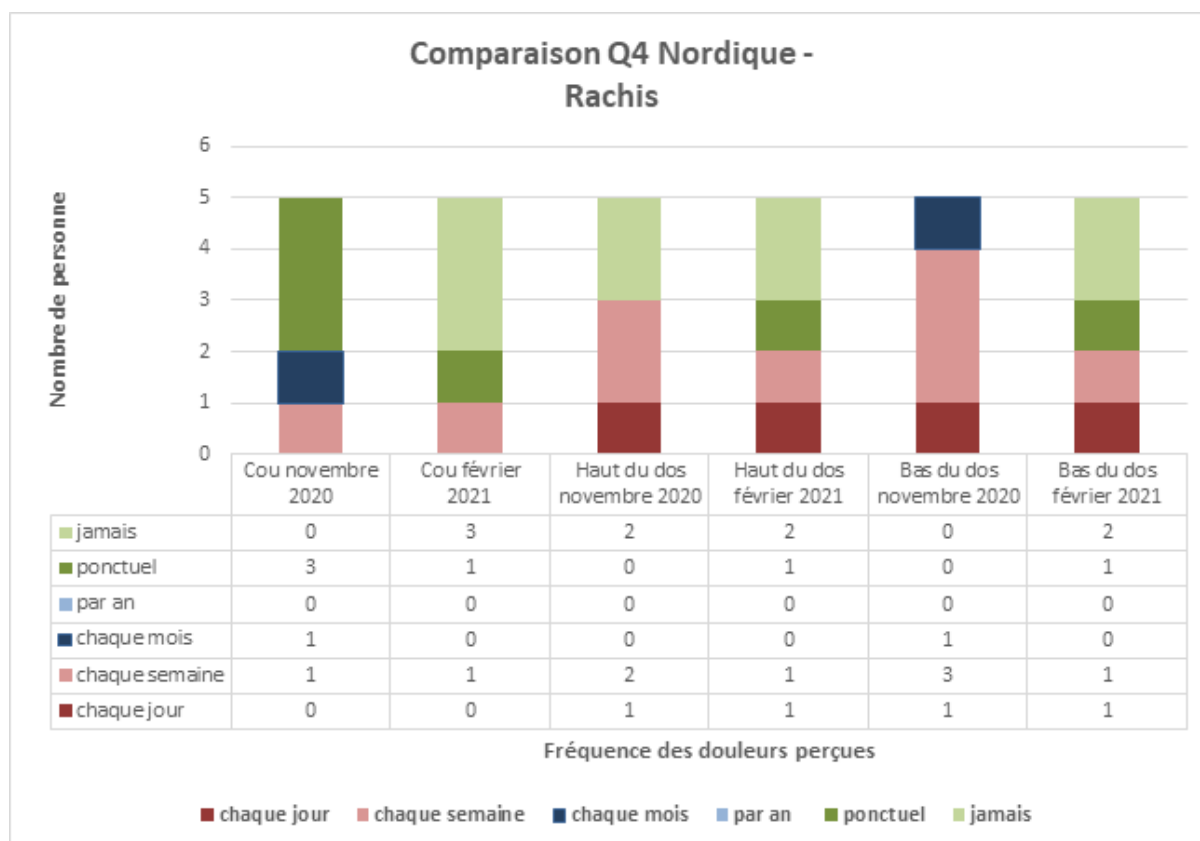


Figure 31: Graphique Q4 - Rachis - Novembre 2020 et Février 2021

Au niveau du rachis, nous voyons de légères modifications de fréquence des gênes ressenties, notamment au niveau du cou, où trois personnes indiquent n'avoir jamais eu mal durant les douze derniers mois donc probablement jamais eu mal depuis le précédent questionnaire de novembre puisqu'en novembre personne n'avait jamais eu mal.

De même au niveau du haut du dos, les gênes quotidiennes restent aussi fréquentes, mais les gênes hebdomadaires en novembre laissent apparaître des sensations plus ponctuelles en février.

En bas du dos, la fréquence quotidienne reste la même, avec cependant une diminution des fréquences hebdomadaires et mensuelles au profit de gênes ponctuelles voire inexistantes.

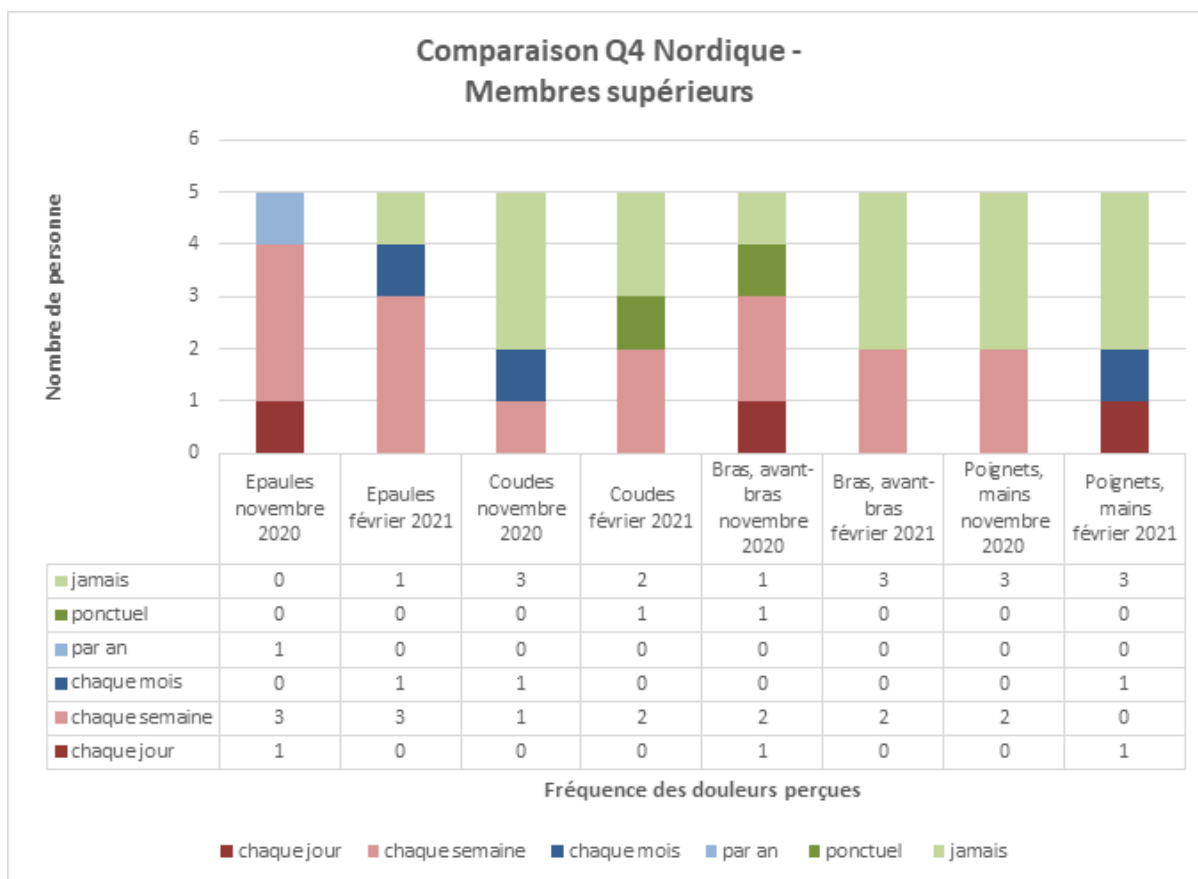


Figure 32: Graphique Q4 - Membres supérieurs - Novembre 2020 et Février 2021

Au niveau des membres supérieurs, en premier lieu au niveau des épaules, la fréquence quotidienne des gênes présente en novembre a disparu en février, la fréquence hebdomadaire reste inchangée, apparaît une fréquence mensuelle ainsi qu'une disparition de ces gênes ce qui laisse suggérer une amélioration de ces troubles dans leur fréquence d'apparition.

Au niveau des coudes la fréquence des gênes hebdomadaires est plus importante en février qu'elle ne l'était en novembre, et une personne en a présenté ponctuellement.

Les bras, avant-bras ont été améliorés au niveau de la fréquence quotidienne qui n'apparaît plus en février, le ressenti hebdomadaire reste inchangé, n'apparaissent plus de troubles ponctuels au profit d'aucune gêne ressentie.

Les ressentis sur les poignets mains demeurent inchangés pour les personnes qui ne ressentent aucune gêne, cependant là où les gênes étaient pour deux personnes hebdomadaires en novembre, elles sont devenues en février, pour une quotidienne et une autre mensuelle, ce qui est certes mieux qu'hebdomadaire.

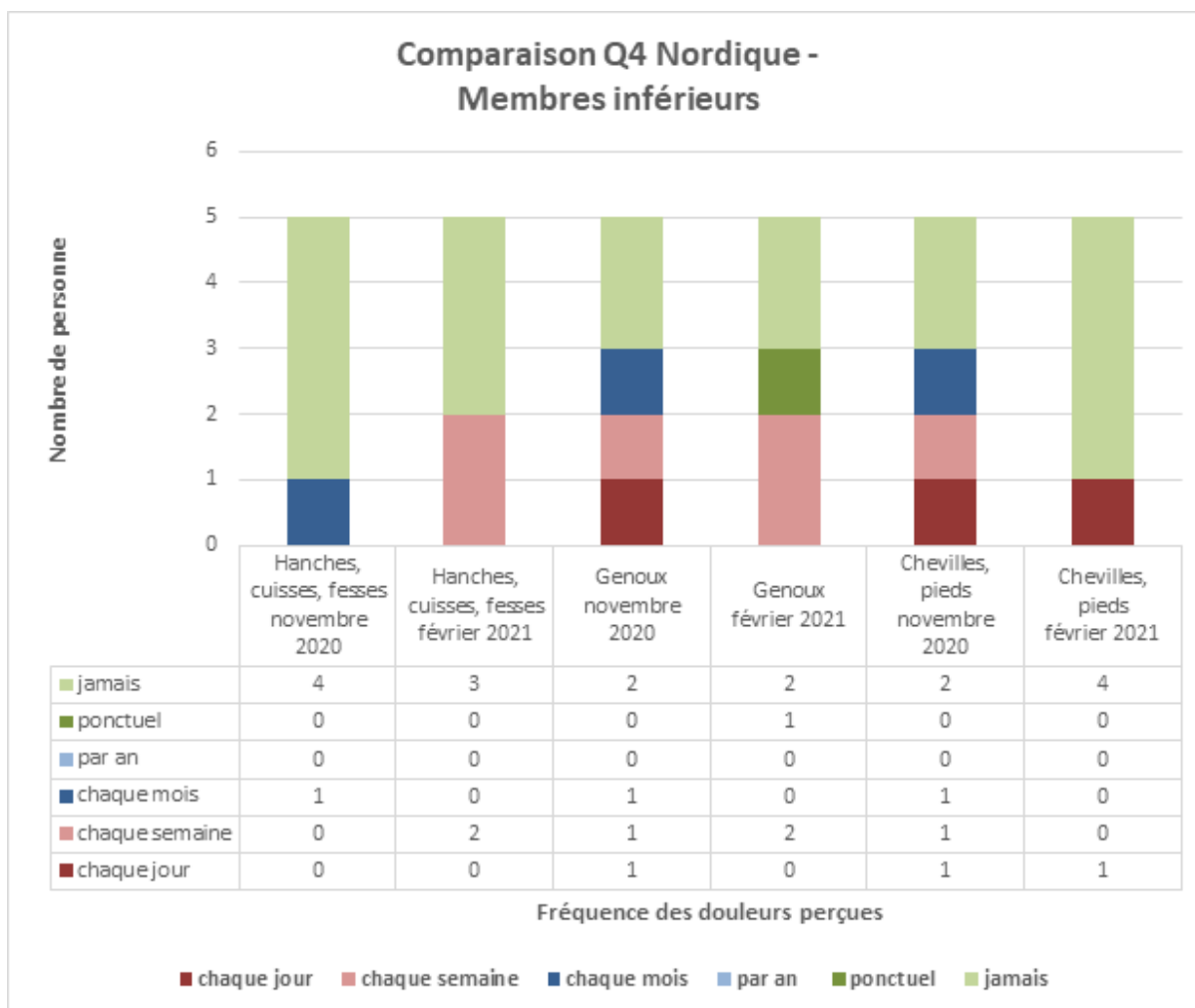


Figure 33: Graphique Q4 - Membres inférieurs - Novembre 2020 et Février 2021

Concernant les membres inférieurs, les personnes ne ressentant jamais de gêne en novembre étaient plus nombreuses qu'en février, et le ressenti mensuel pour une personne est passé en février à un ressenti hebdomadaire pour d'entre elles.

Pour les genoux la répartition de ceux ne ressentant jamais de gêne reste inchangée, la fréquence hebdomadaire augmente en février mais pour une personne, la gêne ressentie quotidiennement en novembre disparaît. Globalement pour les chevilles, pieds la fréquence de février s'améliore puisque quatre personnes ne ressentent jamais de gêne depuis les douze derniers mois, donc le dernier questionnaire de novembre puisqu'à ce moment-là deux d'entre eux n'en ressentaient jamais, la sensation reste inchangée pour une personne avec des sensations quotidiennes.

C. Questionnaire évaluation finale : retours, bilan des participants¹⁸

Questions relatives
aux médiations
proposées

Questions relatives
à notre pratique

Questions relatives
au cadre spatio-
temporel

Aimez-vous les médiations proposées ?	5 Oui pour la détente et le renforcement musculaire
Tons de nos voix appropriés ?	5 Oui pour la détente et le renforcement musculaire
Se relaxer vous semble-t-il facile ? Les exercices de Pilates vous semblent-ils faciles ?	Détente : 1 Facile, 4 Un peu difficile Renforcement musculaire : 1 Facile, 4 Un peu difficile
Avez-vous l'impression que l'on s'adapte à vos besoins au fur et à mesure des séances ?	5 Oui
Percevez-vous des effets bénéfiques dans votre quotidien ?	5 Oui pour la détente et le renforcement musculaire
L'horaire des séances vous semble-t-il ?	4 Approprié, 1 Trop tôt
La durée des séances vous semble-t-elle ?	4 Durée suffisante, 1 Pas assez
Cette expérience vous donne-t-elle envie de pratiquer chez vous ?	5 Oui pour détente et renforcement musculaire
Souhaiteriez-vous la poursuite de ces ateliers préventifs à l'avenir ?	5 Oui

Tableau 10: Résultats - Questionnaire des participants

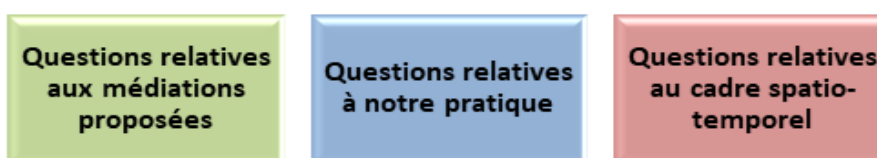
Apparemment les médiations proposées semblent avoir convenu à nos cinq participants. La difficulté ressentie est modérée puisque quatre personnes trouvent les deux médiations un peu difficiles et une facile. De plus, tous ressentent des effets bénéfiques dans leur quotidien par rapport aux deux médiations, cela leur donne envie de pratiquer chez eux, et ils souhaiteraient la poursuite des ateliers.

Nous concernant, les tons de nos voix à toutes les deux semblent appropriés pour tous, de même que notre faculté d'adaptation à leurs besoins en fonction des séances.

Pour l'organisation des séances, l'horaire paraît majoritairement approprié, de même, la durée semble majoritairement suffisante.

¹⁸ Cf. *infra*, Annexe VII, p. XV

D. Questionnaire évaluation finale : retours, bilan des non participants¹⁹



Le projet vous semble-t-il intéressant ?	7 Oui, 1 Non Renseigné (NR)
Les médiations proposées vous semblent-elles attractives ?	Détente : 7 Oui, 1 Non Renforcement musculaire (RM) : 6 Oui, 1 Non, 1 NR
Avez-vous eu peur que les exercices soient trop difficiles pour vous ?	Détente : 2 Oui, 7 Non, 1 NR RM : 2 Oui, 4 Non, 2 NR
Vos douleurs/fatigue vous paraissent-elles trop importantes pour y participer ?	7 Non, 1 oui
Les stagiaires vous ont-elles suffisamment expliqué le projet ?	6 Oui, 2 NR
Ont-elles été suffisamment à votre écoute pour répondre à vos questions éventuelles ?	6 Oui, 2 NR
L'horaire vous semble-t-il adapté ?	8 Non
Quel créneau horaire préféreriez-vous ?	2 Matinée, 6 Après-midis
Le lieu vous semble-t-il pratique ?	7 Oui, 1 NR
Si des modifications étaient apportées à ce projet, souhaiteriez-vous essayer d'y participer ?	6 Oui, 2 Non
Quelle médiation auriez-vous préféré pratiquer ?	2 : Relaxation 1 : Pilates 1 : Yoga

Tableau 11: Résultats - Questionnaire des non-participants

Pour les non participants, huit questionnaires nous sont revenus remplis, sur douze distribués.

Le projet leur a malgré tout semblé intéressant pour la plupart, de même que les médiations proposées. Ils ne présentaient pas d'inquiétudes particulières sur la difficulté des

¹⁹ Cf. *infra*, Annexe VIII, p. XVI

séances de détente, en revanche les avis sont plus mitigés pour le renforcement musculaire, avec deux personnes qui avaient peur que ce soit trop difficile et deux non renseignés contre quatre sans appréhension. Cependant leur état physique ne les a pas dissuadés pour la majorité.

Toutefois, si des modifications étaient apportées, six personnes sur huit seraient prêtes à y participer.

Quant à la question sur leurs choix d'éventuelles autres médiations qu'ils aimeraient, apparemment la question n'a peut-être pas été comprise pour la moitié d'entre eux, puisqu'ils ont cité celles qu'on leur a proposées. Ou bien elles ne souhaiteraient participer que à l'une ou à l'autre des médiations, sans que celles-ci ne soient conjointes.

Cependant il semblerait que nous ayons suffisamment expliqué le projet et répondu à leurs questions pour la plupart.

Par contre, l'horaire des ateliers a été reconnu inadapté à l'unanimité, la plupart d'entre eux souhaitaient aussi l'après-midi, mais pas sur le créneau proposé. Malgré tout, le lieu de déroulement de ceux-ci a été plébiscité.

E. Questionnaire évaluation finale : retour du Médecin du travail²⁰

En général, combien de fois recevez-vous les agents en consultation par an ?	Au moins une fois par an et plus pour ceux qui ont des soucis de santé, notamment des TMS.
Depuis le début de l'intervention psychomotrice les avez-vous vus plus ou moins ?	Pas de changement. Il faut dire que la période est particulière.
Était-ce pour des motifs similaires concernant le stress ?	Il y a plutôt plus de stress en 2020-2021 lié à un effectif diminué par les cas contacts et les personnes vulnérables qui ne sont pas au travail.
Était-ce pour des motifs similaires concernant les T.M.S ?	Oui car une plus grande charge de travail dans un contexte de stress = plus de TMS.
Pensez-vous que ce type d'ateliers ait modifié la perception des agents concernant leur poste de travail et leurs gestuelles ?	Je l'espère
Pensez-vous que les deux médiations proposées sont pertinentes par rapport aux problématiques rencontrées ?	Oui
La poursuite de ces ateliers vous semblerait-elle pertinente ?	Oui
Sur une échelle de 0 à 10, quelle serait pour vous la pertinence d'étendre cette intervention aux autres écoles de la ville ou aux autres services ?	7
Malgré la crise sanitaire, sur une échelle de 0 à 10, à quelle importance situez-vous le maintien de ces ateliers ?	8

Tableau 12: Résultats - Questionnaire du Médecin du travail

²⁰ Cf. *infra*, Annexe IX, p. XVII

Pour le retour du Médecin du travail, elle nous dit recevoir les agents au moins une fois par an, sans changement sur les quatre mois où nous avons effectué les ateliers.

Elle note un stress important sur la période, en partie lié à la crise sanitaire, et aux absences qu'il faut suppléer, de même pour les TMS dus à une plus grande charge de travail en contexte de stress.

La pertinence des médiations par rapport aux problématiques lui apparaît appropriée, ce qui motive son souhait de poursuites des ateliers, dont elle situe l'importance du maintien malgré la crise sanitaire et le fait qu'ils soient dans les écoles, à 8 sur 10. Étendre ce projet à d'autres écoles de la ville est situé à 7 sur 10.

Enfin en dessert nous vous proposons « le Chaud-froid Discussion ».

V. Le dessert ou discussion

A. Analyse des résultats résumés et arguments

“En prenant le large, même pour quelques heures, il s'arrache à la torpeur, à la mélancolie, au doute, à l'épuisement moral, car l'effort physique effectué par plaisir dissout toutes les tensions”. (Le Breton, 2020, p.87)

C'est dans cet esprit que nous avons voulu permettre aux participants, à travers nos ateliers, de s'extraire momentanément de leurs contraintes, en l'occurrence de travail, pour goûter aux plaisirs de la détente et du mouvement, en les conscientisant afin d'en savourer encore plus les bienfaits éventuels. Le déroulement de ces ateliers, sur le lieu même de travail, évite de rajouter tout stress lié au déplacement, ou de quelconques risques d'accidents de travail sur le trajet.

1) Comment les médiations corporelles choisies agissent sur le stress ressenti d'une part ?

“Des médecins et des psychologues (dont Wallon, Stambak, Spitz), ont étudié les rapports qui existaient entre la motricité et l'espace mental du bébé, et plus particulièrement entre le tonus des muscles et l'espace mental. Tous s'accordent à dire que la motricité est un agent d'intégration des données corporelles et cognitives. L'élément physiologique qui permet ces intégrations est le tonus musculaire.” (Robert-Ouvray S, 2007, p.45)

Il nous semblait donc important, d'après cette citation, de permettre aux participants d'obtenir une meilleure régulation de leur état tonique, à la fois dans l'apaisement via la détente inspirée de la relaxation, et à la fois via les stimulations des propositions de renforcement musculaire. Faire ressentir ces différents états aux personnes ne pouvait que les amener à avoir

une meilleure représentation mentale d'une part de leur corps, et d'autre part de la manière de le positionner confortablement face à leur environnement de travail.

Certes, les résultats d'abaissement du niveau de stress, selon l'échelle de stress perçu (PSS) sont très modestes, voire non significatifs, toutefois la période pour la mise en place de ce genre d'ateliers, liée à la crise sanitaire, n'était pas forcément propice pour une amélioration franche du stress ressenti. Cependant vu les conditions liées justement au contexte on aurait pu s'attendre à une augmentation très significative de ce même niveau de stress, or ce ne fut pas le cas, était-ce, en partie, lié à la participation à nos propositions ?

2) Comment les médiations corporelles choisies agissent-elles en modifiant le ressenti des TMS ?

Selon Cyrulnik, *“L'ennui avec les humains, c'est qu'ils voient l'univers plus avec leurs idées qu'avec leurs yeux.”* (Cité par Doltier, 2007)

En considérant l'opinion du Dr Cyrulnik, Neuropsychiatre français, il nous paraissait fondamental, à travers notre démarche de modifications d'intégration toniques et motrices, de parvenir à des modifications de ressentis corporels. Que ceux-ci soient de nature extéroceptif, avec la détente obtenue, afin d'être plus réceptif aux stimuli environnementaux (collègues, postes de travail...), de nature proprioceptive, avec les propositions de conscience corporelle sur les appuis et la respiration, les propositions de contractions musculaires sans précipitations, ou intéroceptives en prêtant attention aux signaux internes à l'organisme.

Les résultats du questionnaire Nordique, sur l'existence des TMS, leurs répercussions sur les activités du quotidien, ainsi que leurs fréquences, montrent une légère amélioration des gênes ressenties, à la fois sur le rachis, les membres supérieurs et inférieurs, par contre, les répercussions sur les activités du quotidien n'ont pas été améliorées, serait-ce dû à l'augmentation des tâches quotidiennes afin de suppléer les absences de certains collègues ?

Quant à la fréquence des TMS, elle a également été sensiblement améliorée au niveau du rachis et des membres supérieurs et inférieurs.

Les différentes parties du corps observées comme fortement sollicitées lors de nos observations, confirmées comme étant le siège de TMS par le questionnaire Nordique, s'avéraient donc très modestement ressenties de manière moins négative dans le trouble, la gêne ou la douleur.

Le temps de parole à la fin des ateliers venait également le confirmer, puisque les participants nous confiaient volontiers se sentir plus détendus et revivifiés pour continuer leur après-midi de travail. Ils nous disaient : “On se sent légers et reboostés pour continuer”.

Progressivement, ils prenaient conscience différemment de leur corps, ils le laissaient d'abord doucement se détendre, ce qui n'était pas forcément facile pour tous au départ, et

ensuite le sollicitait à travers nos propositions de renforcement musculaire, ils nous disaient : "ça chauffe sur les cuisses, les bras...", mais à aucun moment ils ne nous ont fait part de douleurs, ils souriaient même. Nous étions justement vigilantes à ce qu'ils n'aillent pas au-delà de leurs possibilités, en ajustant nos propositions en fonction de leurs attitudes, leurs mimiques (au cas où énoncer publiquement leurs limites aurait été un frein). Selon Defiolles-Peltier, "*Le thérapeute par son empathie tonique s'inscrit dans une attitude d'écoute qui favorise la communication tout en maintenant une distance et une atmosphère de sécurité.*" (Cité par Baudet, E. & Carrette, G., 2019, p.303)

Les ressentis corporels devaient, d'abord durant l'espace de ces ateliers, devenir source de plaisir. Avec la répétition et l'assiduité de présence aux ateliers, ce qui fut le cas, les participants allaient ensuite se réhabituer de plus en plus souvent à ces sensations positives, jusqu'à les rechercher par eux-mêmes.

Comme Winnicott l'a énoncé (1971, p.84) : "*Le travail du thérapeute consiste à amener le patient à l'état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire.*" Certes, en entreprise, à but préventif, nous ne sommes pas là en tant que thérapeutes, (bien qu'une thérapie ait deux versants préventif et curatif, nous avons choisi de nous orienter sur le premier), d'autant plus que nous ne sommes pas encore diplômées. Cependant c'est bien là le contenu de notre "mission", amener le patient à retrouver un corps plaisir, là où auparavant il était synonyme de douleur ou gêne. Lui permettant de retrouver une meilleure autonomie de mouvement, et même de jouer grâce à des techniques corporelles, lui permettant en quelque sorte une relance objectale, une reprise de l'investissement libidinal du corps, en remodelant les états corporels de zones clés posturales ou très sollicitées par les gestes de travail.

3) Ces ateliers ont-ils été sources de modifications de comportement chez les participants ?

"En pratique, la perception d'une différence est seulement une condition nécessaire au changement de comportement." (Darpy, D. Guillard, V. 2016, p.56)

Les participants ont confirmé ce ressenti de différence lors des verbalisations, ce qui était déjà un premier signe or peut-être leur était-il délicat de nous annoncer frontalement qu'ils ne ressentaient rien. C'est pourquoi nous avons voulu croiser les verbalisations nominatives par un questionnaire d'évaluation anonyme. A celui-ci, tous ont répondu ressentir les bienfaits des pratiques dans leur quotidien, commencer à pratiquer seuls chez eux les propositions que nous leur faisons, et encore une fois tous souhaitent poursuivre ce style d'ateliers.

Selon Jean François Dortier, dans un article sur *La perception, une lecture du monde* (Grands dossiers de Sciences humaines 2007), comprend trois étapes, sensorielle, avec les sensations du monde environnant, perceptive avec la mise en forme des données sensorielles pour aboutir à des formes globales plus ou moins reconnues par le cerveau, et cognitive qui

permet d'interpréter ces données en fonction de multiples paramètres tels que l'époque, la culture, l'éducation...

Notre souhait était que nos propositions agissent à ces trois niveaux afin de pouvoir obtenir des résultats durables, dont les prémices des résultats sus-jacents peuvent laisser espérer une pérennité.

Toujours selon le Dr Cyrulnik, "*Piaget disait : " De l'acte à la pensée", c'est-à-dire qu'il disait qu'on commence à penser avec l'acte.*" (Cyrulnik. B, 2020)

4) Les médiations choisies sont-elles conformes aux définitions admises ?

Selon Marc Rodriguez, cité précédemment, nous voyons ici qu'il s'agit de techniques corporelles, propices, comme nous l'avons vu juste avant, à l'élaboration cognitive, ou plus volontiers appelée représentation mentale en psychomotricité.

Pour ce qui est des quatre grandes fonctions, tout d'abord il semblerait que celle de **séduction** ait opéré puisque la majorité des participants et non participants ont répondu favorablement aux choix des médiations proposées.

L'aspect provoquant du dispositif a également suscité l'intérêt des participants et non participants à essayer, parce que lors des premières séances nous avons le double de participants. Puis les contraintes ou la démotivation ont progressivement diminué ce nombre, entre autres le créneau horaire probablement inadapté pour le premier groupe, pourtant modifié une première fois. De plus, il n'y avait pas non plus une appréhension sur la difficulté des exercices demandés au vu des réponses.

Pour l'**aspect transformateur**, il nécessite une implication avec un choix de médiateur non neutre pour le thérapeute, ce qui fut notre cas puisque nous avons choisi nos médiations en fonction de nos affinités et sports déjà pratiqués. Notre implication à toutes les deux se ressent à travers les réponses apportées puisque majoritairement la tonalité vocale semblait adaptée ainsi que notre écoute à leurs besoins. De même pour les non participants qui ont trouvé suffisantes nos explications sur le projet, ainsi que nos réponses à leurs interrogations. L'implication des participants s'est également ressentie avec leur assiduité et la régularité avec laquelle elles sont venues aux ateliers hebdomadaires. Ce processus de transformation a besoin d'éprouvés corporels sensori-moteurs, réalisés dans nos ateliers par la détente en premier lieu, la prise de conscience corporelle des appuis, de la respiration, puis par les propositions de renforcements musculaires. Ce cheminement d'abord à travers des sensations nouvelles, puis progressivement vers une perception différente des capacités psychiques et physiques des potentialités de chacun a permis aux participants d'en ressentir les aspects bénéfiques au quotidien, motivant leur autonomie d'exercice à domicile. Ce qui est également une spécificité recherchée, d'amener l'individu d'une dépendance absolue Winnicottienne, en premier lieu, ensuite relative et progressivement lui faire découvrir son autonomie. En matière de prévention

secondaire, pouvoir apporter une modification de certaines habitudes par le bien-être ressenti nous semble fondamental pour obtenir des modifications sur le stress perçu d'une part et l'aggravation des TMS d'autre part. Ensuite, arriver jusqu'à l'autonomisation, nous semble complètement adapté pour prétendre arriver à une prévention primaire et non plus secondaire à terme.

Concernant la dernière **fonction de symbolisation**, ou l'acte s'arrête pour laisser place à la représentation et la verbalisation, elle a été sollicitée durant le temps de parole à la fin des ateliers où chacun pouvait exprimer librement son ressenti en fonction de ce que l'on venait de faire, comment avaient-ils ressenti les propositions et ce que cela leur évoquait. L'échange de représentations sur leur ressenti avait lieu et étayait progressivement leurs expériences respectives.

Le point de vue extérieur du Médecin du travail a également encouragé notre choix de médiations, les considérant comme appropriées aux problématiques rencontrées par les agents. Elle considère le contexte sanitaire tout à fait particulier par rapport à leur état de stress et de TMS, ce qui apporte une difficulté supplémentaire, et non des moindres, sur nos résultats. De ce fait, elle serait favorable à la poursuite de ces ateliers, tout d'abord sur les écoles où nous étions, en cherchant à améliorer le processus pour augmenter la fréquentation des personnes, et potentiellement l'étendre à d'autres écoles par la suite.

B. Biais organisationnels rencontrés au cours des ateliers

Un des biais principaux fut probablement la période sur laquelle nous avons établi nos ateliers, qui correspondait à la seconde vague épidémique de la crise sanitaire liée à la covid 19. Nous pouvons donc imaginer que durant celle-ci, les personnels des écoles, très exposés auprès des enfants, devaient être en vigilance accrue permanente, laissant supposer une hausse du niveau de stress.

De plus, les absences de certains d'entre eux, touchés eux-mêmes par la covid, ou pour d'autres raisons personnelles, ont augmenté la charge de travail des personnels restants, générant un surcroît de fatigue et une probable sensation de ressources personnelles amoindries (hypothèses confirmées par les réponses de la Médecin du travail dans le questionnaire d'évaluation).

Il nous aurait été préférable de pouvoir intervenir sur un délai plus important afin de pouvoir commencer à voir d'éventuels effets. Un plus large échantillon de personnes aurait également été souhaitable pour pouvoir être suffisamment représentatif, avec des résultats significatifs.

Il aurait été également souhaitable de pouvoir distribuer nos questionnaires, PSS et Nordique, aux non participants, afin d'établir un groupe témoin, et pouvoir comparer les résultats à ceux de notre groupe contrôle de participants. Or malgré la distribution de ceux-ci

début novembre, avant de construire ces ateliers, seuls les questionnaires des personnes qui ont participé nous sont revenus, et après une relance, nous avons préféré ne pas insister pour éviter tout ressenti d'intrusion de notre part à leur égard. Cette attitude nous a permis d'obtenir les réponses aux questionnaires d'évaluation en février, afin d'améliorer nos propositions.

Les salles dans lesquelles se sont déroulés nos ateliers ne semblent pas avoir été un critère dérangeant pour les participants comme pour les non participants. Pourtant il s'agit de grands réfectoires, agencés et meublés en conséquence pour le déjeuner des écoliers. Ces lieux ne sont pas initialement adaptés, et sont difficilement adaptables, pour offrir le cadre spatial que nous proposons habituellement en séance de psychomotricité.

Au vu des réponses à ces questionnaires, le principal frein pour les non participants fut apparemment le créneau horaire proposé. Cependant, malgré une modification d'un quart d'heure, cela n'a pas changé la participation, en considérant que nous proposons nos ateliers sur leur horaire de déjeuner. Toutefois la majorité a répondu vouloir participer à ceux-ci si des modifications étaient apportées. A moins de venir deux après-midis différents sur les deux écoles, le problème du créneau horaire aurait été le même si nous avions inversé entre les deux lieux.

Nous aurions pu également les interroger sur leurs éventuelles craintes à effectuer ces ateliers avec leurs collègues. Peut-être y avait-il des inimitiés préexistantes entre les personnes que nous n'avons pas décelées ayant potentiellement découragé la venue de certains.

Enfin nous aurions pu interroger les personnes sur leurs modifications de ressentis par rapport à leurs collègues, si le fait de pratiquer une activité commune pour certains leur permettait ou non de noter des modifications éventuelles de comportements dans l'équipe. Nous avons préféré, dans un premier temps, vu le nombre de données à traiter, nous limiter à leur ressenti sur leur corps propre, sans rajouter la dimension relationnelle suggérée par la notion de dialogue tonico-émotionnel décrit par J. de Ajuriaguerra en 1977, élaboré à partir des recherches de H. Wallon sur le dialogue tonique en 1930 (Bachollet, M.-S. Marcelli, D., 2010). Cependant cela serait à investiguer, notamment en entreprise où les relations interindividuelles, entre collègues ou avec la hiérarchie, prennent une place non négligeable parmi les risques psycho-sociaux. Nous entrerions alors dans une approche plus causaliste que celle transactionnelle choisie au départ pour notre étude.

C. Postures de stagiaires

Dans le cadre d'un stage expérimental, le stagiaire est plus amené à « faire sa propre place » qu'à « trouver sa place ». C'est en somme, la construction d'un espace où son identité peut s'exprimer.

L'identité est définie dans le dictionnaire Larousse (2021) comme le « caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité ». Les enjeux dans ce projet étaient pour Noémie de parvenir à s'affirmer, à construire sa future identité professionnelle et pour Dominique de pouvoir construire une nouvelle identité professionnelle de psychomotricienne.

Créer sa place dans un projet comme celui-ci n'a pas été aussi simple pour Noémie car nous sommes intervenues auprès d'un public dans le champ de la prévention, pour lequel elle n'avait aucune connaissance et expérience. Malgré la présence de notre tutrice externe tout au long de notre projet, arriver sur place sans le regard direct d'un psychomotricien a été déconcertant au début. De plus, Dominique a su, dès le départ, se positionner facilement pour garantir le cadre nécessaire au bon déroulement des ateliers, trouver la bonne distance relationnelle avec les agents grâce à sa précédente expérience professionnelle dans le soin. Bien qu'ayant eu l'habitude de travailler ensemble, le faire sur le terrain du stage expérimental était inédit. Il nous a ainsi fallu quelques séances où nous nous sommes observées, écoutées, conseillées pour réussir à nous ajuster l'une à l'autre, pour gagner en assurance. Cette confiance acquise progressivement dans ce projet l'est aussi grâce à l'option annuelle de relaxation et de conscience corporelle auxquelles Noémie a assisté. Non seulement, les propositions découvertes ont été une source d'inspiration pour nos ateliers mais aussi un véritable support afin de ressentir et enrichir nos propres expériences corporelles, conditions essentielles lorsque l'on souhaite proposer une médiation détente comme la nôtre.

« Quand les étudiants psychomotriciens viennent explorer leur sensorialité, ils vont au plus profond de leur être primitif en se faisant « objet d'étude » mais surtout d'écoute. Ce qui va les aider à écouter le corps de l'autre ». (Potel C, 2020, p. 36)

En ce qui concerne Dominique, elle a, depuis de nombreuses années déjà, ressenti l'activité sportive comme nécessaire afin de trouver un équilibre lui permettant d'aborder les événements de la vie courante. Elle l'a encore plus apprécié dans son activité professionnelle qui lui demandait une bonne condition physique. Pouvoir découvrir d'autres médiations durant ses études vers la profession de psychomotricien a profondément modifié la représentation mentale et la verbalisation de ses ressentis psychocorporels. Cela a donc modifié la perception de ses ressentis ainsi que ses potentialités. Le fait de transmettre, modestement, de manière préventive à des personnes non initiées, ces prises de consciences corporelles, leurs implications, et de chercher à en modifier la perception à travers de nouvelles sensations corporelles lui a procuré une profonde satisfaction.

Devoir s'occuper d'un petit groupe ne lui a pas posé de problème particulier, parce qu'elle avait déjà l'expérience d'établir des relations thérapeutiques précédemment. Certes celles-ci étaient individuelles mais comme les groupes étaient très modestes cela lui a paru

assez naturel. En revanche, trouver chacune notre place dans la coanimation n'a pas été aussi facile qu'elle pouvait le penser à l'origine. Comme elle avait l'habitude de recevoir des personnes, il lui a été plus naturel d'expliquer ce que nous allions faire, ou de répondre aux questions qui nous étaient posées. Elle a, au maximum, prêté attention à ne pas prendre tout l'espace de parole, même si cela était tentant, a fait en sorte que Noémie trouve son espace, en limitant ce qui aurait pu lui être spontané. Nous étions toutefois l'une et l'autre capables réciproquement de répondre aux différentes interrogations sur les médiations. Au fur et à mesure des séances, nous semblions gagner en assurance dans leur déroulement, notre synchronisation s'effectuait, nous ressentions une fluidité apaisante et stimulante à la fois, l'accordage était en place.

« L'identité professionnelle du psychomotricien est plurielle et singulière à la fois. Plurielle dans ses apprentissages, singulière dans son vécu ». (Vachez-Gatecel, A. Giromini, F., 2019, p. 480).

CONCLUSION

Le stress à lui seul représente un coût d'environ deux milliards d'euros par an, quant aux TMS, il est de deux à trois milliards d'euros par an, en représentant 87% des maladies professionnelles. Inutile après cela de préciser quels enjeux représentent leurs modulations progressives en entreprise.

D'où l'intérêt suscité par les propositions de projets psychomoteurs en milieu professionnel directement, bien que ce ne soit pas encore un champ très développé de la psychomotricité aux multiples facettes.

« L'observation est l'investigation d'un phénomène naturel, et l'expérience est l'investigation d'un phénomène modifié par l'investigateur ». (Claude Bernard, 1865). Cette citation nous semble illustrer les différentes étapes de notre projet.

Nos résultats, malgré toute la modestie qui s'impose face à leurs interprétations, laissent toutefois penser combien il pourrait être intéressant d'étendre la durée de ceux-ci, ainsi que l'échantillon de population observé. Notre étude se révèle être une étude préliminaire nécessitant d'être poursuivie afin de livrer des résultats significatifs. Seuls ceux-ci pourraient répondre à nos hypothèses de départ quant à l'efficacité d'un projet psychomoteur sur le ressenti des ressources personnelles physiques et psychiques face au stress.

Certes nous sommes un peu déçues de ne pas avoir réussi à rassembler plus de participants. En effet, une fois passé l'engouement de départ, le principe de réalité (horaire, effort physique, contrainte d'assister aux deux médiations...) eut raison de l'enthousiasme de certains. Des adaptations sont probablement à envisager par la suite notamment en proposant deux après-midis différents dans la semaine, une dans chaque école, afin d'offrir un créneau horaire de confort identique ou presque pour les deux groupes.

Cependant, nous avons pu noter un critère important de modification des habitudes de pratique des propositions reprises par les participants en autonomie chez eux. C'est un point qui est certes qualitatif mais néanmoins nous semble très important, dans l'avancée de leur représentation mentale des bénéfices qu'ils ressentent. Leur assiduité a également été remarquable, probablement a-t-elle été motivée par des ressentis positifs dans leur gestion du stress ainsi que dans l'apparition ou aggravation des TMS.

“Un bénéfice adaptatif” décrit par le Docteur Cyrulnik (2020), pourrait être procuré par l'étendue de tels ateliers en milieu professionnel, afin d'augmenter la longévité des individus au niveau de leur poste, éviter le turn over parfois très important, également très coûteux financièrement pour les établissements ainsi qu'au niveau de leur image (Légeron. P, 2015).

Nous avons eu la chance de réaliser ce stage expérimental et de construire notre atelier auprès de personnels chargés de la restauration, toutefois d'autres professions fortement

sollicitées physiquement et psychologiquement pourraient bénéficier de projets psychomoteurs adaptés en fonction de leurs besoins (par exemple les personnels de l'armée, les pompiers, les professionnels de santé...). Une collaboration étroite avec les psychologues et les médecins du travail pourraient permettre à l'avenir le développement de ces propositions.

Il pourrait être intéressant lors du cursus de formation, initiale ou continue, des futurs psychomotriciens, que les étudiants, en plus des médiations découvertes, puissent pratiquer régulièrement une médiation corporelle, afin d'en ressentir les bienfaits, et contribuer au maintien d'une bonne condition physique pendant cette période d'études où le psychisme et les facultés cognitives sont fortement sollicités. Cela rentrerait dans le cadre d'une prévention primordiale des futurs professionnels de santé d'une part et d'autre part l'acquisition précoce d'habitudes préservant leur propre capital santé.

À l'avenir, nous espérons que le menu que nous avons concocté, grâce à des études supplémentaires dans ce domaine menées par d'autres étudiants en psychomotricité, permette l'obtention d'une autre étoile dans le guide Michelin de la psychomotricité dans le champ de la prévention.

Ce projet a permis à Noémie de répondre à ses questionnements sur le travail préventif du psychomotricien en milieu professionnel. Cette expérience lui a beaucoup apporté dans ce domaine qu'elle n'avait pas imaginé explorer en début de formation. D'ailleurs elle serait ravie de la renouveler à l'avenir.

En tant que stagiaire, l'expérience fut riche également pour Dominique. Elle a dû apprendre à construire, développer et mener un atelier, et malgré les écueils rencontrés, grâce à la dynamique du binôme formé avec Noémie, ils ont été surmontés afin de mener à terme le projet. Cela a confirmé son souhait d'exercer sa future profession, au moins en partie, à titre préventif, directement au sein d'entreprises.

BIBLIOGRAPHIE :

- Albert, C., & Boutinet, J.-P. (2009). *L'ABC de la VAE*. Ed. Erès
- Avizienis, A. (2019). *Anatomie et mouvements : 501 exercices de pilates*, Courrier Du Livre
- Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). *Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements*, *Enfances et Psy* n°49, (pp. 14 à 19). Consulté à l'adresse : <https://www.google.com/url?q=https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2010-4.htm&sa=D&source=editors&ust=1618654508814000&usg=AOvVaw3THObVMtUeDx-KynnR370c>
- Baste, N. (2016). *Aide-mémoire. Méthodes de relaxation*. Ed. Dunod
- Bernard, C. (1865). *Introduction à la Médecine expérimentale*. Ed. Le livre de poche
- Chapelle, F. (2018). *Aide-mémoire. Risques psychosociaux et qualité de vie au travail en 36 notions*. Ed. Dunod
- Dortier, J.-F. (2007). La perception, une lecture du monde. *Grands dossiers de Sciences humaines*, Grand dossier numéro 7. Consulté le 15/04/2021, à l'adresse : https://www.scienceshumaines.com/la-perception-une-lecture-du-monde_fr_21020.html
- Cyrulnik, B. (2020). *J'aime le sport de petit niveau*. Le Cherche-Midi
- Darpy, D., & Guillard, V. (2016). *Comportements du consommateur, Concepts et outils*, Chap. 3 p.63 à 106. Ed. Dunod, Consulté le 15/04/2021 sur <https://www.cairn.info/comportements-du-consommateur--9782100746729-page-63.htm>
- Davezies, P. (2008). Stress, pouvoir d'agir et santé mentale. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, vol. 69,2 (spécial "30e Congrès national de médecine et santé au travail"), éd. Elsevier-Masson

- Baudet, E. & Carrette, G. (2019). *Spécificités et généralités de la psychomotricité en psychiatrie adulte*. (p.303). Dans Vachez-Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. *Le grand Livre des pratiques Psychomotrices*. (p.303). Louvain-la-Neuve : De Boeck supérieur.
- Denys-Struyf, G., & Campignon, P. (2004). *Les chaînes musculaires et articulaires*. Méthode G.D.S. Ed. Campignon
- Dortier, J.-F. (2007). La perception, une lecture du monde. *Grands dossiers de Sciences humaines*, Grand dossier numéro 7. Consulté le 15/04/2021, à l'adresse http://la-perception-une-lecture-du-monde_fr_21020.html
- Durand de Bousingen, R. (1992). *La relaxation*. Paris : PUF
- Eudier, A. (2017). *Réflexion sur la prévention des risques psychosociaux en entreprise : quelle place pour la psychomotricité ?* Mémoire pour le D.E. de psychomotricien. Université de Bordeaux
- Freud, S. (2010). *Le Moi et le ça*, Ed. Payot et Rivages
- Guiose, M. (2007). *Relaxations thérapeutiques, 2ème édition revue et augmentée*. Paris: Heures de France
- Guiose, M. (2015). *Méthodes et techniques utilisées en psychomotricité. Méthodes de relaxation et gestion du stress*. Dans Scialom, P. Giromini, F. Albaret, JM. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 2. Méthodes et techniques*. (pp. 239-248) Louvain-la-Neuve : De Boeck supérieur.
- Haute Autorité de Santé (2019). *Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes*. Consulté à l'adresse [:https://www.has-sante.fr/plug-ins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2876894](https://www.has-sante.fr/plug-ins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2876894)
- Institut National de Recherche et de Sécurité (2011). Dossier médico-technique. Les questionnaires dans la démarche de prévention du stress au travail.

- Karnas, G. (2018). *Psychologie du travail*, 4^{ème} édition, Que sais-je ? Ed.puf
- Lazarus, R, F. S. (1984). *Stress, Apraisal and Coping*. New York : Springer
- Le Breton, D. (2020) *Marcher la vie, Un art tranquille du bonheur*. Ed. Métailié
- Légeron, P. (2015). *Le stress au travail*, Ed. Odile Jacob
- Le Métayer, M. (1993) *Rééducation cérébro-motrice du jeune enfant*. Education thérapeutique. 3 -ème édition Masson
- Limacher, A. (2015). *Et si la psychomotricité intervenait en entreprise ?* Mémoire pour le D.E. de psychomotricien, IFP UPMC, Sorbonne Université, Paris
- Limacher, A. (2019). *La place du psychomotricien dans les risques psychosociaux*. Dans Vachez-Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. *Le grand Livre des pratiques Psychomotrices*. (p.461-467). Louvain-la-Neuve : De Boeck supérieur.
- Organisation Mondiale de la Santé (1998). *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève : OMS
- Potel, C. (2015). *Spécificités de l'approche psychomotrice et pluridisciplinarité des méthodes*, Dans Scialom, P. Giromini, F. & Albaret, J.-M. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 2 Méthodes et techniques*. Paris : De Boeck
- Potel, C. (2020). *Le corps en relaxation*. Toulouse : Erès
- Rivolier, J. (1989). *L'homme pressé*. Paris : PUF
- Robert-Ouvray, S. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S., & Servant-Laval, A. (2015). *Le tonus et la tonicité*. Dans Scialom, P. Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 1. Concepts fondamentaux* (p.161-201). Louvain-la-Neuve : De Boeck supérieur.
- Rodriguez, M. (2019). Chapitre 3 « Médiations thérapeutiques et techniques spécifiques en psychomotricité », p. 27. Dans Vachez-Gatecel, A., & Valentin Lefranc, A. (2019). *Le grand livre des pratiques Psychomotrices*. Ed. Dunod

- Rousseau-Salvador, C., & Louvel J.-P. (2019) Chapitre 31 « L'accompagnement du patient douloureux », p. 396. Dans Vachez-Gatecel, A., & Valentin Lefranc, A. (2019) *Le grand livre des pratiques Psychomotrices*. Ed. Dunod
- Selye, H. (1975). *Le stress de la vie. Le problème de l'adaptation*. Collection Les essais (n°192) Gallimard 2^{ème} édition
- Simon, A. (2020). *Le travail du psychomotricien auprès des salariés pour prévenir les risques psychosociaux*. Mémoire pour le DE de psychomotricien. IFP UPMC, Sorbonne Université, Paris
- Souraya, Y. (2015). *Le stress : maladie du siècle*. Thèse pour le D.E. de Docteur en pharmacie, Université Lille 2, Faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques, Lille
- Thorez, P. (2016). *Aspects physiologiques du stress*. Service de santé au travail de Cambrai
- Vachez-Gatecel, A. & Giromini, F. (2019). La formation des psychomotriciens dans un cadre universitaire. Dans Potel, C. *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*. (p.480). Erès
- Valentin-Lefranc, A., & Pavot-Lemoine, C. (2015). *Théorie et fondements des méthodes utilisées en psychomotricité. Prévention, éducation et soin*. Dans Scialom, P. Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 2 Méthodes et techniques*. (pp .99-129). Louvain-la-Neuve : De Boeck supérieur
- Valléry, G., & Leduc, S. (2017). *Les risques psychosociaux*. 3^{ème} édition. Que sais-je ? Ed. puf
- Varin, C. (2011). *Stress et souffrance au travail, recherche de l'effet de la relaxation auprès du personne d'une unité de soins palliatifs*, Mémoire pour le D.E. de psychomotricien. IFP UPMC, Sorbonne Université, Paris
- Winnicott, DW. (1971). *Jeu et réalité*. Gallimard

- Zegloul, A. (2016-2017). *Concepts fondamentaux de la mécanique de la rupture*, Université de Lorraine

SITOGRAFIE :

- Allegoet, F. (2021). *Les chiffres du stress au travail : infographie*. Consulté le 16/02/2021 à l'adresse : <https://idprevention.com/sante-au-travail/infographie-chiffres-stress-au-travail/>
- Ameli site de l'assurance maladie. Dossier sur les TMS. Consulté le 29/12/2020, à l'adresse : <https://www.ameli.fr/entreprise/sante-travail/risques/troubles-musculosquelettiques-tms/tms-definition-impact>
- Braudo, S. (1996-2021). *Dictionnaire du droit privé*. Consulté le 16/01/2021 à l'adresse: <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/mediation.php>
- Identité (2021) dans le dictionnaire Larousse en ligne, consulté le 30/04/2021 à l'adresse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/identit%C3%A9/41420>
- Institut National de Recherche et de Sécurité (2015). Dossier sur les Troubles Musculosquelettiques. Consulté le 29/12/2020, à l'adresse : <https://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/ce-qu-il-faut-retenir.html>
- Médiation (2021), dans le dictionnaire Le Robert en ligne, consulté le 16/01/2021 à l'adresse : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/mediation>
- Méthode (2021), dans le dictionnaire Larousse en ligne, consulté le 16/01/2021 à l'adresse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9thode/50965>
- Organisation Mondiale de la Santé (2020). Dossier sur l'activité physique. Consulté à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

- Relaxation (2021), sur le site internet du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, consulté le 19/02/2021 à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/etymologie/relaxation>
- Site Santé travail. Comprendre les trois niveaux de prévention des RPS. Consulté le 29/12/2020 à l'adresse : <https://www.santetravail-fp.fr/comprendre/les-trois-niveaux-de-prevention-des-rps>
- Stress (2021), dans le dictionnaire Larousse en ligne, consulté le 16/01/2021 à l'adresse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stress/74848>

ANNEXES

- I.** Liste des tableaux et des figures présents dans le mémoire
- II.** Décret de compétence du psychomotricien
- III.** Lettre pour les tuteurs interne et externe
- IV.** Fiche de poste des agents mixtes
- V.** Questionnaire PSS
- VI.** Questionnaire Nordique
- VII.** Questionnaires évaluation finale des ateliers des participants
- VIII.** Questionnaires évaluation finale des ateliers des non participants
- IX.** Questionnaires évaluation finale du médecin du travail

Annexe I : Liste des tableaux et des figures présents dans le mémoire

Tableau 1: Missions des agents.....	13
Tableau 2: Emploi du temps des agents et observations.....	19
Tableau 3: Total individuel PSS - Novembre 2020.....	23
Tableau 4: Informations générales sur les volontaires.....	23
Tableau 5: Objectifs psychomoteurs et médiations choisies	44
Tableau 6: Réactions de l'organisme en cas de stress et de relaxation.....	46
Tableau 7: Médiation détente	57
Tableau 8: Propositions de renforcement musculaire.....	58
Tableau 9: Résultats PSS - Novembre 2020 et Février 2021	59
Tableau 10: Résultats - Questionnaire des participants	65
Tableau 11: Résultats - Questionnaire des non-participants.....	66
Tableau 12: Résultats - Questionnaire du Médecin du travail.....	68
Figure 1 : Chronologie du déroulement du projet.....	10
Figure 2: Les trois principaux types de prévention.....	15
Figure 3: Les différents types de prévention.....	15
Figure 4: Chronologie de la préparation du projet.....	17
Figure 5: Chronologie des observations et des questionnaires	18
Figure 6: Graphique des résultats PSS - Novembre 2020.....	21
Figure 7: Graphique des résultats PSS - Novembre 2020.....	22
Figure 8: Graphique résultats Q1 Nordique - Novembre 2020	24
Figure 9: Graphique résultats Q2 Nordique - Novembre 2020	25
Figure 10: Graphique résultats Q4 Nordique - Novembre 2020	26
Figure 11: Effets du stress sur les axes hypothalamo-hypophyso-surrénalien et hypothalamo-sympathiques.....	28
Figure 12: Feed back des hormones surréaliennes sur l'hypothalamus	29
Figure 13: Niveaux de prévention par rapport au stress en entreprise.....	30
Figure 14: Modèle type interactionniste (Valléry & Leduc, 2017)	31
Figure 15 : Modèle de la double évaluation (Lazarus & Folkman, 1984).....	31
Figure 16: Modèle du stress de Kahn et Boysière de 1992 (Karnas, 2018).....	32
Figure 17: Modèle transactionnel (Valléry & Leduc, 2017)	33
Figure 18: Modèle de Karasek du stress au travail (Valléry & Leduc, 2017)	34
Figure 19: Modèle de Siegrist : déséquilibre effort/reconnaissance au travail (Valléry & Leduc, 2017).....	34
Figure 20: Niveau de performance en fonction de l'intensité du stress (Légeron, 2015).....	35
Figure 21: Localisations principales des TMS (Ameli,2020).....	37

Figure 22: Modèle dynamique d'apparition des TMS (INRS,2015).....	38
Figure 23: Chronologie des ateliers	40
Figure 24: Déroulement de la journée dans la première école	53
Figure 25: Déroulement de la journée dans la deuxième école	54
Figure 26: Déroulement d'une séance	55
Figure 27: Chronologie du bilan	59
Figure 28: Graphique PSS - Février 2021	59
Figure 29: Graphique Q1 - Novembre 2020 et Février 2021	60
Figure 30: Graphique Q2 - Novembre 2020 et Février 2021	61
Figure 31: Graphique Q4 - Rachis - Novembre 2020 et Février 2021	62
Figure 32: Graphique Q4 - Membres supérieurs - Novembre 2020 et Février 2021	63
Figure 33: Graphique Q4 - Membres inférieurs - Novembre 2020 et Février 2021	64

Annexe II : 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 1er :

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,

— maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies,

— débilité motrice,

— inhibition psychomotrice,

— instabilité psychomotrice,

— troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.

4) Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.

ARTICLE 2 :

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

ARTICLE 3 :

Peuvent également accomplir les actes professionnels énumérés à l'article 1er les salariés ayant exercé, à titre principal et dans les conditions fixées à l'article 1, 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.

Annexe III : Lettre pour les tuteurs interne et externe



Institut de Formation en Psychomotricité
91 boulevard de l'Hôpital - 75013 PARIS
Directrice : Anne GATECEL.
anne.gatecel@...
aude.valentin_lefranc@...
cecile.pavot_lemoine@...

A l'attention des tuteurs interne et externe des stages expérimentaux.

Bonjour à toutes et tous,

Vous vous apprêtez à accueillir un binôme d'étudiant.e.s de l'IFP dans le cadre d'un stage expérimental au sein de votre institution.

Ce type de stage ne s'adresse qu'aux étudiant.e.s de 3ème année de l'IFP. Les étudiant.e.s interviennent en règle générale en binôme et ont pour obligation de participer à un groupe d'analyse des pratiques mensuel dans leur programme universitaire de 3ème année.

Ces stages restent des stages d'apprentissage thérapeutique dans des structures ou services où il n'y a pas de maître de stage psychomotricien ; cependant ils ont deux tuteurs - l'un interne, responsable du stage dans la structure et un externe, enseignant de l'IFP Pitié-Salpêtrière, Sorbonne Université- qui accompagnent et encadrent leur stage.

Ce stage s'effectue tout au long de l'année universitaire, de septembre à juin, à raison d'au moins une journée ou ½ journée par semaine. Parallèlement, les étudiant.e.s concerné.e.s effectuent un autre stage long au cours de cette même année universitaire, avec obligatoirement un psychomotricien-maître de stage dans la structure.

Au cours de ce stage expérimental, les objectifs des étudiant.e. s se déclinent en fonction du projet :

Comprendre par l'observation dans un premier temps, le fonctionnement et s'intégrer au sein du service, ou de la structure,

Entrer dans un processus de professionnalisation en respectant les règles éthiques et déontologiques de la structure et de l'IFP,

Participer dans la mesure du possible aux réunions de synthèse, et autres réunions nécessaires

Réfléchir et expérimenter la place de la psychomotricité (prévention, éducation, soin) auprès de la population accueillie, au sein de la structure,

Expérimenter et mesurer la place préventive, éducative, thérapeutique et/ou toutes les techniques psychomotrices d'évaluation et de soin acquises au cours de la formation, en accord avec les deux tuteurs et l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire,

Rédiger un mémoire à partir de cette expérience clinique (facultatif)

Quel est le rôle du tuteur interne ?

Garantir l'accueil et la sécurité des étudiant.e.s

Garantir une période d'observation nécessaire à la construction du projet

Valider les objectifs et coordonner le projet proposé

Signer les conventions de stage et rédiger l'appréciation sur le carnet de stage en fin de stage.

Quel est le rôle du tuteur externe ?

Rencontrer régulièrement les étudiant.e. s en stage et les accompagner dans leur projet

Poser le cadre du stage et réguler leur projet

Assurer si besoin les liens avec le tuteur interne.

Nous vous remercions pour votre accueil et restons à votre disposition pour tout échange complémentaire.

L'équipe de direction pédagogique

Anne VACHEZ-GATECEL, A. VALENTIN-LEFRANC, C. PAVOT-LEMOINE

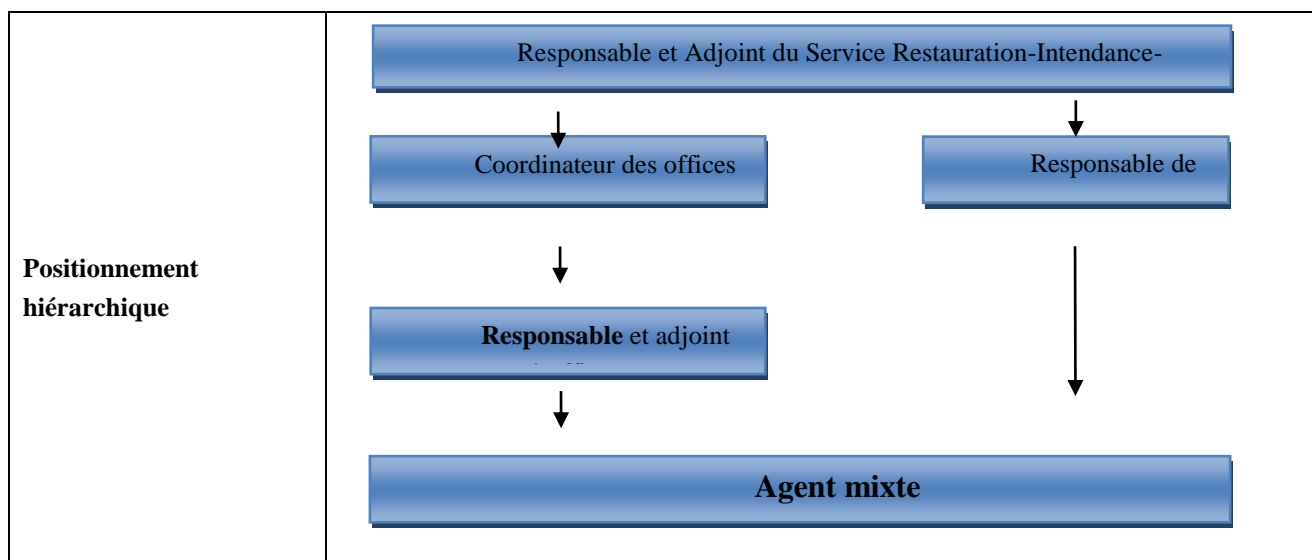
Annexe IV : Fiche de poste des agents mixtes

Agent mixte

Identité de l'agent	Nom :	Prénom :
----------------------------	-------	----------

<u>Direction</u> :	Direction de l'Education et de l'Enfance	
<u>Service / Unité</u> :	Restauration-Intendance-Economat	
<u>Métier</u> :		
<u>Cadre Emplois théorique</u> :	Adjoint Technique	<u>Catégorie</u> : C
<u>Temps complet / Temps non complet</u> :	Temps complet	

Mission principale :	Assurer le service des repas, l'entretien des locaux et du mobilier de restauration ainsi que l'entretien des locaux et du mobilier des écoles élémentaires et des accueils de loisirs maternels et élémentaires.
-----------------------------	---



Missions	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Installer, entretenir et ranger les locaux, les mobiliers, les matériels et la vaisselle de l'office et du restaurant utilisés pour les repas et les goûters ✓ Assurer le service des repas et en collaboration avec les RO/AO, l'installation du goûter ✓ Installer, ranger et entretenir les locaux, y compris sanitaires, ainsi que le mobilier et le matériel utilisé dans les écoles élémentaires et les accueils de loisirs maternels et élémentaires afin d'en assurer la propreté ✓ Signaler les anomalies sur l'état des locaux, des mobiliers et des matériels ✓ Collecter et évacuer les déchets en respectant les consignes de collecte sélective ✓ Effectuer la remise en état (lustrage, décapage, métallisation...) des salles à manger élémentaires (sol, mobilier...) pendant les vacances ✓ Suppléer l'absence de collègues ✓ Rendre compte : <ul style="list-style-type: none"> - au responsable d'office pour l'organisation du travail durant le temps de restauration - au responsable de secteur pour l'organisation du travail d'entretien, des congés et des absences
-----------------	--

Moyens à disposition	Tenue de travail, équipements de protection individuelle, matériels et produits d'entretien
-----------------------------	---

Exigences du poste	Expérience en restauration et dans le secteur de l'hygiène et de l'entretien
Compétences et aptitudes requises	<p><u>Connaissances :</u> Hygiène et techniques d'entretien des locaux Hygiène des aliments et techniques de restauration Organisation de la collectivité</p> <p><u>Compétences techniques ou savoir-faire :</u> Lire, écrire, compter et s'exprimer Communiquer avec les enfants, les adultes... Connaitre et savoir appliquer les règles d'hygiène et de sécurité des aliments Maîtriser les méthodes et techniques de service des repas en restauration collective Diagnostiquer l'état de propreté des locaux à entretenir Maîtriser les techniques d'entretien Utiliser les différents matériels, équipements et produits d'entretien Connaitre et savoir appliquer les règles de sécurité du travail et d'hygiène des locaux Capacité à organiser son travail</p> <p><u>Aptitudes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Aptitudes relationnelles •Résistance physique •Capacité à travailler en équipe •Prendre des initiatives •Organiser son travail •Capacité d'adaptation •Maîtrise de soi •Rigueur •Discrétion professionnelle
Relations fonctionnelles	Le gardien Les directeurs de l'accueil de loisirs Le directeur de l'école, les personnels de l'Education nationale Les responsables d'offices Les responsables de restaurant Les personnels municipaux affectés et travaillant sur le site
Conditions particulières d'exercice	Mobilité sur les divers groupes scolaires Manipulation et port de matériel d'entretien et de mobilier Utilisation de produits d'entretien
Autonomie et responsabilités	
Primes ou indemnités liées au poste	
Lieu de travail	Groupes scolaires
Horaires et organisation du temps de travail	35 heures hebdomadaires : <ul style="list-style-type: none"> • Semaine scolaire : lundi, mardi, jeudi, vendredi : 10h00-18h45 • Semaine vacances scolaires : lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi : 7h45-14h45

Annexe V : Questionnaire PSS

Tableau I. L'échelle de stress perçu PSS

<p>Q1 - Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous été dérangé(e) par un évènement inattendu ?</p> <p> <input type="checkbox"/> Jamais (score=1) <input type="checkbox"/> Presque jamais (score=2) <input type="checkbox"/> Parfois (score=3) <input type="checkbox"/> Assez souvent (score=4) <input type="checkbox"/> Souvent (score=5) </p>
<p>Q2 - Au cours du dernier mois, combien de fois vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?</p> <p> <input type="checkbox"/> Jamais (score=1) <input type="checkbox"/> Presque jamais (score=2) <input type="checkbox"/> Parfois (score=3) <input type="checkbox"/> Assez souvent (score=4) <input type="checkbox"/> Souvent (score=5) </p>
<p>Q3 - Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ou stressé(e) ?</p> <p> <input type="checkbox"/> Jamais (score=1) <input type="checkbox"/> Presque jamais (score=2) <input type="checkbox"/> Parfois (score=3) <input type="checkbox"/> Assez souvent (score=4) <input type="checkbox"/> Souvent (score=5) </p>
<p>Q4 - Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti(e) confiant(e) à prendre en main vos problèmes personnels ?</p> <p> <input type="checkbox"/> Jamais (score=1) <input type="checkbox"/> Presque jamais (score=2) <input type="checkbox"/> Parfois (score=3) <input type="checkbox"/> Assez souvent (score=4) <input type="checkbox"/> Souvent (score=5) </p>
<p>Q5 - Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?</p> <p> <input type="checkbox"/> Jamais (score=1) <input type="checkbox"/> Presque jamais (score=2) <input type="checkbox"/> Parfois (score=3) <input type="checkbox"/> Assez souvent (score=4) <input type="checkbox"/> Souvent (score=5) </p>
<p>Q6 - Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?</p> <p> <input type="checkbox"/> Jamais (score=1) <input type="checkbox"/> Presque jamais (score=2) <input type="checkbox"/> Parfois (score=3) <input type="checkbox"/> Assez souvent (score=4) <input type="checkbox"/> Souvent (score=5) </p>
<p>Q7 - Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?</p> <p> <input type="checkbox"/> Jamais (score=1) <input type="checkbox"/> Presque jamais (score=2) <input type="checkbox"/> Parfois (score=3) <input type="checkbox"/> Assez souvent (score=4) <input type="checkbox"/> Souvent (score=5) </p>
<p>Q8 - Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation ?</p> <p> <input type="checkbox"/> Jamais (score=1) <input type="checkbox"/> Presque jamais (score=2) <input type="checkbox"/> Parfois (score=3) <input type="checkbox"/> Assez souvent (score=4) <input type="checkbox"/> Souvent (score=5) </p>
<p>Q9 - Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les évènements échappaient à votre contrôle ?</p> <p> <input type="checkbox"/> Jamais (score=1) <input type="checkbox"/> Presque jamais (score=2) <input type="checkbox"/> Parfois (score=3) <input type="checkbox"/> Assez souvent (score=4) <input type="checkbox"/> Souvent (score=5) </p>
<p>Q10 - Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?</p> <p> <input type="checkbox"/> Jamais (score=1) <input type="checkbox"/> Presque jamais (score=2) <input type="checkbox"/> Parfois (score=3) <input type="checkbox"/> Assez souvent (score=4) <input type="checkbox"/> Souvent (score=5) </p>

Source: Cohen et Williamson (1988).

Annexe VI : Questionnaire Nordique

INFORMATIONS PERSONNELLES ANONYMES

Pôle ou Service : N :

Jour	Mois	An

1 Sexe M F

2 Age

3 Votre poids ? kg

4 Votre taille ? cm

5 Vous êtes ? Droitier gaucher ambidextre

RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE TRAVAIL

Ancienneté dans le travail ans

Ancienneté dans le poste ans

6 Quel est votre travail principal?

7 Quels sont vos horaires de service habituels

8 Travaillez-vous en équipe alternées OUI NON

Si OUI, Fréquence de rotation :

9 Vous travaillez **Debout** 25% 50% 75% 100% **Assis/debout** 25% 50% 75% 100%
Assis 25% 50% 75% 100% **Assis surélevé** 25% 50% 75% 100%

Entourez la ou les réponses qui correspondent à vos positions de travail et le pourcentage approximatif de maintien des positions choisie

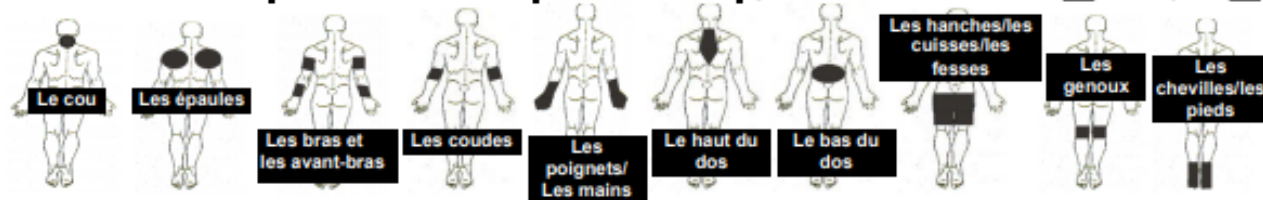
GENES, DOULEURS MUSCULAIRES ET ARTICULAIRES

SERVICE :

N° :

RÉPONDEZ À TOUTES LES QUESTIONS, S'IL VOUS PLAÎT, MÊME SI VOUS N'AVEZ PAS RESENTI DE TROUBLE QUELQUE SOIT LA PARTIE DE VOTRE CORPS

	Q1. Pendant les derniers 12 mois, avez-vous ressenti un trouble (par exemple : gêne, douleur, souffrance, 'engourdissement) dans...?	Q2. Pendant les derniers 12 mois, cela vous a-t-il empêché de faire les activités normales (ménage, loisirs, jardinage)?	Q3. Pendant les derniers 12 mois, cela a-t-il causé un arrêt de travail ?	Q4. Pendant les derniers 12 mois, combien de fois avez-vous ressenti cette douleur ?
Le cou	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Chaque jour <input type="checkbox"/> plusieurs, par semaine <input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> par an <input type="checkbox"/> Une seule sensation de cette douleur <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>
Les épaules	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Chaque jour <input type="checkbox"/> Une fois, ou plusieurs, par semaine <input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> par an <input type="checkbox"/> Une seule sensation de cette douleur <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>
Les bras et avant-bras	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Chaque jour <input type="checkbox"/> plusieurs, par semaine <input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> par an <input type="checkbox"/> Une seule sensation de cette douleur <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>
Les coudes	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Chaque jour <input type="checkbox"/> plusieurs, par semaine <input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> par an <input type="checkbox"/> Une seule sensation de cette douleur <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>
Les poignets/Les mains	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Chaque jour <input type="checkbox"/> plusieurs, par semaine <input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> par an <input type="checkbox"/> Une seule sensation de cette douleur <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>
Le haut du dos	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Chaque jour <input type="checkbox"/> plusieurs, par semaine <input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> par an <input type="checkbox"/> Une seule sensation de cette douleur <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>
Le bas du dos	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Chaque jour <input type="checkbox"/> plusieurs, par semaine <input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> par an <input type="checkbox"/> Une seule sensation de cette douleur <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>
Les hanches/les cuisses/les fesses	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Chaque jour <input type="checkbox"/> plusieurs, par semaine <input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> par an <input type="checkbox"/> Une seule sensation de cette douleur <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>
Les genoux	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Chaque jour <input type="checkbox"/> plusieurs, par semaine <input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> par an <input type="checkbox"/> Une seule sensation de cette douleur <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>
Les chevilles/les pieds	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Chaque jour <input type="checkbox"/> plusieurs, par semaine <input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> par an <input type="checkbox"/> Une seule sensation de cette douleur <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>



DOULEUR ET GENE MUSCULAIRE ET ARTICULAIRE

Service :

N° :

Jour	Mois	An

Madame, Monsieur,

Nous nous intéressons à tous les signes de gêne (douleur, courbatures, ...) que vous pourriez percevoir au cours de votre journée de travail.

Si vous percevez une gêne ou une douleur, il vous suffit de marquer sur les schémas ci-dessous la ou les zones concernées. En vous référant à l'échelle placée parallèlement aux schémas vous indiquez de façon la plus précise possible, le niveau de gêne ou de douleur que vous percevez.

COMMENT REMPLIR LES DIAGRAMMES DU CORPS

Vous devez compléter une page pour chacun des moments de votre journée :

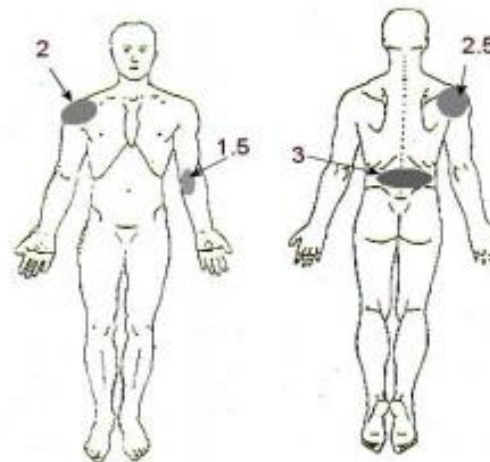
1) avant le début du travail ;

2) à la pause ;

3) à la fin de votre journée de travail.

COMMENT REMPLIR LES DIAGRAMMES DU CORPS

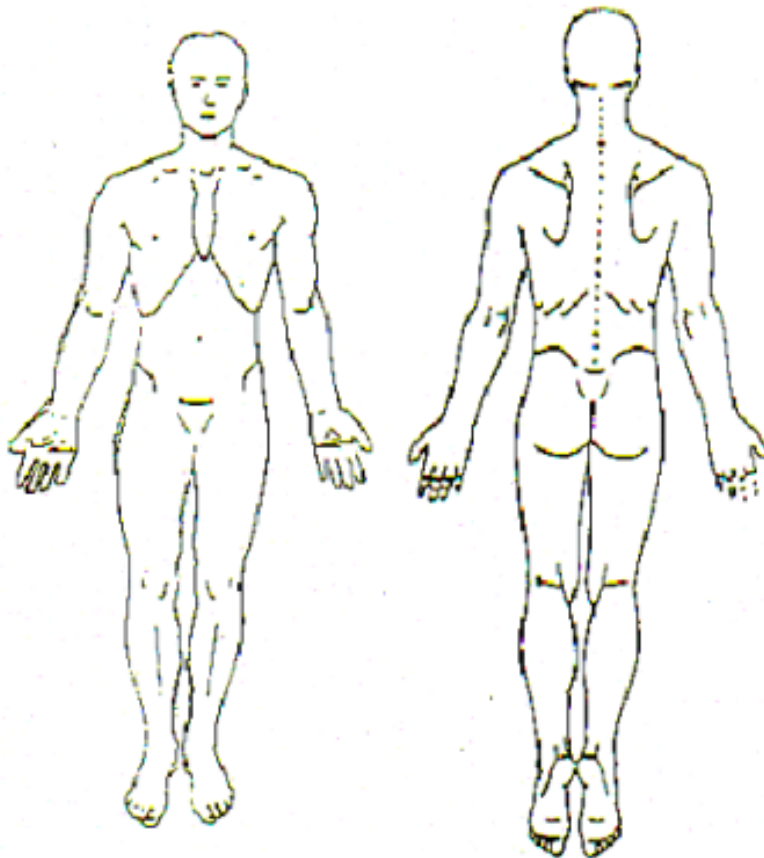
0	Rien du tout	Pas de gêne
0.3		
0.5	Extrêmement faible	Petit élanement
1	Très faible	
1.5		
2	Faible	Gêne légère
2.5		
3	Modéré	
4		
5	Fort	Forte gêne
6		
7	Très fort	
8		
9		
10	Extrêmement fort Maximal	Gêne maximale La plus forte possible



Avant de commencer le travail

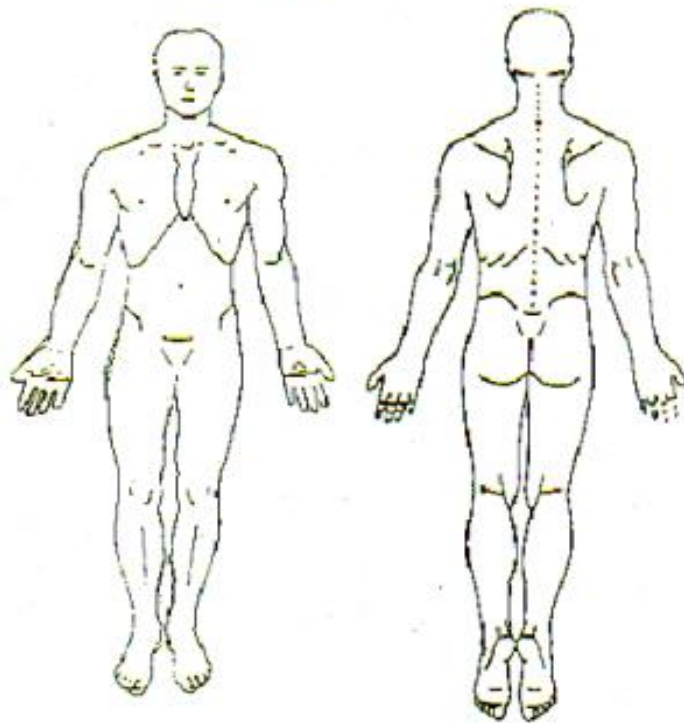
Heure:

--	--	--	--



0	Rien du tout	Pas de gêne
0.3		
0.5	Extrêmement faible	Petit élanement
1	Très faible	
1.5		
2	Faible	Gêne légère
2.5		
3	Modéré	
4		
5	Fort	Forte gêne
6		
7	Très fort	
8		
9		
10	Extrêmement fort	Gêne maximale
11		
≡		
●	Maximal	La plus forte possible

Avant la pause

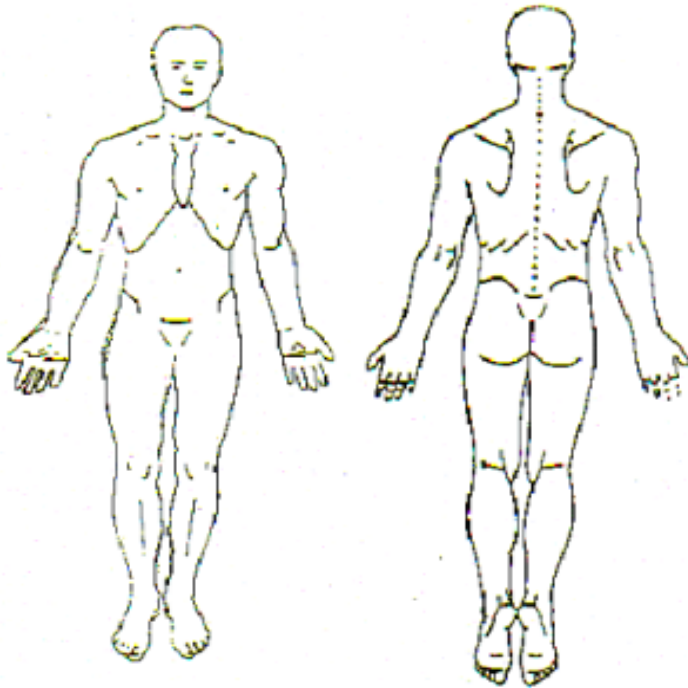


Heure:

Hr	min
<input type="text"/>	<input type="text"/>

0	Rien du tout	Pas de gêne
0.3		
0.5	Extrêmement faible	Petit élanement
1	Très faible	
1.5		
2	Faible	Gêne légère
2.5		
3	Modéré	
4		
5	Fort	Forte gêne
6		
7	Très fort	
8		
9		
10	Extrêmement fort Maximal	Gêne maximale La plus forte possible

A la fin du travail



Heure: Hr min
 □ □ □

0	Rien du tout	Pas de gêne
0.3		
0.5	Extrêmement faible	Petit élanement
1	Très faible	
1.5		
2	Faible	Gêne légère
2.5		
3	Modéré	
4		
5	Fort	Forte gêne
6		
7	Très fort	
8		
9		
10	Extrêmement fort Maximal	Gêne maximale La plus forte possible

Annexe VII : Questionnaire d'évaluation finale des ateliers des participants

Dominique ALEXANDRE et
Noémie SIBIRIL,
Etudiantes stagiaires en troisième année de
psychomotricité à l'IFP de la Pitié Salpêtrière



Questionnaire d'auto évaluation sur la pratique des médiations proposées

Afin de nous aider à nous améliorer, acceptez-vous de répondre à ces quelques questions ?

Ce questionnaire est anonyme

- Aimez-vous les médiations proposées ?
Relaxation : Oui Non
Pilates : Oui Non
- Le ton de nos voix vous semble-t-il approprié ?
Relaxation : Oui Non
Pilates : Oui Non
- Se relaxer vous semble-t-il ?
- Facile - un peu difficile - difficile - trop difficile
- Les exercices de Pilates vous semblent-ils :
- Faciles - un peu difficiles - difficiles - trop difficiles
- Avez-vous l'impression que l'on s'adapte à vos besoins au fur et à mesure des séances ?
- Oui - Non - Un peu
- Percevez-vous des effets bénéfiques dans votre quotidien
De la relaxation : Oui Non
Du Pilates : Oui Non
- L'horaire des séances vous semble-t-il ?
- Approprié - Trop tôt - Trop tard
- La durée des séances vous semble-t-elle ?
-suffisante - pas assez longue - trop longue
- Cette expérience vous donne-t-elle envie de pratiquer chez vous
De la relaxation : Oui Non
Des exercices de Pilates : Oui Non
- Souhaiteriez-vous la poursuite de ces ateliers préventifs à l'avenir ?
- Oui - Non
- Quelle autre médiation auriez-vous aimé pratiquer ?.....



Un grand merci à vous pour votre assiduité et votre gentillesse

Annexe VIII : Questionnaire d'évaluation finale des non participants

Dominique ALEXANDRE et
Noémie SIBIRIL,
Etudiantes stagiaires en troisième année de
psychomotricité à l'IFP de la Pitié Salpêtrière



Questionnaire à l'attention des non participants aux médiations proposées

Vous avez choisi de ne pas participer au projet psychomoteur proposé dans votre service, nous souhaiterions en connaître les raisons afin de nous améliorer. Acceptez-vous de répondre à ces quelques questions ?

Ce questionnaire est anonyme

- Le projet vous semble-t-il intéressant ? Oui Non
- Les médiations proposées vous semblent-elles attractives ?
 - Relaxation : Oui Non
 - Pilates : Oui Non
- Avez-vous eu peur que les exercices soient trop difficiles pour vous ?
 - Relaxation : Oui Non
 - Pilates : Oui Non
- Vos douleurs/ fatigue vous paraissent-elles trop importantes pour y participer ? Oui Non
- Les stagiaires vous ont-elles suffisamment expliqué le projet ? Oui Non
- Ont-elles été suffisamment à votre écoute pour répondre à vos questions éventuelles ? Oui Non
- L'horaire vous semble-t-il adapté ? Oui Non
- Quel créneau horaire préféreriez-vous ?
 - En matinée - Après-midi - Soirée
- Le lieu vous semble-t-il pratique ? Oui Non
- Si des modifications étaient apportées à ce projet, souhaiteriez-vous essayer d'y participer ? Oui Non
- Quelle médiation auriez-vous préféré pratiquer ?.....



Nous vous remercions pour l'aide que vous nous apportez afin de nous adapter au mieux à vos besoins.

Annexe IX : Questionnaire d'évaluation finale du médecin du travail

Dominique ALEXANDRE et

Noémie SIBIRIL,

Etudiantes stagiaires en troisième année de
psychomotricité à l'IFP de la Pitié Salpêtrière



Questionnaire d'évaluation de l'intervention psychomotrice en entreprise à l'attention du Médecin du travail

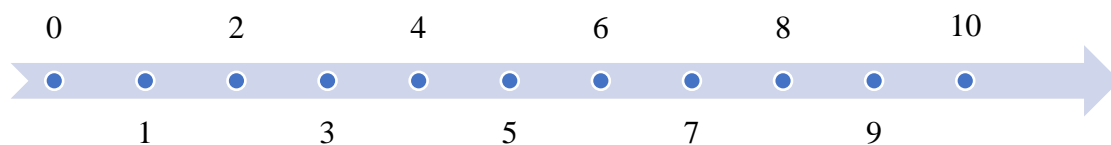
- En général, combien de fois recevez-vous les agents en consultation par an ?
- Depuis le début de l'intervention psychomotrice les avez-vous vu plus ou moins ?
- Était-ce pour des motifs similaires concernant le stress ?
- Était-ce pour des motifs similaires concernant les T.M.S ?
- Pensez-vous que ce type d'intervention ait modifié la perception des agents concernant leur poste de travail et leurs gestuelles ?
- Pensez-vous que les deux médiations proposées sont pertinentes par rapport aux problématiques rencontrées ?

-Relaxation : Oui Non

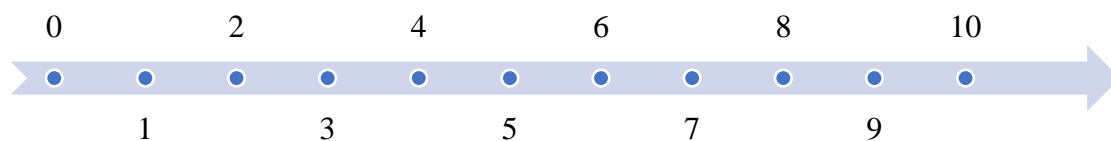
-Pilates : Oui Non

- La poursuite de cette intervention vous semblerait-elle pertinente ? Oui Non
- Sur une échelle de 0 à 10, quelle serait pour vous la pertinence d'étendre cette intervention aux autres écoles de la ville ou aux autres services ?

0= Non pertinent 10= Très pertinent



- Malgré la crise sanitaire, sur une échelle de 0 à 10, à quelle importance situez-vous le maintien de cette intervention ? 0= Non important 10= Très important



Nous vous remercions du temps que vous nous avez consacré.

Résumé

Parmi les différents champs possibles d'intervention du **psychomotricien**, il en est un moins bien connu : celui de la **prévention** en entreprise. Les ressources parfois inégales des employés sont mises à mal, d'autant plus avec la crise sanitaire sans précédent que nous traversons actuellement. Le psychomotricien a ici son rôle à jouer dans leur accompagnement.

C'est dans ce contexte que nous avons souhaité proposer des ateliers aux employés chargés de la restauration dans deux écoles franciliennes. Nous avons mené une étude pour évaluer les bénéfices supposés de notre intervention auprès de ces professionnels chez qui le **stress** et les **troubles musculo-squelettiques** (TMS) sont les principales problématiques repérées et quantifiées.

En considérant que le stress ressenti au travail pouvait avoir des résonances aussi bien psychiques que corporelles, notre objectif a été de limiter la réponse de l'organisme face au stress et réduire l'aggravation ou l'apparition des TMS. Nous avons, pour ce faire, monté des ateliers avec deux **médiations** aussi différentes que complémentaires, afin d'apporter des ressources supplémentaires pour améliorer la gestion de ce stress. Ce mémoire retrace les différentes étapes clés de notre projet, se déroulant dans le cadre d'un stage expérimental, de sa conception jusqu'à sa réalisation. Il vient également témoigner de notre parcours, de notre cheminement quant à notre posture de stagiaire.

Mots-clés : Psychomotricité, Prévention, Stress, TMS, Médiations

Among the various domains of the psychomotor therapist's intervention, there is one less well known: workplace prevention. Employees' resources are sometimes uneven, all the more since the health crisis we are currently going through. The psychomotor therapist can play his role in their accompaniment.

In this context, we wanted to offer sessions to employees in charge of catering in two schools from the Île-de-France. We carried out a study to assess benefits of our sessions to these professionals whose stress and musculoskeletal disorders (MSDs) are the main identified and quantified issues. In taking consideration that the stress felt at work could have psychological as well as physical consequences, our objective was to limit organism's response to face stress and to prevent MSDs' worsening or emergence. In order to manage their stress, we organized sessions with two mediations as much different as complementary. This thesis relates our project, which is taking place in an experimental internship, from its conception to its development. It also testifies our experience and our posture of interns.

Keywords : Psychomotricity, Prevention, Stress, Musculoskeletal Disorders, Mediations