



**HAL**  
open science

# ”Définis-moi la psychomotricité” : l’embarras d’une future professionnelle

Charline Pichon

► **To cite this version:**

Charline Pichon. ”Définis-moi la psychomotricité” : l’embarras d’une future professionnelle. Médecine humaine et pathologie. 2024. <dumas-04697090>

**HAL Id: dumas-04697090**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04697090v1>**

Submitted on 13 Sep 2024

**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.



HAL Authorization



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

**« Définis-moi la psychomotricité » :**  
**L'embarras d'une future professionnelle**

Mémoire présenté par Charline PICHON  
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité

Référente de mémoire :  
PAGGETTI MARION

Session Juin 2024

« Être radical c'est prendre les choses par la racine. Et la racine de l'homme, c'est  
l'homme lui-même »

Karl Marx, Pour une critique de la philosophie du droit de Hegel, 1844

## Remerciements

A Alicia pour son amitié, sans qui ma formation aurait été différente à bien des égards et sans qui cet écrit n'aurait pu voir le jour.

A Marion PAGGETTI, pour m'avoir accompagnée dans ce travail de réflexion du début à la fin, pour m'avoir accordée son temps et pour avoir accueilli mes doutes et questionnements. J'espère que tu trouveras cet écrit à la hauteur de nos échanges.

A Olivier GRIM, pour m'avoir relue, corrigée, pour la rigueur et l'analyse qui m'a permis de nombreuses fois de ne pas m'égarer.

A Marie LANGIAUX pour ses relectures et conseils sans lesquels la dernière partie de mon mémoire n'aborderait pas les mêmes thèmes.

A toute l'équipe pédagogique de l'IFP et ses enseignants pour ces trois années riches de formation.

A Mathilde LEON pour m'avoir guidée vers un début d'identité professionnelle

Au service de psychiatrie adulte où se réalise mon stage expérimental, pour sa confiance. La psychomotricité a toujours eu une place légitime au sein de vos murs.

Aux différents maîtres et maîtresses de stage pour m'avoir fait une place au sein de vos espaces thérapeutiques, pour m'avoir montré votre pratique, votre passion.

A tous les patients et patientes que j'ai pu rencontrer, suivre et prendre en charge. C'est surtout auprès de vous que j'ai le plus appris.

A tous mes camarades de promotion, à Laetitia, Typhanie, Enora, Pauline, Emeline, pour avoir partagé avec moi ces trois années, leurs rires et leurs larmes.

A ma famille, pour l'amour et la sécurité matérielle m'ayant permis de mener à bien ces études.

A Paula, Carla et Sika, pour cette belle amitié.

A Quentin, pour partager ma vie.

# Sommaire

Remerciements .....	3
Sommaire .....	4
Avant-Propos .....	6
Introduction .....	7
Partie 1 : Embarras d'une étudiante et question centrale du mémoire .....	9
1. L'embarras d'une définition.....	9
2. L'embarras d'une autre étudiante .....	13
3. Les terrains de stage : entre neurologie et psychiatrie .....	15
4. Des patients « transnosographiques » .....	20
5. Question centrale .....	24
Partie 2 : En quoi les fondements de la discipline la rendent complexe à définir ?...	26
1. Le centre de rééducation et pluridisciplinarité .....	27
2. Nouvelle conception du corps .....	30
2.1 Dialectique théorie/pratique .....	31
2.2 Le dualisme.....	33
2.2.1 Dualisme et psychomotricité .....	35
2.3 L'apport de la phénoménologie .....	38
2.3.1 Husserl et la conscience .....	38
2.3.2 Merleau-Ponty et la perception .....	39
2.3.3 Sartre et l'existentialisme .....	40
2.3.4 Spinoza et le monisme.....	41
2.3.5 Phénoménologie et psychomotricité .....	42
3. Rapport au langage et éléments conceptuels de la psychomotricité .....	46
3.1 Les définitions princeps.....	46
3.2 L'utilisation du langage .....	47

Partie 3 : Comment le contexte passé et actuel participe à la difficulté de définition de la psychomotricité ? .....	51
1. Les différentes écoles de pensées .....	51
2. La scission de la neuropsychiatrie.....	53
3. Les interactions avec les autres professionnels .....	54
Partie 4. Quelles pistes pour (s') aider à définir la psychomotricité? .....	58
1. Piste de travail à partir de l'appropriation des concepts .....	58
2. Circonscrire le domaine d'intervention du psychomotricien ?.....	62
3. Véhiculer une représentation de la psychomotricité plutôt que de la définir ? ...	67
Conclusion.....	72
Bibliographie.....	74
ANNEXE.....	I

## Avant-Propos

L'embarras que je relate à définir la psychomotricité est avant tout le mien. J'invite le lecteur à considérer que je ne remets pas l'entièreté de la psychomotricité en question par le simple fait de mon processus d'appropriation. J'utilise dans cet écrit ma propre difficulté comme support de ma démarche de réflexion.

C'est pour cela, que j'ai souhaité rédiger mon mémoire à la première personne, comme une histoire dont je serais le protagoniste principal. D'une part, ceci m'évitant de tirer des conclusions générales pour une profession tout entière. D'autre part parce que ces questionnements sont miens et que je ne pouvais les soustraire de mon prisme.

J'emploie dans cet écrit les notions de « discipline » et « profession » que je souhaite distinguer ici pour plus de clarté. La discipline renvoie aux concepts et connaissances scientifiques « *pouvant faire l'objet d'un enseignement spécifique* »(Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [CNRTL] ). La profession, elle, renvoie à « *l'ensemble de personnes exerçant le même métier ou appartenant au même secteur d'activité* » (CNRTL). En ce sens, la profession psychomotrice est sous-tendue par la discipline psychomotrice.

## Introduction

Durant les 3 années de formation, il m'a souvent été demandé de définir la psychomotricité. Cet exercice avait beau se répéter, je me suis toujours sentie en difficulté pour donner une définition. Le temps passait, l'excuse de la nouveauté n'était plus suffisante. Je m'interrogeais sur cette difficulté. Comment pouvais-je aspirer à être diplômée d'une discipline que je ne pouvais pas définir ? En effet, je me disais que pour être légitime de proposer du soin psychomoteur, il fallait, en amont, s'être approprié ses concepts, son approche et donc pouvoir la définir. Au fil du temps, je me suis rendue compte que certains étudiants et professionnels se sentaient dans le même embarras. C'est ainsi que trouver une possible définition de la psychomotricité s'est transformé en un tout autre questionnement : Pourquoi le psychomotricien ne peut définir la psychomotricité ? C'est cette question qui guidera ce mémoire : « Qu'est-ce qui fait que la psychomotricité est une profession difficile à définir ? ».

Pour tenter d'y répondre, j'ai tout d'abord retracé les différentes expériences rendant compte de ma difficulté à définir la psychomotricité. J'analyserais ces expériences au regard de l'Histoire de la profession. L'étude de celle-ci me permettra de mettre en avant certaines notions comme celle de la conception du corps, de la place du langage ou encore de l'interaction avec les autres professionnels. Ceci élargissant les apports théoriques à la philosophie, la sociologie ou bien encore l'anthropologie.

Le travail que j'ai mené s'organisera en 4 parties. Une première concernant mon embarras et la problématisation de la question centrale. Une deuxième partie où je me demanderai en quoi les fondements de la discipline la rendent complexe à définir. Une troisième partie où je traiterai comment le contexte passé et actuel participe à la difficulté de définition de la psychomotricité. Enfin je terminerai par une quatrième partie d'ouverture sur des pistes de travail pour (s') aider à la définir.

L'objectif de ce mémoire est avant tout de mettre en avant des questionnements intéressant la profession, tout en réfléchissant à formuler certains éléments de réponses.

# Partie 1 : Embarras d'une étudiante et question centrale du mémoire

## 1. L'embarras d'une définition

En quittant les bancs de médecine, je pensais trouver ceux de la psychomotricité plus confortables, moins difficiles, sans me rendre compte que c'est l'objet même de cette discipline qui me mettrait dans l'embarras. Il m'arrivait de sortir des amphithéâtres de la formation pour rencontrer de nouvelles personnes, qui pour la plupart n'avaient jamais entendu l'appellation "psychomotricité". Au fil de ces trois années, j'ai pu repérer une structure quant à leur interrogation. Pour être honnête, j'ignore le nombre exact de fois où celle-ci eut lieu. Je ne me souviens ni des visages ni des voix ni même encore des prénoms, seule reste gravée dans ma mémoire mon sentiment d'embarras, de sidération et le déroulé presque méthodique des questions que l'on me posait. Je pouvais les anticiper à l'avance, comme un pas de danse, mais je trébuchais à chaque fois sur les pieds de mon interlocuteur. Cette ritournelle, commençait toujours de la même façon, par le connu et redouté :

-« Qu'est-ce que c'est ? »

*Généralement mon interlocuteur pouvait constater mon embarras au regard des quelques secondes de silence que je lui offrais, de la grande inspiration prise et de l'interjection "heu" marquant mon incertitude.*

-« On pourrait dire que c'est l'étude du corps et de la psyché en les considérant comme un ensemble, un tout. »

*J'étais moi-même incertaine de l'exactitude de cette réponse. Celle-ci ne permettait pas mieux à mon interlocuteur de comprendre, les sourcils froncés, il me répondait souvent :*

-« C'est-à-dire ? »

*Et à juste titre. Ne sachant pas comment reformuler ou expliquer cette liaison « corps-esprit », j'abandonnais et me lançais dans la comparaison :*

-« Eh bien contrairement à la kinésithérapie bien que nous travaillons par l'expérience du mouvement, nous ne faisons pas de rééducation fonctionnelle, nous prenons en compte la dimension affective, émotionnelle. »

*J'observais souvent qu'à partir de ce moment-là, la personne semblait déjà mieux saisir mais me questionnait souvent davantage :*

-« Mais concrètement que faites-vous ? »

*« Bonne question » me murmurais-je à moi-même. C'est alors que je sortais ma dernière carte : celle de l'exemple. Le mien fut toujours celui du syndrome post-chute (maintenant appelé syndrome de désadaptation psychomotrice), peut-être pourrions-nous en faire une analogie avec ma posture, en déséquilibre face au gouffre vertigineux de la définition de la psychomotricité.*

-« Eh bien par exemple lorsque des personnes âgées chutent elles peuvent avoir une appréhension à la marche, parce qu'elles ont peur que cela se reproduise. Nous en psychomotricité c'est justement sur cela qu'on va agir, sur cette appréhension afin que la personne retrouve un certain investissement de la sphère motrice. On peut par exemple proposer à la personne d'aller au sol et de trouver des chemins pour s'ériger. »

-« Ah d'accord, c'est très intéressant. »

*Je me disais : « Tu peux te détendre, tu as survécu, jusqu'à la prochaine fois. »*

Il aura fallu 10 minutes pour répondre à cette question anodine. Les bancs de médecine étaient peut-être plus simples pour ces choses-là. Tout le monde sait ce qu'est un médecin. Enfin de manière plus juste : tout le monde se représente ce qu'est le travail d'un médecin. Que cette représentation soit erronée ou non, cela permet d'éviter cette discussion dérangeante.

Je me rendais bien compte, dans ces échanges, que je ne définissais absolument pas la psychomotricité, je la comparais avec ce qu'elle n'est pas et donnais un exemple clinique. Je trouvais que c'était une vision assez pauvre d'une définition : son absence et la partie pour définir le tout.

Au début de mon apprentissage, l'excuse de la nouveauté me rassurait. Certes je ne savais pas définir la psychomotricité mais cela était normal, je venais de commencer mes études, de me familiariser avec le monde de la santé. Il était facile d'imaginer que cela deviendrait plus aisé avec le temps. Mais voilà, le temps était passé, j'étais maintenant en deuxième, troisième année et la question semblait toujours aussi difficile. Je m'interrogeais : « Comment pourrais-je définir cette discipline ? ». Au fil du temps celle-ci se transforma en « Pourquoi je n'arrive pas à la définir ? ». En effet, je fus une élève sérieuse, ayant de bonnes notes, assidue en cours, développant mes capacités d'analyse sémiologique psychomotrice, de démarche clinique, de propositions de séances mais j'étais toujours incapable de définir simplement la psychomotricité. Était-ce seulement mon problème ? Je pus comprendre que je n'étais pas la seule dans cette situation . Certains de mes camarades de promotions, enseignants et professionnels, partageaient aussi cette expérience si bien qu'elle en devenait une sorte de blague : le psychomotricien ne peut pas définir la psychomotricité. Et je constatais qu'il était plus simple de se résigner à accepter cet état de fait. Mais il y avait de quoi s'interroger : pourquoi le novice comme l'expert sont en difficulté pour définir notre discipline ?

Il m'arrivait également de tomber sur des personnes curieuses, me questionnant davantage. Autant vous dire que mon pas de danse apparaissait encore plus maladroit. Un jour, l'interrogatoire se poursuivit par :

- « Mais du coup vous faites de la rééducation ? »

*Prise de court, je ne savais que répondre, oui, non, oui et non. Ma réponse finissait par sortir, bégayante :*

-« C'est à la fois de la rééducation, de la thérapie, de la prévention et la globalité de tout cela pourrait s'appeler le soin psychomoteur. »

*« Bien joué » me disais-je.*

-« Ah d'accord mais qu'est-ce qui distingue la rééducation de la thérapie dans votre approche ? »

*Trou noir, je ne pouvais plus penser, il me regardait, attentif, intéressé mais je ne savais que dire.*

En effet, quelle est la différence entre rééducation et thérapie en psychomotricité ? Qu'est-ce qui change dans notre manière de voir le soin psychomoteur pour que l'on bascule d'un côté ou de l'autre ? La durée ? Les objectifs thérapeutiques ? Le lieu de prise en charge ? Mais une telle distinction existe-t-elle réellement ?

Quelque chose au fond de moi me disait que ce n'était rien de tout cela, on peut faire de la rééducation sur plusieurs mois, ou bien travailler le schéma corporel en rééducation ou en thérapie. J'avais l'intuition que cela pouvait être mis en lien avec la manière de concevoir la place du corps et des émotions. Mais si la place du corps et des émotions n'est pas la même selon la modalité du soin effectué, peut-on

parler du même métier ? La personne m'ayant posé cette question n'aura pas eu de réponse ce soir-là mais aura fait naître en moi plus de questions que de certitudes sur la discipline que j'étudie.

Par ailleurs, lorsque je conversais avec mes camarades de promotion, avec les professeurs, le jargon psychomoteur employé n'était plus questionné puisque censé être compris de tous. Mais lorsque je devais échanger avec quelqu'un dont ce n'est pas le domaine d'étude, il fallait l'expliquer, le rendre accessible. Et pour cela, il fallait être un tant soit peu au clair avec ces notions, se les être appropriées à *minima*. Comment pouvais-je être légitime d'être bientôt diplômée d'une discipline dont je ne savais définir l'objet ? Comment pouvais-je faire du soin psychomoteur sans savoir expliquer la différence entre thérapie et rééducation ?

## 2. L'embarras d'une autre étudiante

J'observais des divergences au sein des différentes formations de psychomotricité. Je me suis rendue compte lors de nombreuses discussions avec une étudiante et amie de l'IFP<sup>1</sup> de Montpellier du gouffre séparant nos deux apprentissages. Nous nous entretenions régulièrement et nous découvrîmes ensemble, au fil de nos riches échanges, nos différences. Les thèmes récurrents portaient sur nos stages mais surtout sur nos formations respectives et leurs enseignements théoriques et pratiques. Nous n'étudiions pas les mêmes auteurs et ne considérons pas les mêmes « pères fondateurs » de la psychomotricité. Les Travaux Dirigés eux non plus ne sont pas les mêmes, il y a moins d'expérimentation personnelle, d'élaboration autour des ressentis et vécus. La notion de scientificité est différente avec une grande place accordée aux évaluations et aux protocoles de soin. Ceci est observable dans les mémoires réalisés par les étudiants de Toulouse<sup>2</sup>, ceux-ci sont essentiellement des mises en place de protocoles de soin psychomoteur. Il est rare de retrouver ce type de mémoire dans notre école. Les influences théoriques ne sont pas les mêmes : d'un côté une influence majeure des

---

<sup>1</sup> Institut de Formation en Psychomotricité

<sup>2</sup> Montpellier étant une école ouverte par l'IFP de Toulouse

neurosciences et de l'autre la psychanalyse. Nous pouvions sentir notre incompréhension mutuelle. Nous avons l'impression de nous révéler des recettes secrètes, comme si nous n'étions pas censées questionner tout cela et devons seulement l'accepter. Mais lorsque l'on peut entendre dans certains couloirs qu'entre les différents instituts nous ne sommes pas formés au même métier, mettre la lumière dessus semble pertinent. Qu'est-ce que ces divergences disent de la psychomotricité ? Comment est-il possible en tant qu'étudiant de s'approprier l'objet de la discipline lorsque les vents peuvent être contraires ?

Étant donné que la théorie sert à la pratique en tant qu'outil conceptuel, on peut facilement imaginer une différence de pratique entre des personnes n'ayant pas le même bagage théorique. Peut-être n'est-ce pas un problème, peut-être est-ce synonyme de diversité, si chère à notre discipline. Néanmoins en tant qu'étudiantes nous nous posons tout de même la question : pourquoi le choix d'une approche plutôt qu'une autre ? Est-ce que quelque chose pourrait manquer à ma compréhension ? Mais surtout serais-je en capacité de comprendre l'autre psychomotricien dans sa manière de concevoir son soin ? En effet, si les auteurs sont différents, peut-être que la sémiologie psychomotrice n'est pas expliquée, conceptualisée de la même manière. Il serait donc difficile de parler le même langage, ce qui peut créer de la confusion dans le secteur paramédical et plus largement médical. Ce qui est ennuyeux, pour nous qui aspirons à une reconnaissance de notre discipline dans le champ de la santé.

Mais plus important encore, au-delà des discussions autour de la psychanalyse, de la science et du protocole, nous étions toutes deux dans l'embarras pour définir notre future profession. Malgré nos différences conceptuelles, de méthodes, quelque chose nous rassemblait : nous ne savions pas parler de la psychomotricité. Un jour elle me dit : « Je n'arrive pas à trouver de définition universelle à donner à mes interlocuteurs. ». « Merci » lui répondis-je. Il n'était plus question de divergences de bilans ou d'auteurs, à ce moment-là je me sentais comprise, semblable, comme si nous partagions la même psychomotricité : celle que l'on ne peut définir.

### 3. Les terrains de stage : entre neurologie et psychiatrie

Je pensais qu'acquérir de l'expérience clinique au fil des stages me permettrait de pouvoir parler plus aisément de cette discipline. J'ai donc multiplié les expériences sur le terrain. Armée de mes conventions, je pensais trouver une réponse toute faite dans l'intimité des salles de psychomotricité, des gestes, regards et mots des patients et patientes rencontrés, mais il n'en fut rien.

J'avais beau enrichir mes connaissances concernant les pathologies, les corps, les modes de soins, les axes et objectifs thérapeutiques pensés pour la sémiologie des patients, j'étais toujours dans l'incapacité de donner une définition de la psychomotricité. Le regard devenant plus aguerris, sachant converser autour des différents troubles du tonus mais ayant loupé la première étape de tout nouvel apprentissage : celle de définir sa discipline.

J'ai tout de suite été très intéressée par la psychiatrie adulte et la neurologie. Dans une forme de tentative intarissable de découverte, j'ai approfondi ces deux cliniques dans différentes structures, auprès de différents maîtres de stages. Cette dernière année de formation ne fait pas exception, un de mes stages longs se passe en Unité de Réadaptation Neuro-Vasculaire et l'autre, expérimental, dans un service de psychiatrie adulte spécialisé dans le psychotraumatisme et l'addictologie. Moi qui étais bien dans l'embarras pour expliquer la différence entre rééducation et thérapie, je me trouvais pourtant au centre de ces deux pôles, s'ils existent.

Je remarquais une approche clinique différente. Un jour je me suis interrogée : « Est-ce que cette situation d'entre deux ne participe pas à mon embarras? ». J'avais toujours considéré que celui-ci était purement théorique et que la clinique, au contraire, était une solution pour y répondre, mais sans jamais me demander si l'expérience du terrain ne participait pas, elle aussi, à ma difficulté. Il est vrai que j'avais du mal à faire du lien entre ces deux expériences, à y voir une unité psychomotrice. Alors j'ai tenté d'y voir plus clair en essayant tant bien que mal de rendre compte des divergences, comme dans un jeu des 7 différences dans lequel je me serais auto-désignée enquêtrice. Je pris une feuille que je séparais en deux, à

la droite se trouvait écrit « neurologie » et à gauche « psychiatrie adulte ». Je me suis donc lancée dans cet exercice, non sans mal :

« Reprenons depuis le début », me disais-je. J'accueille, avec ma maîtresse de stage, au sein du service de neurologie, des patients adultes ayant eu un accident vasculaire cérébral, un traumatisme crânien, une neurochirurgie lourde ou toute pathologie neurologique centrale ou périphérique. De l'autre côté, avec ma collègue de promotion, nous rencontrons des patients ayant des troubles de stress post-traumatiques complexes associés à d'autres troubles psychiatriques tels que des troubles de l'usage des substances, des troubles de personnalité, des troubles du comportement alimentaire, des troubles psychotiques chroniques et/ou des troubles de l'humeur. Je me suis dit : « À part la prédominance de la question traumatique dans ces deux services, il est difficile d'en tirer quelque chose à ce stade-là de la comparaison. »

« Bien, quelle est notre casquette ? ». En neurologie, les psychomotriciens font partie de l'équipe des rééducateurs et ma maîtresse de stage se présente comme telle aux patients. En psychiatrie adulte bien qu'il n'y ait pas de psychomotricien, nous sommes amenées avec ma collègue de promotion à envisager la place de notre discipline et donc à la penser. Par ailleurs, dans ce service, deux infirmières en pratiques avancées, dont une art-thérapeute, proposent différents groupes d'approche corporelle, de gestion des émotions, d'improvisation théâtrale nommés groupes thérapeutiques. On peut déjà voir ici que la médiation corporelle est vue comme « thérapeutique » et non pas « rééducatrice » bien que proposée par des non-psychomotriciennes. Et il n'est d'ailleurs pas étonnant que ce soit l'une d'elle qui nous supervise dans ce stage expérimental. Bien que l'on puisse se dire que c'est une manière plus aisée de catégoriser les différents intervenants dans la prise en charge du patient, c'est déjà, peut-être, révélateur d'une certaine posture de soin. Je me disais : « On observe donc une distinction dans la manière de concevoir la mise en mouvement, un versant rééducateur et un versant thérapeutique comme j'en pressentais l'existence. Mais maintenant y-a-t-il une différence entre les deux ? Ou est-ce simplement accessoire ? »

« Peut-être que nos objectifs sont différents, qu'est-ce que l'on cherche à faire ? ». En neurologie les objectifs de rééducation sont fonctionnels comme celui de retrouver la marche par exemple. Les différents rééducateurs (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes et psychomotriciens) interviennent dans le projet de soin du patient pour l'aider à recouvrer les potentialités endommagées par la pathologie ou l'accident neurologique. En psychiatrie adulte l'objectif d'hospitalisation est celui de la stabilisation et de l'atténuation de la symptomatologie post-traumatique, le sevrage et/ou la mise en place de traitements adéquats. Les différents thérapeutes ( psychologues, infirmières en pratiques avancées) interviennent eux pour fournir des outils afin de faire face aux symptômes de dissociation, de reviviscences et/ou amorcer un travail plutôt analytique autour de l'identification des mécanismes psychologiques et les causes des symptômes en s'intéressant à l'histoire du sujet et son histoire familiale. Je me disais : « Il me semble entrevoir une distinction dans l'approche du sujet, d'une part on aurait le corps lésé du présent et de l'autre le corps lésé du passé. D'un côté le patient serait pris en charge pour l'aider à remarquer et de l'autre il serait amené à comprendre pourquoi il ne marche plus. » Mais en me formulant cela, je n'étais pas convaincue. En psychiatrie adulte les approches TCC<sup>3</sup> ont aussi pour but de traiter les symptômes sans nécessairement prendre en compte leur cause. Par ailleurs la symptomatologie est différente, les troubles psychiatriques n'apparaissent pas soudainement, contrairement à un traumatisme crânien par exemple. Je finissais par me demander si la comparaison avait un réel sens.

« Bon, prenons les choses par un autre bout. Revenons à la psychomotricité. Qu'est-ce qu'on évalue ? ». Dans la clinique neurologique, le bilan psychomoteur évalue en grande partie les capacités de coordinations dynamiques générales, les équilibres et la marche, mais n'évalue pas ou peu l'image du corps. Par ailleurs, les éléments d'anamnèse sont évidemment importants mais n'ont pas comme place celle de l'explication de la cause des difficultés. De l'autre côté, nous avons constitué avec ma collègue notre trame de bilan en nous inspirant de différents ouvrages et enseignements concernant l'évaluation auprès d'adultes en psychiatrie adulte. La place de l'anamnèse et de l'image du corps est plus conséquente que la possible

---

<sup>3</sup> Thérapies Cognitivo-Comportementales

flexion de hanche ou les capacités d'équilibre unipodal. « Bon, cela m'évoque d'un côté une conception d'un corps instrumental et de l'autre un corps... un corps non instrumental ? Quel est l'antonyme d'instrumental ? Vécu ? Non, cela n'a aucun sens. Au vu de notre évaluation on pourrait dire un corps représenté. » Encore une fois, je n'étais pas certaine de cette conclusion, je me disais que nos objectifs de soin n'étant pas les mêmes il était peut-être normal de ne pas évaluer les mêmes choses. Mais pour autant je trouvais cette différence évocatrice : c'est avec le bilan que l'on construit un projet de soin et si celui-ci n'observe pas les mêmes aspects, notre approche psychomotrice n'est peut-être pas la même. Néanmoins, à part relater cette différence, j'étais incapable de mettre des mots dessus. A l'image du mot psychomotricité, pourquoi était-il si difficile de conceptualiser ces choses-là ?

« Peut-être que nos propositions de séances différent, quelles sont-elles ? » En neurologie, nos objectifs les plus récurrents sont ceux autour du travail du schéma corporel, de l'investissement de l'hémicorps controlésionnel, de la régulation tonico-émotionnelle, du polygone de sustentation ou bien encore de l'axe. Pour cela nous proposons beaucoup de séances en utilisant le parcours psychomoteur, les jeux de balles ou bien la prise de conscience des segments corporels dans l'espace. En psychiatrie adulte nos objectifs principaux vont être autour de l'investissement de l'espace, de l'étayage psychomoteur (Tonus-Sensation-Affects-Représentations) (Robert-Ouvray, 2010) et donc de la sensorialité, de la régulation tonico-émotionnelle et des représentations corporelles. Pour cela nous utilisons principalement l'expressivité corporelle, la stimulation sensorielle ou bien encore le jeu de faire semblant. « A ce stade je suis perdue dans mon exercice de comparaison, peut-être pouvons-nous voir que d'un côté l'attention est portée sur les capacités du corps et de l'autre sur ses éprouvés, mais cela a-t-il du sens de cliver ? ».

Frustrée, je décidai moi-même de classer cette affaire sans suite. Mais cela était sans compter les cours de neuropsychomotricité que nous avons eu au second semestre de troisième année. Ils portaient sur l'approche psychomotrice auprès de la clinique en neurologie et furent introduits par cette phrase « *Vous allez vous mettre dans la peau de rééducateurs pour ce cours* » (Dupont, cours magistral, 7

novembre 2023)<sup>4</sup>. Cette phrase eut l'effet d'une bombe, à la fois auprès de mes camarades dont je devinais l'incompréhension mais aussi en moi : « Avais-je raison ? Le rééducateur et le thérapeute ne partagent pas la même peau ? ». Un jour, il nous dit « *Le temps de la thérapie est plus tard, en phase chronique, en institution, sinon vous faites perdre des chances à votre patient* » (Dupont, cours magistral, 14 novembre 2023). Il serait donc question d'une temporalité spécifique du soin ? Visiblement il pouvait être intéressant de faire de la thérapie, encore faudrait-il savoir ce qu'elle désigne, auprès de patients ayant des troubles neurologiques. Les phases dites aiguës et subaiguës ( des 15 premiers jours aux 6 premiers mois )<sup>5</sup> n'y seraient pas propice contrairement à la phase chronique ( au-delà de 6 mois )<sup>6</sup>. « Cela ne m'aide pas » me disais-je, « Non seulement je n'arrive pas à trouver de différence significative entre la rééducation et la thérapie mais en plus les deux peuvent exister pour une même pathologie en fonction du moment de la rencontre avec le patient. » J'ai pu comprendre dans son propos, qu'il n'y avait pas d'intérêt à travailler l'image du corps pendant cette phase de rééducation ; la plasticité cérébrale étant à l'œuvre, il fallait préférentiellement travailler les capacités motrices. Et ceci permettrait à la personne d'avoir par la suite une meilleure représentation d'elle-même si elle a pu retrouver ses potentialités. Comme si l'on travaillait la future image du corps par l'amélioration des compétences motrices, d'équilibres, praxiques actuelles. Je me suis interrogée : « Est-ce cela ? La différence entre rééducation et thérapie ? La prise en compte de l'image actuelle du corps ? »

Pour autant ce n'est pas autour de ce concept que cet enseignant avait axé ses différents cours mais sur la notion de schéma corporel. Cette même notion avait été également abordée lors d'une intervention en cours de psychologie. Nous avons appris dans ces deux amphithéâtres que le schéma corporel est un :

Fonctionnement physiologique non subjectif. C'est une représentation sensori-motrice, tridimensionnelle, non consciente, automatique et sans cesse réajustée de la position globale et/ou segmentaire du corps et de ses mouvements. Cette représentation implique différents systèmes sensoriels, leurs coordinations et leur intégration (proprioception, vision, équilibration). La proprioception est, chez l'adulte, la référence principale. (Pireyre, 2021, p.416)

---

<sup>4</sup> Le nom de cet enseignant a été modifié

<sup>5</sup> ANAES, 2002 ; HAS, 2023

<sup>6</sup> HAS, 2023

Selon cette conception, ils avançaient que l'évaluation des somatognosies ainsi que le test du dessin du bonhomme ne relèvent en rien de tests du schéma corporel. Cette information généra beaucoup de questionnement dans nos rangs. En effet, lors du TD<sup>7</sup> « bilan » de deuxième année, qui était centré sur l'apprentissage des différents tests psychomoteurs, leurs passations et leurs interprétations, nous avons appris que ces deux tests évaluaient le schéma corporel. Ce fut bouleversant pour beaucoup d'entre nous, nous étions perdus, sans repères. Il y avait en effet de quoi s'interroger : si je lis un compte rendu de bilan, à la mention « mauvaise intégration du schéma corporel » dois-je en conclure que le patient est dans l'incapacité de nommer les parties de son corps ou bien est-il dans l'incapacité de sentir son corps dans le mouvement ?

Que pouvais-je retenir de tout cela ? J'avais la sensation que les informations se mélangeaient. Confuse, je ne savais pas quel fil tirer afin de dérouler la pelote. Ne m'éloignais-je pas de mon questionnement initial ? Ceci avait-il un lien avec la définition de la psychomotricité ? Par ailleurs j'avais l'impression de toucher du bout de mes doigts malhabiles un point sensible méritant peut-être que l'on s'y attarde. J'essayais de conclure : il y a une distinction potentielle entre thérapie et rééducation, j'ai du mal à en rendre compte néanmoins un de mes enseignants en témoigne. Plus encore, j'observe des questionnements autour du schéma corporel et de l'image du corps, c'est-à-dire autour de la perception et la représentation du corps. Le lien serait-il là ? La difficulté de cette définition et la difficulté pour parler du corps ?

#### 4. Des patients « transnosographiques »

Au fil des jours et mois de stages, ces deux services me parurent moins clivés qu'initialement. En effet je pus rencontrer différents patients et patientes dont le profil

---

<sup>7</sup> Travaux Dirigés

relevait à la fois de la neurologie et de la psychiatrie adulte. Ces patients « transnosographiques » posaient à chaque fois problème pour l'équipe dans laquelle je me trouvais. En neurologie je pouvais entendre « ce patient relève de la psychiatrie » et en psychiatrie « ce patient relève de la neurologie ».

Il y eut Madame L., une patiente de 60 ans rencontrée par la cheffe de service de psychiatrie adulte aux urgences du même hôpital. Cette patiente avait eu une méningite pendant l'enfance entraînant des séquelles neurologiques comme une déficience intellectuelle légère. En décembre dernier, elle se plaignit d'importantes céphalées. Un IRM révéla la présence d'une hydrocéphalie. La patiente fut donc prise en charge en neurochirurgie pour une ponction lombaire afin de compléter le bilan et de retirer du liquide céphalo-rachidien. A la suite de cet examen Madame L. présenta des symptômes délirants de persécution, une anxiété massive, une désorientation temporo-spatiale mais également des persévérations pouvant indiquer selon le médecin psychiatre des éléments catatoniques<sup>8</sup> ou frontaux<sup>9</sup>. C'est dans ce contexte que sa fille l'avait amenée aux urgences. Le psychiatre nous a décrit qu'elle était restée plusieurs jours aux urgences car l'équipe de neurologie avançait une symptomatologie psychiatrique tandis que l'équipe psychiatrique avançait qu'il y avait des éléments neurologiques. Le jeu de ping-pong prit fin et Madame L. fut admise en psychiatrie adulte. Que fallait-il penser : psychiatrie ou neurologie ? Je me rendis compte que cette question, somme toute simple, était indispensable. Comme si on ne pouvait pas commencer à prendre en charge la personne que si elle rentrait dans la bonne case, et en attendant ce verdict nous étions embarrassés, ne sachant quoi penser ou faire. Néanmoins, contrairement aux médecins, les psychologues, infirmières, futures psychomotriciennes ne sont pas spécialisées dans un type de troubles. Je me demandais : « Pourquoi sommes-nous aussi embarrassés que le médecin sur l'étiquette du malade ? »

Il y eut aussi Madame F., une patiente de 42 ans, adressée par son médecin psychiatre en hospitalisation dans le service de psychiatrie pour un épisode

---

<sup>8</sup> La catatonie est un « *syndrome psychomoteur complexe qui associe des signes comportementaux, des signes moteurs et des signes neurovégétatifs* » (HAS, 2021, p.5)

<sup>9</sup> Le syndrome frontal est consécutif à des lésions du lobe frontal donnant lieu à des troubles dysexécutifs, du comportement, moteurs ou bien encore des troubles langagiers (Gaffard, 2023)

dépressif. Elle présentait également des Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) à type d'anorexie mentale depuis ses 12 ans. Ceux-ci s'accompagnaient d'un fort investissement sportif, qu'elle décrivait comme une addiction. Néanmoins elle dû arrêter toute activité sportive à la suite de nombreux malaises apparaissant à l'effort. Elle put nous confier qu'elle reliait son épisode dépressif à cet arrêt. Madame eu en 2013 une endocardite nécessitant deux opérations avec pose de prothèses de valves en 2013 et 2017, créant chez Madame de fortes préoccupations somatiques. Ses nombreuses demandes donnèrent lieu à une imagerie cérébrale révélant des séquelles d'AVC<sup>10</sup>. Son départ en Soins de Suite et de Réadaptation en neurologie se fit une semaine après que nous l'eûmes rencontrée pour un bilan ainsi qu'une première séance. Madame présentait une atteinte des fonctions exécutives ( inhibition, flexibilité mentale, planification ) pouvant être séquentielles à une lésion frontale, mais pouvant aussi témoigner d'une rigidité cognitive fréquemment retrouvée dans l'anorexie mentale. Ceci nous posa question, nous avons relevé dans l'évaluation psychomotrice nombre de choses qui ne relevaient pas exclusivement de la neurologie. En plus de ses TCA, de l'investissement pathologique du sport qu'elle décrivait comme lui permettant de "sentir son corps" on relevait des éléments pouvant révéler une symptomatologie traumatique. En effet, elle nous décrivait un rapport à l'hygiène difficile, elle évitait la douche car il était difficilement tolérable de se déshabiller, se voir ou de toucher son corps. On s'interrogeait : Quel bénéfice aura-t-elle d'une rééducation ? Quel intérêt pour elle d'avoir une prise en charge en kinésithérapie, en ergothérapie ou bien encore en orthophonie? Madame F. ne présentait pas de troubles moteurs particuliers, de troubles sensitifs ou bien encore de troubles du langage. Seuls étant présents des éléments cognitifs comme ceux évoqués autour des fonctions exécutives.

Au sein du stage que j'effectue en Unité de Réadaptation Neuro-Vasculaire, ma maître de stage intervient également sur l'Hôpital de Jour gériatrique. Le projet de soin, quel qu'il soit, est fixé sur une durée de deux mois. Nous avons rencontré Madame G., une patiente de 77 ans, adressée pour un trouble de l'usage de l'alcool ayant des répercussions sur ses capacités de coordinations motrices et de mémoire. Celui-ci avait pris naissance en 2008 au décès de son mari. J'interrogeai ma tutrice :

---

<sup>10</sup> Accident Vasculaire Cérébral

Pourquoi cette personne n'est pas en Hôpital De Jour addictologie ou en Centre Médico-Psychologique adulte? La problématique centrale m'apparaissait comme étant celle de l'addiction, reliée à une problématique de perte, de deuil. La consommation d'alcool, en quantité depuis longtemps, affecte certes différentes sphères et à ce titre une prise en charge en kinésithérapie peut être intéressante pour les aspects locomoteurs. Néanmoins il m'apparaissait nécessaire d'avoir un accompagnement sur le comportement « problème », c'est-à-dire sur la fonction que revêt la consommation d'alcool. Je me disais que cette prise en charge rééducative venait travailler sur les conséquences de sa consommation sans interroger ou accompagner sa cause. Par ailleurs je me disais : « Peut-être que ce service n'est pas le plus adapté mais nous sommes en capacité au sein de l'espace en psychomotricité de proposer des séances prenant en compte cette dimension. » En effet nous sommes habilités à prendre en charge ces problématiques, à travailler sur les aspects sensoriels, toniques, de perceptions et de représentations corporelles de la consommation de produit. Néanmoins je comprenais au fil des discussions avec ma tutrice et des rencontres avec cette patiente qu'il était difficile de faire ce travail seules. Sans médecin addictologue, psychiatre ou psychologues, nous n'étions pas en capacité d'utiliser les outils les plus adéquats pour cette patiente. Par ailleurs celle-ci avait du mal à investir la prise en charge, elle fut absente à de nombreuses reprises, rupturant le suivi.

Ces différents cas, relèvent à la fois d'une clinique neurologique et d'une clinique psychiatrique. Étant donné que je naviguais entre ces deux pôles, je me sentais en conflit, comme si ce que j'avais appris en neurologie ne pouvait pas passer le pas de la porte du service de psychiatrie. Et inversement. J'étais ici pour travailler avec soit une population psychiatrique soit une population neurologique. Il n'était donc pas question d'appliquer le savoir acquis de l'autre côté. Un jour je me suis dit : « Je pourrais avoir le même patient dans le service de neurologie et dans le service de psychiatrie, que la prise en charge psychomotrice ne serait pas la même. » J'avais l'impression que la salle de psychomotricité était poreuse, à l'institution, aux autres professionnels et leurs spécificités. Comme si en fonction du cadre de soin, nous n'utilisions pas les mêmes lunettes pour lire le patient et donc pour travailler avec lui tel ou tel type de fonctions psychomotrices.

## 5. Question centrale

Lorsque le début de la troisième année est arrivé, il fallait commencer à réfléchir autour d'un sujet de mémoire. Guidée par ce que j'avais lu et compris, je me mis en tête de trouver un cas clinique qui m'interrogeait. Je me rendis rapidement compte qu'il m'était difficile d'analyser une situation clinique sous l'angle de la psychomotricité sans avoir élucidé tous ces questionnements. Comment pouvais-je mener une réflexion sur une pathologie, une médiation ou l'apport de la psychomotricité auprès de tel ou tel public alors que c'est ce même objet qui me posait problème ? Alors je me lançai, j'allais écrire un mémoire sur la psychomotricité.

Le début fut difficile. Par où fallait-il commencer ? Beaucoup de sujets me venaient : psychanalyse, neurosciences, validité scientifique, dualisme, épistémologie etc. Tout me semblait à la fois intéressant et vertigineux. Une appréhension me gagnait « Ai-je les compétences pour manier ces concepts ? ». Je me sentais formée à réaliser et penser le soin psychomoteur mais moins pour mener 80 pages de réflexion. Par ailleurs, je voulais tout traiter, répondre à tout. Mais je compris qu'au-delà de la charge de travail, je ne pouvais pas choisir au nom de la psychomotricité une vérité universelle sur ce qu'elle est ou n'est pas. Ce qui me mettait au travail, c'était de comprendre pourquoi il n'y avait potentiellement pas de vérité. Je ne voulais pas me situer, je voulais comprendre pourquoi je n'arrivais pas à le faire. Je ne voulais pas réussir à définir la psychomotricité, je voulais comprendre pourquoi cela m'était difficile.

Alors je repris au fur et à mesure mes observations afin de formuler un problème. Je faisais un constat, à plusieurs niveaux : J'éprouvais une difficulté pour définir simplement la psychomotricité. Des étudiants formés différemment de moi en psychomotricité l'éprouvaient également. Mon expérience clinique y participait, tiraillée entre rééducation et thérapie, bien que j'avais du mal à rendre compte de la

distinction entre ces deux modes de soin. Je me rendais compte que le soin que nous proposons est conditionné d'une certaine façon par le service dans lequel nous intervenons. Et enfin j'entrevois un lien avec les fonctions de perception et de représentations corporelles. Plusieurs questions me venaient : Pourquoi je n'arrive pas à définir simplement la psychomotricité ? Pourquoi nous (certains étudiants et professionnels) n'arrivons pas à définir simplement la psychomotricité ? La distinction entre le « je » et le « nous » n'est pas une coquetterie de ma part; c'est à la fois mon embarras, en tant qu'étudiante en plein processus d'appropriation et à la fois un embarras professionnel partagé. Cette difficulté de définition est-elle liée à la difficulté de parler du corps ? A-t-on la même conception du corps que les autres professionnels de santé ? En quoi la manière dont le corps est pensé, conceptualisé a-t-elle une influence sur la manière de concevoir la pathologie et le soin ? Mais plus largement : Qu'est-ce qui fait que la psychomotricité est une profession difficile à définir ?

## Partie 2 : En quoi les fondements de la discipline la rendent complexe à définir ?

J'eus le besoin de me renseigner sur l'histoire de la psychomotricité. J'avais besoin de comprendre d'où je venais. Dans quel contexte s'était formalisée la discipline, auprès de quel public, et comment ? Est-ce que les fondements disciplinaires participent à la difficulté de définition? Arpentant les allées de la bibliothèque, j'ai découvert Henri Rousselle. Pour la première fois depuis le début de ma formation, je pus mettre un récit autour la discipline que j'étais en train d'apprendre. Les noms des auteurs de concepts, de tests, de thérapeutiques que j'avais tant entendus, étaient tous là. Ils avaient une histoire, je pouvais presque imaginer leurs visages.

Au fil de mes lectures je me rendis compte de la difficulté à retracer l'histoire de la psychomotricité. Selon les auteurs la relatant, la vision n'était pas la même, certains y voyaient un parcours semé d'embûches, d'autres avançaient des fragilités théoriques, d'autres encore y voyaient une discipline s'imposant de par ses concepts. Malgré des éléments de consensus, la description et l'analyse étaient parfois différentes, certains détails étaient omis, d'autres accentués si bien qu'il m'a été parfois difficile de visualiser une seule et même histoire. « Une définition complexe à donner pour une histoire complexe à retracer » me disais-je. Un jour, je fis une hypothèse : chaque auteur traite la question de l'Histoire en fonction de ce qu'il y cherche. On ne la regarde pas de la même façon sous l'angle de l'épistémologie que sous l'angle du développement de l'enfant ou bien encore sous l'angle des recherches sur le tonus. Bien que tous puissent se rejoindre, se croiser sous certains aspects. Puis, je me suis souvenu que, moi aussi, j'étais venu chercher dans l'Histoire des éléments de réponse à ma question. Alors je me décidai, l'histoire que j'allais dépeindre serait, elle aussi, analysée sous mon angle. Celui d'une étudiante en 2024 qui se sent en difficulté pour définir la psychomotricité. J'ai donc fait le choix de porter l'attention sur les éléments qui font à la fois richesse et complexité dans la psychomotricité.

## 1. Le centre de rééducation et pluridisciplinarité

En premier lieu, il fallait revenir dans les années 50, non loin des amphithéâtres que je fréquentais pour la formation. La psychomotricité aurait vu le jour à l'hôpital parisien Henri Rousselle au sein du site Sainte Anne (Giromini, 2022, p.5). C'est dans un contexte d'après-guerre que « *l'enfance inadaptée devient une réelle préoccupation politique et que des acteurs nouveaux apparaissent (les psychologues, les éducateurs)* » (Ballouard, 2008, p.20). En effet, il n'était pas encore question à l'époque de pédopsychiatrie au sens de spécialisation médicale (Coffin, 2010), ne permettant pas de thérapies ajustées aux difficultés rencontrées chez ces jeunes patients. Par ailleurs l'accompagnement de l'enfant à cette époque est davantage relatif à la pédagogie et à l'éducation physique qu'au soin (Ballouard, 2008 ; Faucher, 1993).

Le psychiatre psychanalyste Pierre Mâle fut chargé par le médecin-chef Yves Porch'er de l'hôpital Henri Rousselle de créer un centre de guidance dit infantile « *consacré à la recherche clinique autour des troubles instrumentaux, qui englobent la pathologie du langage et de la motricité, ainsi que des troubles réactionnels* » (Giromini, 2022, p.5). Il était question d'innovation quant à la compréhension et au soin de ces enfants-là ; la psychiatrie infantile n'était pas développée et se limitait « *encore à l' "enfant arriéré", à la "débilité mentale", à l' "épilepsie", aux "troubles du caractère" et à la "délinquance".* » (Giromini, 2018, p.11). Pierre Mâle était très inspiré des travaux de Wallon et de Piaget, qui par leur aspect novateur prenaient en compte la vie relationnelle, affective dans l'explication du développement psychologique de l'enfant (Giromini, 2018). Il faut reconnaître le caractère presque révolutionnaire de cette volonté de liens, qui pour l'époque n'était pas dominante dans le soin en psychiatrie infantile.

Je me rendais compte du bouleversement dans l'approche médicale. Il y avait un regard nouveau sur le développement de l'enfant façonnant l'envie d'une nouvelle façon d'intervenir auprès de ces sujets. En lisant cela, je comprenais que la

période était particulièrement féconde pour l'avènement d'une nouvelle discipline : celle de la psychomotricité.

Le neuropsychiatre Julian de Ajuriaguerra, fut dans ce contexte sollicité par Pierre Mâle pour « *constituer une équipe pluridisciplinaire de recherche en psychologie et en psychopathologie de l'enfant* » (Giromini, 2018, p.10 ). Il avait déjà écrit un article en 1943 pouvant constituer les prémices d'une réflexion sur les troubles du tonus « *La crampe des écrivains est-elle une affection organique ?* » avec le neurologue André-Thomas. Je trouvais intéressant de constater que Julian de Ajuriaguerra dans sa position de neuropsychiatrie était formé à une approche que l'on pourrait nommer intégrative entre la neurologie et la psychiatrie. Moi qui me sentait en tension entre ces deux champs disciplinaires, lui au contraire incarnait leur réunion. La psychomotricité, naissant de ses théorisations, se trouve quelque part au carrefour du corps et de l'esprit.

Il créa ainsi un centre de rééducation psychomotrice et du langage au sein du centre de guidance infantile rattaché à l'Institut national d'hygiène. À ses côtés se trouve Suzanne Borel-Maisonny, qui était nommée cheffe du service des troubles du langage et sera par ailleurs une des fondatrice de l'orthophonie. Gisèle Soubiran avait été nommée cheffe du service de psychomotricité. Kinésithérapeute de formation, elle avait également obtenu plusieurs diplômes en psychologie et aura fait voir à Julian de Ajuriaguerra le moyen de « *mettre en lien pratique la corporéité et la psyché dans le développement et dans le soin du jeune enfant* » (Giromini, 2018, p.13). La psychomotricité et l'orthophonie auraient donc vu le jour dans le même contexte de soin, dans le même service et centre de recherche dirigé par le même professeur. Pourtant nous savons qu'à l'heure actuelle elles ne connaissent pas le même dessein. L'orthophonie a elle pu asseoir sa légitimité, dispose d'un grade master, permettant la recherche et étant remboursée par la sécurité sociale. De manière imagée je pouvais me dire que le langage connaît un meilleur sort que le corps.

Julian de Ajuriaguerra constitua une équipe pluridisciplinaire ; rééducateurs, psychologues et psychiatres travaillaient main dans la main (Giromini, 2018). Celle-

ci fut composée au fil des années de nombre de cliniciens encore connus actuellement dont René Zazzo, Hilda Santucci, Mira Stambak, Jean Bergès, Irène Lézine ou bien encore Nadine Galifret-Granjon. Entre les années 1950 et 1960, ils mirent au point de nombreux tests comme celui d'imitation gestuelle, de latéralité gestuelle innée, d'orientation droite-gauche ou bien encore d'adaptation au rythme. Beaucoup de ces tests nous furent enseignés lors de la seconde année de formation en TD de « Bilan ». Bien que certains furent réétalonnés et que d'autres virent le jour par la suite, il semblerait que les découvertes d'Henri Rousselle ne soient pas si loin de nous.

« *Chaque cas est un rébus, un écheveau à démêler, ce qui justifie la constitution d'une équipe complète aussi bien chargée d'investigations que de traitements.* » (Soubiran, citée dans Giromini, 2018, p.16). Certains étaient chargés d'objectiver les troubles psychomoteurs par différentes évaluations, d'autres de mettre au point des moyens de les traiter et d'autres, enfin, de mettre du sens et de théoriser ces différentes observations. Ceci est d'ailleurs toujours d'actualité dans le paysage psychomoteur où l'on peut voir des psychomotriciens participant à la réalisation de protocole d'évaluation, de thérapeutiques et d'autres à la réflexion psychomotrice. Par ailleurs, on peut penser que, de par les différents champs disciplinaires des professionnels du service et leur approche de la clinique, les théories et pratiques sortant de ce centre n'étaient pas forcément uniformes. La discipline, a dû dès sa naissance, composer avec différents courants, venant certes l'enrichir mais aussi la rendre complexe et polymorphe.

Je pouvais le mettre en lien avec notre enseignement de « neuropsychomotricité » mais aussi avec les échanges avec l'étudiante de l'IFP de Montpellier (cf. *supra*, p.18; p.13). Au sein du service même, qui a permis la création de notre discipline, on retrouvait déjà différentes approches de la clinique et donc de la psychomotricité. Il n'est pas étonnant que nous puissions retrouver à l'heure actuelle ces mêmes divergences entre différents professionnels, entre plusieurs enseignants et plus largement entre différentes formations. Par ailleurs, il n'y a pas de poursuite d'étude en psychomotricité après le Diplôme d'Etat. Les psychomotriciens souhaitant approfondir leur champ théorique, le font par d'autres

prismes. Il est possible de faire des sciences de la rééducation mais il n'est pas rare de trouver des psychomotriciens ayant fait de la psychologie ou bien encore de la philosophie. Ceux-ci apprennent peut-être de nouvelles façons de considérer l'approche du soin, la place du corps, des émotions. Ils empruntent le chemin de nouveaux regards, ceci colorant d'une autre teinte leur approche de la psychomotricité et si ils deviennent enseignants, leur manière d'enseigner cette discipline.

Ceci pouvant causer mon embarras lorsque je dois définir la psychomotricité aux non-initiés. Je ressens ces différences dans l'approche clinique de la psychomotricité. Je dois, moi aussi, composer avec celles-ci, ce qui peut me mettre en difficulté lorsque je dois la définir simplement. Je trouvais ici un premier élément de réponse à ma question : « Qu'est-ce qui fait que la psychomotricité est une profession difficile à définir ? ». Elle serait difficile à définir car elle a été pensée, théorisée par des professionnels n'appartenant pas au même champ disciplinaire.

Néanmoins je me disais que cela ne pouvait-être la seule raison, une discipline, une pratique ne naît jamais d'elle-même. Elle a forcément des influences, parfois diverses, des personnes qui l'ont pensée, mise en pratique. Il ne fallait donc pas se contenter de cette réponse et chercher plus loin. Quels sont les autres éléments participant à la difficulté de définition ?

## 2. Nouvelle conception du corps

Au fur et à mesure de mes recherches, je me suis rendu compte que la réflexion autour de la notion de corps était au centre de cette nouvelle discipline. Je pus lire dans un article de Christian Ballouard : « *C'est moins la dialectique corps/esprit que l'intérêt pour l'enfant et son développement qui nous fournit l'origine du métier de psychomotricien* » (2018, p.17) J'en fus étonnée, j'étais convaincue de l'inverse. J'avais moi-même construit de toute pièce un postulat de départ dans lequel j'imaginai Julian de Ajuriaguerra dire en arrivant en France : « Le corps et

l'esprit ne font qu'un, alors maintenant nous autres psychomotriciens, soignons ces patients en le prenant en compte ! »

Je me suis résolue à concevoir que c'est l'étude des patients, la confrontation au réel qui avait permis de considérer ces liens. En effet Julian de Ajuriaguerra, Gisèle Soubiran et leurs collaborateurs, qui par ailleurs ne se nommaient pas « psychomotriciens », se rendirent compte que les sujets ayant des comportements dits « *particuliers avaient des troubles psychiques, ceci mettant en évidence deux aspects : l'aspect "psycho" et l'aspect "moteur", avec pour dénominateur commun le tonus.* » (Soubiran, citée dans Giromini, 2018, p.15). Néanmoins ils observèrent que la vision médicale envisageait soit l'un, soit l'autre, sans prendre en compte leur lien (*ibid.*).

Par ailleurs, je comprenais que Julian de Ajuriaguerra avait entrepris de synthétiser les apports de Wallon, d'André Thomas ( Bergès dans Giromini, 2018). Il fut également très influencé par les travaux de Piaget. On peut, aussi, facilement imaginer que les travaux de Brazelton ou bien encore de Winnicott, qui se sont aussi intéressés au développement de l'enfant, ont dû également contribuer à ses théorisations. En effet « *cet intérêt et ces études ont abouti à l'idée désormais répandue et banale que "le bébé est une personne" [...] Mais, qui dit bébé ou enfant dit "corps".* » ( Potel, 2010a, p.64).

Je comprenais que c'est l'observation des patients qui a permis de se questionner sur la manière de concevoir le corps. Je me posais deux questions. En quoi cette « nouvelle » conception du corps peut rendre difficile de définir la psychomotricité ? Quel rapport entretiennent pratique et théorie ?

## 2.1 Dialectique théorie/pratique

Si l'on reprend ce que dit Christian Ballouard (cf. *supra*, p. 30) il semblerait que dès le début, la dialectique théorie/pratique fut présente. La conception que l'on

pourrait avoir selon laquelle la théorie précède la pratique est ici fausse. Je comprenais que c'est en partant de ce qui pouvait être observé des patients, de la réalité du terrain que des questionnements prirent naissance. Ceux-ci amenèrent à chercher des réponses, notamment dans les travaux d'autres auteurs. Par ailleurs, je me disais que cela était possiblement plus nuancé que cela. La théorie et la pratique n'ayant pas forcément d'ordres distincts et s'influençant l'une et l'autre « *puisque'il n'y a pas de clinique qui ne soit pas orientée par des préconceptions théoriques* » ( Potel, 2010b, p.20). Pierre Mâle, Julian de Ajuriaguerra ainsi que d'autres avaient peut-être pressenti des possibles liens corps-esprit pour penser le soin, mais il y a probablement fort à parier que c'est la réalité du terrain qui a permis que ces liens prennent forme mais surtout qu'ils évoluent. Je pouvais me dire que ces préconceptions théoriques étaient remaniées, enrichies par la pratique, par l'observation et l'interaction avec les patients. Je me rendais compte de la valeur de la pratique mais surtout qu'elle n'était pas forcément si clivée de la théorie. Celles-ci constituent les deux faces d'une même pièce.

Peut-être avais-je pu faire l'erreur, durant la formation, de scinder et hiérarchiser les deux, pensant que la théorie avait quelque chose de noble, tandis que la pratique était sa simple application. Comme si il y avait d'un côté le fait de penser et de l'autre de faire. Mon postulat de départ en est la preuve, je pensais initialement que mes questionnements étaient purement théoriques. Il m'aura fallu un peu de temps avant que je me décide à analyser mes stages, entre rééducation et thérapie (cf. *supra*, p. 15). Néanmoins en y réfléchissant, je me rendais compte que les cours dits théoriques, les travaux dits pratiques et les stages participaient au même dessein : celui de l'appropriation des concepts psychomoteurs.

Néanmoins si je reprends la phrase de Catherine Potel, dans laquelle il est énoncé que la clinique n'est pas envisagée sans préconceptions théoriques. On peut imaginer qu'au sein du centre de rééducation psychomotrice, les approches multiples des professionnels ont pu également influencer leur compréhension de la clinique. Comme si l'œil du clinicien, ce par quoi il voit ou ne voit pas, n'était pas le même. Ceci renforçant la complexité de la définition de la psychomotricité.

Par ailleurs, que fait-on de ces patients qui théoriquement appartiennent soit à la psychiatrie, soit à la neurologie et qui cliniquement sont les deux ? (cf. *supra*, p. 20) Je les imaginai, enfermés soit dans une case, soit dans l'autre, sans pouvoir trouver un plus grand contenant permettant de les accueillir tout entier.

La pratique avait donc permis de penser la théorie. Il était question ici de la manière de concevoir le corps. Il fallait donc maintenant que je me renseigne sur cette « nouvelle » conception du corps et en quoi elle différait du modèle médical.

## 2.2 Le dualisme

J'avais compris que de Ajuriaguerra avait surtout été amené à questionner la manière de concevoir de l'époque : à la fois le soin mais aussi le corps. Son équipe tentait d'expliquer les troubles et désordres observés chez les patients. Ceci amenant à une remise en cause, ou du moins une réflexion sur la manière d'envisager le corps. Le constat était celui-ci : dans le soin, le côté « psycho » et le côté « moteur » sont séparés, pour paraphraser Gisèle Soubiran (cf. *supra*, p.31). Ce qui équivaut à une conception dualiste de l'être.

Le dualisme prend racine dans la culture judéo-chrétienne, où l'âme est séparée du corps. Le philosophe René Descartes, a également contribué à cette idée. En voulant fonder les sciences, il essaye de trouver une certitude absolue, c'est-à-dire l'impossibilité du doute. En effet pour lui, nos sens peuvent être trompeurs, à ce titre rien qui existe dans le monde matériel n'est forcément certain. Le doute méthodique lui fera dire, ce qui sera le plus retenu de son travail : « *je pense donc je suis* » (Descartes, 1844, p.25). Dans le discours sur la méthode, il avance que « *ce moi, c'est-à-dire l'âme, par laquelle je suis ce que je suis, est entièrement distincte du corps* » ( Descartes, 1844, p.138). L'esprit serait donc séparé de la matière, et donc du corps. René Descartes entrevoit tout même le lien entre les deux, au niveau de la glande pinéale, mais affirme que les deux sont constitués de substrats différents.

En me renseignant sur Descartes, je me disais que le Discours sur la méthode, paru initialement en 1637, était sûrement loin derrière nous, que nous avions dépassé le dualisme cartésien. Je pensais que nous avions une meilleure compréhension du corps. Néanmoins, en m'intéressant aux écrits de David Le Breton, je compris que le corps « *n'existe pas à l'état naturel* » (2023, p.37). C'est la culture, le système politique ou bien encore la science qui façonnent la manière dont on conceptualise le corps. Les sociétés et leurs époques ont donné différentes significations et représentations de celui-ci. Ainsi, « *la montée de l'individualisme occidental aboutit peu à peu au discernement sur un mode dualiste de l'homme et de son corps, non dans une perspective directement religieuse, mais sur un plan profane.* » (Le Breton, 2013, p.39). L'Homme serait donc séparé des autres, dans une société qui n'est plus communautaire mais individualiste. Il serait aussi coupé de lui-même, car en occident le corps est une « *possession* », un « *alter égo* » (Le Breton, 2023, p. 7), son « détenteur » en est donc différent. Je me disais que si le corps est une propriété il faut que quelqu'un ou quelque chose le possède, le détienne, le contrôle. Finalement, on en revenait à Descartes, il faut un esprit. Néanmoins la sémantique, elle, a peut-être quelque peu changé, se référant davantage au cerveau ou à la psyché, bien que la conception sous-jacente n'ait pas évolué.

Je comprenais par ailleurs que cette conception dualiste de l'être était aussi entretenue par le savoir médical. Celui-ci est « *une sorte de vérité universelle du corps qu'auraient échoué à acquérir les autres sociétés humaines.* » (Le Breton, 2023, p.38). J'essayais de visualiser le « trajet » par lequel la conception du corps pouvait passer. Il s'avérait qu'il m'apparaissait plus circulaire que linéaire. La culture régissant une société, elle-même régissant la science et donc la médecine, celle-ci rendant compte d'une conception de l'individu, et donc du corps, celui-ci, façonnant en retour, la culture etc. La médecine, faisant autorité, avait donc elle aussi une forte influence sur nos considérations sur le corps. Celle-ci « *repose sur une conception particulière de la personne, celle qui fait dire au sujet "Mon" corps sur le modèle de la possession.* » (Le Breton, 2013, p.20). La science médicale analyse le corps et ses troubles, le scinde en parties mais plus encore elle le coupe de l'individu. Le corps est « *perçu comme réceptacle de la maladie.[...]L'homme est atteint par*

*ricochet d'une altération qui ne concerne que son organisme. »* ( Le Breton, 2013, p.110). Ceci organisant le domaine médical et ses spécialités, on peut observer qu'est réservé le « *traitement des troubles physiologiques aux spécialistes du corps, et ceux des maladies mentales aux guérisseurs de l'âme* » (Pujol, 2015, p.12).

Lorsque nous sommes arrivées, ma collègue de promotion et moi dans le service de psychiatrie adulte pour notre stage expérimental (cf. *supra*, p.15), la cheffe de service, médecin psychiatre, a pu nous dire : « *C'est très intéressant que vous soyez là, vous savez, moi, en bonne psychiatre que je suis, j'ai tendance à considérer que le cerveau est là* ( dessinant un geste avec sa main vers la tête) *et qu'il est séparé du corps* » (Durand, communication personnelle, 6 octobre 2023)<sup>11</sup>. Par ailleurs je pense que si l'on demande à cette médecin ce qu'elle pense du dualisme cartésien, elle nous répondra sûrement qu'elle n'adhère pas à cette vision de l'être. Néanmoins, son discours semble révéler ce dualisme.

Que fallait-il retenir de cela ? Quelle est l'influence du dualisme sur notre pratique ? En quoi cela m'aide-t-il pour répondre à ma question ?

### 2.2.1 Dualisme et psychomotricité

Les différents patients que j'ai pu nommer "transnosographiques" (cf. *supra*, p. 20), incarnaient donc bien cette problématique. Le dualisme médical régissant le monde de la santé, a aussi un impact sur notre façon de considérer et de faire du soin. Je me figurais, de manière caricaturale, que le médecin dirigeait le navire, et nous autres, professionnels de santé en étions les matelots. Le psychomotricien serait amené à composer avec ce dualisme au sein du service dans lequel il intervient. S' il est en neurologie il sera rééducateur car il sera en contact du corps. S' il est en psychiatrie, il sera thérapeute car il sera en contact de l'esprit. C'est ce que j'avais pu pressentir dans ma partie « Les terrains de stage : entre neurologie et psychiatrie » où j'écrivais que « la salle de psychomotricité était poreuse, à

---

<sup>11</sup> Le nom de cette professionnelle a été modifié

l'institution, aux autres professionnels et leurs spécificités. » (cf. *supra*, p. 23). Le psychomotricien, serait donc influencé, dans sa façon de faire du soin, par son environnement. Ce qui pose encore problème avec ces patients à la croisée des chemins. La compréhension de leurs troubles ne peut que se faire sous un angle. Soit sous le primat du corps, soit sous le primat de l'esprit. Il faudrait que le sujet puisse rentrer dans la bonne « case » pour bénéficier d'une prise en charge adaptée, sinon il oscille entre deux spécialités.

J'avais constaté que les orthophonistes, dont une des fondatrice était dans la pièce voisine de celle de la psychomotricité (cf. *supra*, p.28) , connaissaient une meilleure reconnaissance que nous autres psychomotriciens. Le langage serait apparenté à un niveau plus supérieur que le corps. Je me disais qu'il était synonyme d'élaboration, d'accès à la symbolisation. Je comprenais que le corps pouvait, lui, être synonyme, dans notre société, d'archaïque, renvoyant au bébé, il en est presque terrifiant. Je me disais que de se mettre du côté des « rééducateurs » étaient peut être aussi un moyen de composer, avec cette vision sociétale du corps. Comme si l'on s'ajustait à ce qui est attendu comme traitement du corps. Et à ce titre, avoir des objectifs fonctionnels, comme celui de remarcher, c'est aussi répondre aux obligations de productivité du corps. Le corps doit être fonctionnel, instrumental, et même si l'on est psychomotricien, puisque c'est son essence. A ce titre, il ne serait donc pas étonnant de constater que l'évaluation psychomotrice diffère selon la clinique neurologique et psychiatrique. Si, d'un côté notre attention est davantage tournée sur les capacités motrices et de l'autre sur l'image du corps, c'est pour répondre aux attendus et besoins du service dans lequel nous sommes.

Je me fis un aveu; ce n'était pas de l'embarras que j'avais pu ressentir, comme présenté initialement (cf. *supra*, p.9), c'était de la colère. Dès le début de mon apprentissage au sein des rangs de la psychomotricité, j'avais chéri cette discipline, son approche. J'avais aimé apprendre à regarder au travers de ses yeux. Et je crois qu'au fur et à mesure des années, des stages, je m'étais rendu compte que nous n'étions pas forcément compris, reconnus et cela m'était incompréhensible. Je pensais que c'était de sa faute, qu'elle n'avait pas réussi à montrer sa valeur, son intérêt. En déplaçant mon regard, en sortant du microcosme de la psychomotricité et en prenant du recul, je me suis rendu compte que la

difficulté était à un niveau plus large que cela. Il était question de référentiel, de façon de considérer le corps, l'être et que cela nous dépassait. Cette pensée me rassurait : cela n'était pas de sa faute. La colère a laissé sa place à l'impuissance : « Comment pouvons-nous faire ? Nous ne pouvons pas partir en croisade contre le dualisme. Sommes-nous résolus à accepter ? A composer, à nous s'adapter à cela ? ».

J'avais ici un autre élément de réponse à ma question « Qu'est-ce qui fait que la psychomotricité est une profession difficile à définir ? ». Si la psychomotricité réside dans le désaveu du modèle dualiste pour une position anti-dualiste, et donc dans une conception différente du corps que le modèle dominant, comment peut-elle être comprise ? Comme si nous ne parlions pas la même langue puisque nos concepts fondateurs ne sont pas les mêmes. Néanmoins, je me posais une question : Quels sont ces concepts fondateurs relatifs au corps ? J'avais pu lire les termes de « phénoménologie », « philosophie du corps » que j'utilisais sans en avoir la moindre notion.

Par ailleurs, bien qu'il puisse être difficile d'énoncer une vérité générale sur la médecine, car une médecine unique n'existe probablement pas (Le Breton, 2013). Celle-ci étant dépendante des patients, de la clinique mais aussi des professionnels de santé la constituant, je trouvais intéressant de constater que « *le savoir biomédical, savoir officiel du corps dans nos sociétés occidentales, est une représentation du corps parmi d'autres, efficace dans les pratiques qu'il soutient.* » (Le Breton, 2023, p.32). Par ailleurs, la conception du corps du modèle biomédical, anatomophysiologique ne fait pas consensus.

La preuve en est, Julian de Ajuriaguerra, Gisèle Soubiran et leurs collaborateurs voulaient rompre avec cette conception de l'être, en adoptant une position « anti-dualiste » : « *C'est spécialement depuis Descartes que nous sommes accoutumés à opposer d'une part un corps assimilé à un objet parce qu'il est un fragment d'espace visible, tangible et mesurable, d'autre part un moi " sujet connaissant" réduit à la pensée consciente.* » (Ajuriaguerra, cité dans Joly et Labes, p. 197)

Pour cela, l'étude de la phénoménologie a été particulièrement inspirante. C'était donc le moment, pour moi, d'aller chercher et comprendre ce que celle-ci avançait, afin de ne pas tirer de conclusion toute faite.

## 2.3 L'apport de la phénoménologie

La phénoménologie est la pensée philosophique majeure du 20<sup>e</sup> siècle. Elle offrira aux théorisations de Julian de Ajuriaguerra un autre cadre de pensée du corps, des vécus en lien avec l'environnement.

### 2.3.1 Husserl et la conscience

C'est le philosophe allemand Edmund Husserl qui fondera ce courant (Meurin, 2016; Giromini, 2015). Lui s'est attaché à étudier la conscience, qui selon lui, n'existe pas en tant que telle puisque « *toute conscience est conscience de quelque chose* » (Giromini, 2015, p.202). Ceci s'opposant au « je pense donc je suis » de René Descartes (cf. *supra*, p.33), qui avançait que la conscience était un objet propre, détachée de toute chose. Le « quelque chose » désignant les expériences vécues par le sujet. Il opposera l'immanence (le vécu) à la transcendance qui se rapporte à la conscience de ce qui est différent de soi (Giromini, 2015; 2022a). Il développera la notion de "corps propre", qui désigne le corps organique perçu par le biais des sens (tactiles, kinesthésiques, visuels) dans l'ici et le maintenant « *associé au psychique qui s'y incarne* » (Giromini, 2015, p.203).

Il y a donc ici une première distinction, avec le dualisme cartésien. Je comprenais que chez Husserl, une conscience pure ne peut exister sans corps. Et celle-ci existe par l'expérience, les vécus, la perception. Cette conscience de soi permet aussi de se différencier de l'autre.

### 2.3.2 Merleau-Ponty et la perception

Le philosophe Maurice Merleau-Ponty, s'inspira des travaux d'Edmund Husserl et développa, lui, une philosophie de la perception. Je trouvais intéressant que son prédécesseur, se soit lui attaché à la conscience, sachant que la conscience découle de la perception. « *Pour lui percevoir c'est avoir un corps* » (Giromini, 2015, p.204). Lorsque j'ai lu cette phrase, une question m'est tout de suite venue : « Avoir ? Pourquoi pas être ? ». Je venais de comprendre que le dualisme « sociéto-médical » avait fait du corps un « *attribut* » (Le Breton, 2013), que le neuropsychiatre Julian de Ajuriaguerra voulant dépasser cela, s'était intéressé à la phénoménologie, qui disait, à peu de chose près, la même chose. Quel sens cela avait-il ? En continuant ma lecture, je relevai « *mon ego possède immédiatement un univers, les choses m'appartiennent, mais elles ne sont pas à moi.* » (Giromini, 2015, p.206). Le terme d'"égo" est à comprendre au sens de corps, de vie, de psyché. Je soufflais, le corps est à la fois sujet et objet.

J'appris qu'on lui devait le concept de corporéité dont il tirerait les bases du « corps propre » d'Edmund Husserl (cf. *supra*, p.38). La notion de corporéité permet de dépasser la vision d'un corps objet. En effet « *je suis un corps en tant que celui-ci m'initie au monde, porte un savoir implicite qui me permet de faire l'économie des actes représentatifs pour agir, et, plus fondamentalement, est capable de répondre à la sollicitude de l'autre.* » (Duarte Penayo, 2016, p.41) C'est grâce à l'expérience du mouvement que l'on peut et « *attribuer chacune des parties de son corps à soi-même* » (Giromini, 2015, p.204). La représentation du corps découle donc de la perception du mouvement.

Par ailleurs, il a repris la notion de schéma corporel de Paul Schilder et l'a enrichie (Giromini, 2015; 2022a). Il écrit dans la *Phénoménologie de la perception* que l'unité temporelle, spatiale, sensorimotrice ou bien encore intersensorielle précède l'expérience du corps (1947). Selon lui, la connaissance de la position du corps « *n'est pas une spatialité de position mais une spatialité de situation* »

(Merleau-Ponty, 1947, p.116). C'est-à-dire qu'elle est fondée sur la perception de soi par rapport à autrui (Giromini, 2015). « *Merleau-Ponty propose en réalité une conception holistique du corps, en vertu de laquelle il n'est pas conçu comme l'assemblage de différents organes, mais comme un corps décomposable en différents organes : le tout surpasse la somme de ses parties.* » (Rollot, 2010, p.63).

De plus, en reprenant le concept d'immanence d'Husserl (cf. *supra*, p.38), il ajoute que ce vécu ne peut être transposé au monde, aux autres, que par un phénomène d'expression (Giromini, 2015 ; 2022a). Celui-ci permet de transposer les perceptions internes et externes à l'extérieur de soi.

Ses écrits sont davantage relatifs à la perception que ceux de son prédécesseur. Néanmoins je pouvais lier leur deux approches : avoir conscience c'est percevoir, et donc être un corps. Ce corps est un tout indissociable, il est différent de l'autre, puisque c'est le mien/ce que je suis, et c'est au regard de ce qui est différent de moi, que je peux me situer dans l'espace.

### 2.3.3 Sartre et l'existentialisme

Le philosophe français Jean Paul Sartre, a lui aussi été influencé par la pensée d'Edmund Husserl. Pour lui, « *l'existence précède l'essence* » (Sartre cité par Giromini, 2015, p.207). En d'autres termes, l'homme n'a pas de nature conceptuelle, il existe avant de se définir. Si l'on applique cela à la notion de corps, cela voudrait-il dire qu'il n'a pas d'essence, pas de nature ? La question « L'homme est-il ou a-t-il un corps? » ne serait que le produit d'une réflexion et d'une construction sociétale, individuelle, permise par notre existence. Il n'y aurait donc pas de vérité absolue.

De plus, selon lui, la place que l'on occupe dans le monde, la relation que l'on entretient avec notre histoire et notre milieu est « *corrélative de l'action* » (Giromini, 2015, p.208). Cela fait intervenir la notion de choix et donc de liberté du sujet qui lui permet de « *faire et en faisant, se faire* » (Lequier, cité dans Giromini, 2015, p.208).

Bien que l'influence des écrits de Sartre sur la pensée Ajuriaguerienne puisse être discutée, il me semblait intéressant de comprendre que l'Homme n'a pas forcément de raison d'être, de nature. Par ailleurs, l'idée de se faire en faisant m'évoquait particulièrement le développement psychomoteur de l'enfant. Par exemple c'est en explorant sa motricité que celle-ci se développe et que l'enfant construit au fur et à mesure ses limites corporelles, sa subjectivité ou bien encore son rapport à l'environnement.

### 2.3.4 Spinoza et le monisme

Baruch Spinoza est un philosophe néerlandais du 17<sup>e</sup> siècle. Bien qu'il ne soit pas phénoménologue, ses travaux ont fortement inspiré Maurice Merleau-Ponty (cf. *supra*, p.39). Il propose de « *penser l'homme autrement qu'en terme d'union entre deux substances radicalement distinctes* » (Busschaert et al., 2015, p.210). Il fait référence au dualisme cartésien, opposant corps et esprit en proposant une vision « moniste » de l'être, en d'autres termes une unité corporopsychique. Cette unité se réaliserait sous 2 aspects : la matière et l'esprit. On pourrait penser que l'on revient au dualisme mais non, selon lui, ce ne sont pas des natures différentes mais des expressions différentes de cette nature. Les deux appartenant à la même réalité matérielle. L'utilisation de deux termes différents pour décrire une même réalité, ne serait donc pas dualiste, puisque l'on parle d'une seule et même chose, ayant des expressions différentes.

Pour lui, et ce qui le distinguera de Descartes, la pensée pure n'existe pas et c'est le corps vivant, en acte qui est le « *premier objet constituant l'esprit* » (Busschaert et al., 2015, p.210). La pensée serait donc constituée à partir de l'action. Trois cents ans plus tard, c'est ce que le psychologue suisse Jean Piaget pourra décrire sous la notion d'intelligence sensorimotrice (Busschaert et al., 2015). Dans la thèse de Jean Piaget, l'intelligence est le « *prolongement sur le plan mental de l'adaptation organique.* » (Laval, 2019, p.31). Le psychologue suisse André Bullinger, lui aussi, émet le même constat. Il distingue lui, l'organisme ( la réalité matérielle) du corps ( la représentation mentale). C'est par les interactions de

l'organisme avec le milieu, que le sujet va construire une représentation mentale, un corps (Bullinger, 2004).

Si on en revient à Spinoza, il développera également une théorie des affects. Les affects désignent les « *affections du corps organique* » (Busschaert et al., 2015, p.211), c'est-à-dire les sensations. Lorsqu'elles sont conscientes, on peut parler d'émotions ou de représentations. En lisant ceci, je pensai immédiatement au médecin neurologue Antonio Damasio, dont on avait pu nous parler plusieurs fois durant la formation. Selon lui, le cerveau produit des cartes à partir des différentes modalités sensorielles qui peuvent devenir des événements mentaux appelés images. Les sentiments eux, sont issus de ces images, ce sont des « *expériences mentales qui suivent et accompagnent divers états de l'homéostasie au sein de l'organisme* » (Pireyre, 2023, p.43). Leur fabrication commence dans les viscères, et à ce titre ne sont pas uniquement mentaux. Par ailleurs, ce sont des processus conscients. Selon lui, la conscience résulte des cartes, des sentiments et de la perspective de soi<sup>12</sup>. Les émotions, elles, sont des changements induits par le cerveau dans le corps. Les sentiments eux, sont la perception de ces changements.

Je trouvais intéressant de constater que l'on puisse rapprocher les travaux de Spinoza, à ceux de Piaget, de Bullinger ou bien encore de Damasio. Il me semblait que la philosophie du corps avait encore des enjeux actuels. On pourrait dire qu'Antonio Damasio, dont l'objet principal d'étude est la conscience, est un « néo-phénoménologue ». Je me demandais si la psychomotricité ne pouvait pas s'en saisir afin de légitimer notre vision et notre pratique.

### 2.3.5 Phénoménologie et psychomotricité

Je comprenais donc que Julian de Ajuriaguerra, médecin neuropsychiatre, ayant théorisé la psychomotricité, s'était enrichi de différentes approches comme celle de la phénoménologie dont je tentais de comprendre les concepts. Je me rendais compte que ces influences diverses, certes très riches, rendaient la

---

<sup>12</sup> Se sentir « propriétaire » de son esprit

psychomotricité complexe. Je m'apercevais de l'immensité des apports disciplinaires, qu'il pouvait être difficile de conceptualiser en seulement trois années d'études. De manière un peu triviale je me disais : « Quelle autre discipline du soin prend racine dans la philosophie ? ». Je comprenais que cela plongeait le soin dans des remaniements autour de référentiels conceptuels de base, à savoir ce qu'est un corps. En comparaison, les médecins ont dans leur cursus des cours de philosophie, néanmoins ils n'ont pas le besoin de « décaler » leur référentiel conceptuel habituel pour travailler. Je me disais que les psychomotriciens, eux, ne peuvent faire l'économie de questionnements autour du corps, puisque leur discipline est née, en partie, de cela.

En tant qu'étudiants, nous apprenons depuis le début de notre formation que c'est tout l'objet de la psychomotricité : concevoir l'unité corps/esprit. Néanmoins il ne nous est pas forcément référencé que c'est aussi une position philosophique du corps. Par ailleurs il nous est dit que les médecins seront plus ou moins sensibles à cette approche, en comprendront plus ou moins les tenants et les aboutissants. Pour autant, si on considère qu'ils sont dans une posture dualiste, elle aussi est philosophique. Peut-être serait-il intéressant de le considérer, de le référencer, afin que les futurs professionnels, puissent être à même de pouvoir comprendre le dialogue, parfois difficile, avec leur prescripteur.

Je m'interrogeais : « Que faut-il retenir de l'apport de la phénoménologie ? ». Je comprenais qu'elle avait permis de dépasser le dualisme, de ne pas considérer le corps comme purement, fonctionnel ou organique. Le corps est vécu, perception, pensée, à la fois semblable et différent des autres. Il est « *à la fois nous-mêmes et médiateur de l'être que nous sommes* » (Potel, 2010b, p.18). Par ailleurs, il m'apparaissait qu'une notion centrale de la phénoménologie était celle de l'environnement. Je comprenais que le corps ne pouvait pas être étudié, analysé en dehors du contexte dans lequel il est. Ce qui d'une certaine façon diffère du savoir biomédical, dans lequel l'étude de l'homme, de ses affections se fait au sein de lui-même, coupé de son environnement.

Néanmoins j'observais que même chez les philosophes ayant inspiré Julian de Ajuriaguerra, différentes conceptions existaient. La sémantique étant parfois

différente . Pour certains, le corps est celui que je perçois, pour d'autres il est celui représenté. J'avais émis comme hypothèse au début de cet écrit (cf. *supra*, p. 20) que la difficulté à définir la psychomotricité était en lien avec la difficulté à conceptualiser le corps. Ceci est constaté ici. Néanmoins peut-être pourrais-je faire évoluer cette hypothèse. L'emploi du terme « corps » me semble assez réducteur, il apparaît comme un terme polysémique. La difficulté est plutôt celle de l'être, de l'humain. Il serait donc difficile de définir la psychomotricité car l'être , qui est et/ou a un corps, est difficilement conceptualisable. Mais je n' étais pas moi-même convaincue par ceci. En effet des définitions, des conceptions existent. Ce qui cause la confusion, c'est le manque de consensus. Finalement il était plutôt question de cela : la difficulté pour définir la psychomotricité car le corps ne peut avoir de définition universelle, consensuelle.

Par exemple, le terme de corporéité de Maurice Merleau-Ponty a été critiqué par les philosophes américaines Shannon Sullivan et Judith Butler. Celles-ci avançaient que ce concept était un faux universalisme étayé sur une corporéité blanche et masculine, ne relatant pas des différences corporelles entre les personnes (Melançon, 2022, p.12). Je pouvais rapprocher ceci avec les écrits de David Le Breton :

Le corps n'est pas une nature. Il n'existe même pas. On n'a jamais vu un corps : on voit des hommes, des femmes. On ne voit pas des corps. Dans ces conditions, le corps risque fort de ne pas être un universel. (2023, p.25)

Je compris, de manière introspective que j'étais peut-être, moi-même partie en quête d'une réponse universelle sur le corps. Je me disais que si la psychomotricité se voulait scientifique, il fallait qu'elle ait une conception unique sur le corps. C'est en relisant un enseignement de Jérôme Boutinaud sur la dialectique entre schéma corporel et image du corps que je compris. Il était écrit que cette dialectique est « *un compromis face à l'impossibilité d'élaborer une théorie unique sur la question du corps* » (2023). Je comprenais que de s'époumoner à chercher une vérité absolue était peut-être vain. Notamment parce qu'à *contrario* des philosophes, nous devons agir, faire du soin. Nous ne pouvons pas seulement réfléchir à ce qu'est un corps ou ce qu'il n'est pas. Néanmoins, il m'apparaissait

qu'une chose faisait consensus, et peut être la plus importante : celle d'une position anti-dualiste, qui envisage le corps et l'esprit comme faisant partie d'un tout.

A ma question « Qu'est-ce qui fait que la psychomotricité est une profession difficile à définir ? ». Je pouvais me dire que l'observation des patients, certes couplée avec certaines préconceptions théoriques avait donc permis de repenser le concept de corps. Cette nouvelle conception prenait racine dans un référentiel anti-dualiste ce qui contrastait, et contraste toujours, avec le référentiel dominant occidental dualiste. Si l'on reprend la définition que je donnais à mes interlocuteurs « On pourrait dire que c'est l'étude du corps et de la psyché en les considérant comme un ensemble, un tout » (cf. *supra*, p.9). Je donne en premier lieu, un concept, obligeant peut-être à déplacer leur référentiel. Ceci ne leur donnant pas une compréhension claire. Je me disais qu'aborder l'exercice de la définition de la psychomotricité par le prisme des liens corps-esprit, c'est rentrer en conflit sur une forme de soubassements : ce qu'est un corps. Plus encore, même dans une vision anti-dualiste, le corps m'apparaissait comme un terme polysémique. Etant donné que la psychomotricité l'étudie, le prend en charge on peut imaginer qu'il est difficile de définir une discipline qui repose sur un concept n'ayant pas de définition consensuelle.

Par ailleurs je comprenais que chaque discipline l'analyse de façon différente : « *L'approche du corps mobilise plusieurs sciences, obligeant à varier les méthodes, les épistémologies, selon l'étude des sensations, des techniques, des consommations ou des expressions. Cette hétérogénéité est constitutive de l'objet lui-même.* » (Corbin et al., 2005, p. 10).

Néanmoins je m'interrogeais : Le « corps » n'est pas l'attribut de la psychomotricité, y avait-il d'autres éléments de réponses à ma question ?

### 3. Rapport au langage et éléments conceptuels de la psychomotricité

Je revenais aux écrits sur Henri Rousselle. J'appris que de nombreuses recherches et expérimentations ont été menées autour du tonus, de la dominance latérale, de l'espace ou bien encore du temps. Julian de Ajuriaguerra avait mis en évidence différents types psychomoteurs à partir de l'étude du ballant et de l'extensibilité des sujets (Giromini, 2018). La sémiologie psychomotrice est née de l'observation des patients reçus, comme je le mentionnais dans la partie « Dialectique théorie/pratique » (cf. *supra*, p. 31). Des définitions, elles, sont apparues quant à cette discipline naissante.

#### 3.1 Les définitions princeps

C'est Gisèle Soubiran qui donnera la première définition de la psychomotricité

:

La psychomotricité consiste dans l'étude et le traitement des conduites motrices inadéquates, inadaptées à des situations évolutives qu'elles soient imposées ou choisies, que les difficultés soient liées soit à des troubles d'origine psychogène provoquant une attitude réactionnelle, soit à une insuffisance d'équipement. ( Soubiran, citée dans Giromini, 2018, p.17).

Julian de Ajuriaguerra, lui en donnera celle-ci en 1969 :

Technique qui, par le truchement du corps et du mouvement, s'adresse à l'être dans sa totalité. Elle ne vise pas la réadaptation fonctionnelle en secteur et encore moins une survalorisation du muscle, mais la fluidité du corps dans l'environnement. Son but est de permettre de mieux se sentir, et ainsi, par un meilleur investissement de sa corporalité, de se situer dans l'espace, dans le temps, dans le monde des objets et de parvenir à un remaniement et à une harmonisation de ses modes de relation à autrui. (Ajuriaguerra, cité dans Fauché, 1993, p.13).

Bien que la psychomotricité soit née de leur collaboration étroite, on peut observer une manière différente de définir la psychomotricité. La première met davantage l'accent sur des composantes anatomo-physiologiques et a comme point de départ le trouble, le désordre moteur. La psychomotricité est un soin chez les

personnes qui en ont le besoin. La deuxième définition ne fait pas particulièrement référence aux troubles, à la pathologie. Quelque part, mon égo ronronnait, définir la psychomotricité n'avais peut-être pas été difficile que pour moi. Je comprenais que les deux faisaient référence à la même discipline mais dans un langage différent. Était-ce, la difficulté ? L'utilisation du langage pour décrire la pratique psychomotrice ?

### 3.2 L'utilisation du langage

J'avais pu évoquer dans la partie « Dialectique théorie/pratique » (cf. *supra*, p. 31) que c'est par la confrontation au réel, c'est-à-dire aux troubles observés des patients, qu'a pu prendre forme une pensée psychomotrice. Pouvoir théoriser les différentes observations nécessitait l'intervention du langage. Il fallait passer du réel aux mots, du concret au symbolique. Néanmoins je me disais qu'un concept, un mot ne peut retranscrire la complexité du réel, il peut au mieux en border les contours, en décrire une partie mais est forcément réducteur. Je me disais que de vouloir défendre une approche psychomotrice globale du sujet est de ce fait fausse.

Pour le philosophe idéaliste grec antique Platon, dans la théorie des Formes ou des Idées, il y a une distinction entre 2 réalités. D'une part le monde sensible, c'est à dire la réalité matérielle, perçue par les sens, et de l'autre le lieu intelligible, qui lui désigne les objets conceptuels, le modèle, les Formes du monde sensible. Il faut comprendre chez Platon que la perception du monde, n'est qu'une image du monde réel. Le lieu intelligible, quant à lui, existe à l'extérieur du monde sensible et c'est l'action de penser qui permet d'y accéder. En effet « *c'est cette Forme qu'il faut découvrir si l'on veut atteindre à une connaissance véritable des choses sensibles et en formuler une définition.* » (Fronterotta, 2014 , p.133). A ce titre, ce que l'on dit ( il y a chez Platon une différence entre le discours et la pensée) du monde sensible n'est pas vraisemblable, identique au monde réel. Si je reste fidèle à sa théorie, le fait de penser n'est accessible qu'au philosophe, ce qui sort de la réflexion que j'essaye de tenir ici. Par ailleurs, le monde sensible est en mouvement perpétuel, « *l'image que nous pouvons en obtenir sera donc à son tour indéterminée et indéfinie,*

*et par conséquent incompatible avec la vérité de la science.* » (Fronterotta, 2014, p.130). Comment pouvons-nous faire exister une pensée de quelque chose qui est changeant?

Ce que Julian de Ajuriaguerra, Gisèle Soubiran et leurs collaborateurs ont pensé, théorisé du réel est donc une tentative d'intelligibilité du monde sensible. Lorsque Julian de Ajuriaguerra a mis en avant des types psychomoteurs, sur la base des observations du ballant et de l'extensibilité, c'est une pensée des organisations toniques des patients. Je trouvais cela intéressant, de mon côté, j'avais accès à l'histoire, aux expérimentations, aux découvertes par le biais des écrits. Je n'aurais jamais accès au monde sensible d'Henri Rousselle, seule reste sa trace, la pensée. C'est en cela que Platon affirmait que le lieu intelligible est « *intemporel* » (Lask, 2010), contrairement au monde sensible. A ce titre, peut-on dire que définir la psychomotricité, mettre des mots sur cette pratique, n'est que la tentative d'accéder à la Forme de celle-ci ?

Par ailleurs, lorsque j'ai commencé à réfléchir sur mon sujet de mémoire, je me suis prise à faire davantage attention aux éléments de langage pouvant rendre compte du dualisme. Et je m'aperçus rapidement que ma façon de parler ne faisait pas exception. Comment pouvais-je me référer aux pensées, aux sentiments, sans parler de « psychologique » ? Sans le séparer du corps ? L'étude de Spinoza (cf. *supra*, p. 41) m'avait permis de me rendre compte que de les différencier, non sous l'angle de la nature, de la substance mais sous l'angle de leur expression au monde, n'était pas dualiste. Ce qui me rassurait d'une part mais m'interrogeait d'une autre, le langage est ce par quoi nous transmettons des pensées, ne restreint-il pas notre pensée ? En effet le psychomotricien est obligé de composer avec le vocabulaire qu'il a à disposition. Selon le psychologue russe Lev Vygotski du 20e siècle, le langage est un outil de la pensée (Firode, 2011). De manière pléonastique on peut dire que le langage permet la mise en mots de la pensée afin de la partager, de la mettre en dehors de soi. Encore faudrait-il que cet outil soit opérationnel. J'avais pu évoquer le dualisme à la fois sociétal et médical dans lequel nous vivons (cf. *supra*, p. 33), la langue ne fait pas exception. Comment peut-on transmettre une pensée anti-dualiste si le langage que l'on a disposition est dualiste ? Nous avons les termes

de somatique, psychologique, corps, esprit, rééducation, thérapie<sup>13</sup>. J'ai pu écrire dans la partie « Dualisme et psychomotricité » relative au dualisme « Comme si nous ne parlions pas la même langue puisque nos concepts fondateurs ne sont pas les mêmes. » (cf. *supra*, p. 37), ceci pouvant être nuancé. Nous parlons la même langue que nos collègues, néanmoins celle-ci est dualiste, par conséquent elle ne nous permet pas d'exprimer notre pensée. Le langage est le même, mais la vision, la pensée psychomotrice sous-jacente est différente.

Néanmoins existe-t-il une pensée pure ? Une pensée sans langage ? Les philosophes Maurice Merleau-Ponty et Georg Wilhelm Friedrich Hegel avancent eux que la pensée est langage (Grenier, 2020 ; Robitaille, 2003). Pour eux, la pensée n'est pas antérieure au langage, elle se forme au travers de la parole. Dans cette optique, si le langage est dualiste, la pensée l'est aussi. Et c'est peut-être en cela, que la création de terme tel que la corporéité de Maurice Merleau-Ponty, permet de dépasser la pensée dualiste.

Était-ce aussi pour cela que je me sentais dans l'embarras pour définir la psychomotricité ? Si l'on reprend la définition princeps que je donnais à mes interlocuteurs : « On pourrait dire que c'est l'étude du corps et de la psyché en les considérant comme un ensemble, un tout » (cf. *supra*, p. 9). Le fait de désigner deux choses, bien qu'indiquant qu'elles forment un tout, est déjà d'une certaine façon dualiste. Comme pouvait dire Claire Pujol : « *1+1 ne sera jamais égal à 1* » (2015, p.7). Était-ce cela ? Avais-je l'impression de parler et donc de penser sous l'angle dualiste ?

Que la pensée soit antérieure au langage, comme chez Vygotsky, ou qu'elle se forme au travers de celui-ci, comme chez Merleau-Ponty ou Hegel, il n'en reste pas moins que le langage est une composante importante des concepts. Les idées qu'il transmet, se font par son biais. A la fois il ne peut retranscrire le réel et à la fois il façonne la pensée sous un mode dualiste. Ceci rendant la psychomotricité, d'une part difficile à définir et d'autre part possiblement difficile à conceptualiser.

Je m'interrogeais : « Que faut-il retenir des fondements disciplinaires au regard de ma question ? ». Il semblerait que ces fondements soient à la source de la

---

<sup>13</sup> A l'exception peut-être du terme « corporéité », je détaillerai cet axe en partie 4 (cf. *infra*, p. 61)

complexité de définition. Tout d'abord la psychomotricité est née d'une équipe pluridisciplinaire rendant la discipline plurielle, polymorphe, peut-être même polysémique. Le centre de rééducation psychomotrice (et du langage) était un centre de recherche, en d'autres termes la théorisation de la psychomotricité est née de l'observation du réel. Une des premières observations fut celle autour des liens corps-esprit, rejetant le référentiel dualiste du corps. Pour cela, l'étude de la phénoménologie permis de penser la réalité des patients mais rendant compte d'un corps, lui aussi polysémique. De plus le langage peut constituer une entrave à la retranscription du réel ainsi qu'à la formation et la proclamation d'une pensée anti dualiste. Je me disais : « A la fois l'objet d'étude la psychomotricité est difficilement définissable, rentre en contradiction avec ce qui est communément admis comme conception et en plus de cela le langage dualiste n'est pas opérationnel pour proclamer notre approche. » Il m'apparaissait que ces éléments rendent difficile une définition de la profession. Néanmoins, la psychomotricité a pu parvenir jusque nous, je m'interrogeais maintenant sur le contexte de sa formalisation.

## Partie 3 : Comment le contexte passé et actuel participe à la difficulté de définition de la psychomotricité ?

Je replongeais dans l'histoire. En parallèle des expérimentations menées à Henri Rousselle dans les années 50, l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière devient la première Chaire<sup>14</sup> de neuropsychiatrie infantile. Celle-ci était tenue par le professeur George Heuyer, permettant l'approfondissement de la recherche en psychomotricité au sein de cet Hôpital (Giromini, 2018).

### 1. Les différentes écoles de pensées

Les nombreux articles portant sur le tonus et la motricité donnèrent lieu en 1957 au sein d'Henri Rousselle à un enseignement non structuré aux médecins stagiaires. Julian de Ajuriaguerra, lui, quittera Henri Rousselle en 1959 pour Genève, où il y enseignera par la suite les principes psychomoteurs. En 1961 un enseignement structuré d'une durée d'un an verra le jour, dispensé par Gisèle Soubiran, Pierre Male et René Zazzo à différents professionnels du soin comme les psychologues et les kinésithérapeutes. Je me disais que la première formation des futurs psychomotriciens était engagée de manière informelle ce qui pouvait laisser peu de place pour affirmer les principes qui fondent son champ disciplinaire et professionnel. Par ailleurs de « *nombreuses méthodes rééducatives ou thérapeutiques virent le jour, la psychomotricité devint centrale, mais de façon très hétérogène, servie par des techniciens aux formations non moins hétérogènes !* » ( Jolivet, cité dans Giromini, 2018, p.26). Les premiers étudiants formés à la psychomotricité, l'étaient de façon très différente, ce qui me faisait supposer qu'une harmonisation des concepts et des pratiques ne pouvait être possible.

La même année, l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière dispensera une formation complémentaire en pratique psychomotrice d'un an. Celle-ci était ouverte aux professionnels de santé déjà diplômés d'une spécialité. Ceux-ci suivaient des cours

---

<sup>14</sup> « Charge, place dont est titulaire un professeur dans une école, une faculté pour l'enseignement d'une discipline faisant l'objet d'un cours régulier. » (CNRTL)

de psychiatrie avec les étudiants de médecine, ainsi que d'autres enseignements communs aux étudiants d'éducation physique (Giromini, 2018). Il n'était donc pas question d'une formation exclusivement portée sur l'apprentissage des concepts psychomoteurs, les étudiants étaient séparés entre la médecine et l'éducation physique.

Il y avait donc deux formations possibles, soit à Henri Rousselle soit à l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière, pour les sujets souhaitant apprendre les principes psychomoteurs, et celles-ci n'étaient en rien similaires. « *L'orientation de la psychomotricité sera dès lors plutôt neurologique, gymnique et sportive à la Salpêtrière alors qu'elle sera humaniste, psychocorporelle et relationnelle à Henri Rousselle.* » (Giromini, 2018, p 30). Je me disais que ce « *clivage professionnel entre deux façons d'enseigner et de concevoir le métier.* » (Grabot, 2010, p.37) était peut-être lié à la pluridisciplinarité ayant constitué la psychomotricité. La pratique psychomotrice a été pensée, théorisée par des professionnels appartenant à des champs disciplinaires différents comme je le mentionnais dans la partie « Le centre de rééducation et pluridisciplinarité » (*cf. supra*, p. 37). On peut envisager que la différence d'enseignement de cette discipline est conséquente au carrefour conceptuel dont elle est issue. Par ailleurs, ceci me fit penser à mes discussions avec l'étudiante de Montpellier ; nous avons constaté que nos formations étaient différentes en plusieurs points (*cf. supra*, p. 13). Je comprenais que ces divergences n'étaient pas apparues de nulle part, elles suivent le chemin des premiers enseignements de la pratique psychomotrice. Ceci allant dans le sens d'un élément de compréhension que j'avais formulé concernant ma question : « Qu'est-ce qui fait que la psychomotricité est une profession difficile à définir ? ». La psychomotricité étant plurielle, il est difficile d'en donner un seul enseignement et donc une définition commune, universelle.

En 1962, la formation de l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière passa de 1 à 2 ans et cette année supplémentaire se déroula à Henri Rousselle auprès des enseignements de Gisèle Soubiran. Afin de promouvoir la pratique psychomotrice, des discussions eurent lieu autour de la création d'un diplôme d'exercice professionnel et c'est l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière qui fut chargé de dispenser un enseignement officiel. En effet, celui-ci était un Hôpital général universitaire spécialisé en neuropsychiatrie. L'officialisation de la discipline se fit donc en dehors

de son lieu de naissance. Enfin, en 1963 voit le jour un certificat de capacité en rééducation psychomotrice (Giromini, 2018).

Je comprenais que l'enseignement officialisa d'une certaine façon une pratique psychomotrice non uniforme. Néanmoins la séparation entre deux groupes professionnels n'est pas la seule scission que la psychomotricité connaîtra.

## 2. La scission de la neuropsychiatrie

En 1968, le certificat d'études spécialisés (CES) de neuropsychiatrie instauré en 1949 est réformé et remplacé en deux spécialités différentes : la neurologie d'une part et la psychiatrie de l'autre (Schneckenburger, 2018). C'est la spécialité, incarné par Julian de Ajuriaguerra lui-même, qui est scindée en deux, formalisant d'une certaine façon le dualisme. L'expression des troubles des patients « transnosographiques » elle, n'est plus l'expertise d'un médecin, mais de deux. Ceci pouvant créer de l'embarras lorsque ceux-ci doivent être pris en charge. On peut se demander comment la psychomotricité a pu se faire une place et être institutionnalisée en tant que discipline et profession dans un contexte de scission médicale entre la neurologie et la psychiatrie.

J'observais donc une double scission, à la fois au sein de la médecine et au sein de la psychomotricité entre deux manières de concevoir et d'enseigner le soin psychomoteur (cf. *supra*, p. 51). Je me demandais si cela était lié. En effet les professionnels essayaient possiblement de s'accommoder du contexte médical dans lequel ils s'inscrivaient. Certes la scission entre la neurologie et psychiatrie (1968) était intervenue après le début des enseignements divergents en psychomotricité (1961), néanmoins je me disais que cette séparation du monde médical venait peut-être renforcer la séparation du groupe professionnel. Cette formalisation du dualisme, laissa sûrement moins de place pour proclamer une vision anti-dualiste des patients. Je me demandais si cette scission n'avait pas permis de scinder le soin psychomoteur en deux, entre rééducation et thérapie. Je pouvais repenser à ce que j'avais évoqué dans la partie « Le dualisme » (cf. *supra*, p. 33), la séparation entre

l'âme et le corps est ici marquée par la scission de la neuropsychiatrie. Les psychomotriciens s'adapteraient donc au contexte médical dans lequel il s'inscrivent.

Par ailleurs, je me disais que les différences entre les professionnels pratiquant ou pensant la psychomotricité ne devait pas faciliter la compréhension de cette discipline par les autres professionnels. Qu'en était-il ?

### 3. Les interactions avec les autres professionnels

En parallèle de cela, la pratique psychomotrice doit composer avec de nombreuses critiques . « *Il est vrai que la période est tourmentée. Beaucoup s'interrogent alors sur l'identité de la psychomotricité et sur la validité des concepts qu'elle emploie pour se légitimer.* » (Faucher, 1993, p.15). Les masseurs-kinésithérapeutes eux s'opposent à la formalisation de cette discipline, jugeant une confusion disciplinaire. « *C'est l'Académie de médecine qui va arbitrer en donnant son aval à la création d'une nouvelle profession de santé en 1974* » ( Grabot, 2010, p.37). Le diplôme d'état de « psychorééducateur » est créé et la formation dure maintenant 3 ans. En 1985 le terme de "psycho-rééducateur" est changé en celui de "psychomotricien" et c'est seulement en 1988 qu'un décret de compétences formalisant ses actes voit le jour (Giromini, 2022). Il est intéressant de noter que des actes réglementaires quant à une profession virent le jour plus de 10 après le fait de pouvoir en être diplômé. Je me disais que cet espace temporel n'avait sûrement pas été bénéfique quant à un potentiel consensus des pratiques psychomotrices, ajouté à cela une disparité dans la formation et dans la manière de concevoir la discipline (cf. *supra*, p. 51). Enfin en 1995, les psychomotriciens sont considérés comme des auxiliaires médicaux dans le Code de la Santé (Giromini, 2022).

Bien que l'Académie de médecine décidât d'officialiser la psychomotricité, ceci a-t-il balayé d'un revers de la main les discussions autour de la spécificité de l'approche psychomotrice au regard des autres professions paramédicales ?

Le potentiel manque de distinction entre les masseurs-kinésithérapeutes et les psychomotriciens ou bien encore entre les ergothérapeutes et les psychomotriciens, est toujours d'actualité. On peut voir dans le document d'information de la HAS relatif au plan Alzheimer de 2008-2012 que les psychomotriciens et ergothérapeutes sont recommandés indistinctement (2010). Bien que les deux agissent pour le contraire<sup>15</sup>. Pour éviter cela, il faut donc référencer les actes et spécificités de chacun. A ce propos, le sociologue américain Everett Hughes écrit :

La division du travail, pour sa part, implique l'interaction ; car elle ne consiste pas dans la simple différence entre le type de travail d'un individu et celui d'un autre, mais dans le fait que les différentes tâches sont les parties d'une totalité, et que l'activité de chacun contribue dans une certaine mesure au produit final. Or l'essence des totalités, dans la société comme dans les domaines biologiques et physique, c'est l'interaction. (Hughes, 1996, p.61)

Je pouvais comprendre, si je l'appliquais au soin, que les professionnels de santé participent à un but commun : celui de guérir le patient. Pour cela, chacun avec sa spécificité y concourt. Mais pour ce faire, nous devons travailler ensemble. Personne ne peut travailler seul dans sa salle sans interagir avec les autres acteurs de la prise en charge, notamment, et pour le dire de manière triviale, pour se répartir les « tâches ». En y réfléchissant, je trouvais le soin particulièrement clivant, à la fois la médecine sépare le sujet en différentes spécialités médicales (neurologie ou psychiatrie) mais elle le scinde aussi auprès des spécificités de chaque professionnel (infirmier, psychomotricien, ergothérapeute, masseurs-kinésithérapeute, orthophoniste etc). Je m'interrogeais : Comment s'assurer que le patient arrive tout entier dans la salle de psychomotricité ? En d'autres termes si l'expression symptomatique est découpée au sein de l'institution médicale et auprès des différents intervenants, nous est-il possible d'agir comme nous le voudrions ?

Par ailleurs, au sujet de l'interaction, comme j'ai pu l'analyser dans la partie sur le dualisme (cf. *supra*, p. 33), il peut être difficile de nous faire parfaitement comprendre, au vu de la différence de conception du corps, de l'être. Parallèlement se rajoutent les diverses orientations des psychomotriciens donnant lieu à une psychomotricité plurielle, ne rendant pas plus facile sa compréhension à la fois au

---

<sup>15</sup> Association Nationale Française des Ergothérapeutes [ANFE] et Fédération Française des Psychomotriciens [FFP], 2022

sein même du groupe professionnel mais aussi avec les autres acteurs du soin. A ce titre on peut imaginer qu'il est difficile dans l'interaction avec nos collègues, de référencer réellement quels sont nos actes et leur desseins. Et ceci, pouvant créer une confusion quant à notre profession.

Par ailleurs « aucune définition officielle unique n'est disponible pour la profession, dont les éléments consensuels reposent sur le Décret de compétences. » (Paggetti, 2020, p.13). Ceci me posa question : dans ce Décret on peut encore lire que le psychomotricien est habilité à prendre en charge la « débilite motrice », terme qui, à l'heure actuelle, n'est plus employé (Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, 1988)<sup>16</sup>. Si la ressource, faisant consensus, entre les psychomotriciens est ce Décret, essayant de border les contours de notre activité, peut-être obsolète, comment pouvons-nous décrire notre activité et nous différencier des autres professionnels comme les masseurs-kinésithérapeutes et les ergothérapeutes?

En repensant à l'enseignement de neuropsychomotricité je me disais que si nous utilisons les termes rééducateurs ou thérapeutes pour décrire notre activité, cela peut rajouter à la confusion. Dans l'optique rééducative, la « motricité » risque de prendre le pas sur le « psycho » et rendre la délimitation floue avec les masseurs-kinésithérapeutes. A l'inverse dans l'optique thérapeutique, c'est peut être le « psycho » qui résonnera le plus, rendant possiblement floue la différence avec les psychologues ou les thérapeutes psychocorporels.

De plus, je pus converser avec ma tutrice lors de mon stage se passant en URNV<sup>17</sup> autour de ce sujet. Celle-ci travaille en collaboration avec des masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, neuropsychologues, orthophonistes, enseignants APA<sup>18</sup> pour qui la question autour de la division du travail se pose. Un jour, elle me dit « *Ce qui est intéressant d'observer, c'est que les patients eux savent, ils sentent la distinction.* » (Léon, communication personnelle, 10 avril 2024).

---

<sup>16</sup> Cf. *infra*, Annexe p.I

<sup>17</sup> Unité de Réadaptation Neuro-Vasculaire

<sup>18</sup> Activité Physique Adaptée

Je me disais que contrairement aux autres acteurs de soin, interlocuteurs informels, les patients n'ont pas qu'une seule définition pour comprendre notre pratique. En effet le soin psychomoteur proposé, se suffit peut être à lui-même, rendant la définition annexe pour une compréhension de notre discipline.

Je sentais que le temps était propice pour moi à une première conclusion. J'étais donc partie de l'Histoire de la psychomotricité, en m'attardant sur certains concepts qui me paraissaient pertinents au regard de ma question : « Qu'est-ce qui fait que la psychomotricité est une profession difficile à définir ? ». L'embarras que je relatais au début de cet écrit, m'était maintenant plus compréhensible. Je trouvais qu'il s'exprimait à différents niveaux, ceux-ci entremêlés. En effet il m'apparaissait que les fondements disciplinaires couplés au contexte à la fois actuel et passé y répondaient. Tout d'abord la pratique psychomotrice est née de différents apports disciplinaires, engendrant différentes écoles de pensées et de pratiques. Parallèlement à cela la volonté d'une vision anti-dualiste de l'être n'est pas si simple à adopter. D'une part parce que l'être est un objet d'étude complexe et d'une autre part parce que cela rentre en contradiction avec le dualisme occidental. Le psychomotricien ne travaillant pas en dehors du système de soin, il doit s'accommoder de ce dualisme, marquée en 1968 par la scission de la neuropsychiatrie. De plus le langage, dualiste, ne permet pas aux psychomotriciens une possible clarté des concepts au regard des autres professionnels. Ceci rendant les délimitations floues entre sa spécificité et celle d'autres professionnels paramédicaux.

Néanmoins après avoir compris cela, je m'interrogeais : « Devons-nous seulement accepter cette difficulté ? Sommes-nous résolus à ne jamais pouvoir définir la psychomotricité ? Existe-t-il des pistes de travail pour amoindrir cette difficulté ? »

## Partie 4. Quelles pistes pour (s') aider à définir la psychomotricité?

### 1. Piste de travail à partir de l'appropriation des concepts

Si l'on reprend la conception de Lev Vygostky sur le langage, pourrions-nous rendre cet outil plus opérationnel pour la psychomotricité ? Nous apprenons les concepts psychomoteurs par le biais de l'enseignement qui repose principalement sur le langage.

Le didacticien des mathématiques Yves Chevallard a théorisé la « transposition didactique ». Bien que son travail soit centré autour de l'enseignement des mathématiques, je trouvais que cela pouvait faire écho à la formation en psychomotricité. Premièrement, contrairement à ce qui peut être pensé, la transmission de connaissances n'est pas une relation duelle entre l'enseignant et l'enseigné mais une relation didactique, c'est à dire une relation ternaire « *entre un enseignant, des élèves, et un savoir (mathématique).* » (1982, p.3). L'enseignement de concepts repose sur la transposition didactique, c'est-à-dire sur le passage entre un savoir savant et un savoir enseigné. Je comprenais que ces deux savoirs n'étaient pas similaires :

*Pour que l'enseignement de tel élément de savoir soit seulement possible, cet élément devra avoir subi certaines déformations, qui le rendront apte à être enseigné. Le savoir-tel-qu'il-est-enseigné, le savoir enseigné, est nécessairement autre que le savoir-initialement-désigné-comme-devant-être-enseigné, le savoir à enseigner.* (Chevallard, 1982, p.3)

Les concepts psychomoteurs sont donc déformés, par l'enseignement, afin que celui-ci soit possible. Cette déformation comprend par ailleurs la dépersonnalisation du savoir de son producteur. Celui-ci n'a plus d'origine car la transposition didactique « *suppose un processus de naturalisation, qui lui confère l'évidence incontestable des choses naturelles* » (1982, p.4). Je trouvais amusant de constater que j'avais eu le besoin de me renseigner sur l'Histoire de la psychomotricité, comme si j'étais parti à la recherche des producteurs du savoir que

j'étais en train d'apprendre. Je m'interrogeais : « Renseigner le contexte d'apparition des concepts psychomoteurs serait-il une piste pour favoriser leur appropriation par les étudiants ? ». En effet, durant la formation, l'Histoire de la psychomotricité ne nous a jamais été enseignée. Je pouvais me dire que si nous ne connaissons pas son histoire, son passé, il pouvait être difficile de comprendre son présent et d'imaginer son futur. Si nous sommes sans origines connues, il est difficile d'œuvrer ensemble vers un futur commun. Néanmoins, l'Histoire à plusieurs visages, dépendant de qui la regarde. Enseigner une Histoire, c'est aussi se mettre d'accord sur celle-ci. Chose qui sera peut-être plus difficile, il apparaît qu'il existe des Histoires de la psychomotricité, en fonction de la période que l'on prend comme point d'origine, de la figure créatrice que l'on choisit de prendre. Finalement, choisir une histoire de la psychomotricité est peut être aussi difficile que d'en donner une définition.

Par ailleurs je me disais que d'une part le langage est dualiste, comme je pouvais l'évoquer dans les parties « Le dualisme » (cf. *supra*, p.33) et « L'utilisation du langage » (cf. *supra*, p.47), ceci conférant des limites à l'intelligibilité d'une vision psychomotrice de l'être. D'une autre part, les étudiants s'approprient cette vision, par le biais de modifications produites par l'enseignement. Je m'avouais à moi-même : « Quelle complexité ». Je pouvais comprendre qu'un savoir n'existe pas dans l'absolu, mais au travers des personnes qui se le sont approprié. Ce qui rejoignait ce que j'évoquais sur la théorie des Formes de Platon (cf. *supra*, p.47), le monde sensible, réel sur lequel repose l'élaboration des concepts psychomoteurs, n'existe plus. Néanmoins subsistent ces concepts, qui se sont transmis au fur et à mesure du temps par les professionnels. Si demain, plus personne ne décide de faire ou de penser la psychomotricité, elle n'existera plus, ou du moins telle que nous la connaissons actuellement.

Par ailleurs, contrairement à l'enseignement des mathématiques, la transmission des connaissances relatives à la psychomotricité repose, en partie, sur les enseignements pratiques dits « Travaux Dirigés ». Il y aurait donc une sorte de chemin indirect dans l'enseignement en psychomotricité. L'enseignant utilise le langage, l'enseigné passe par son vécu et par la suite utilise lui-même le langage. Il y aurait donc une transcription qui se fait entre le langage de l'enseignant et le

langage de l'étudiant. Si je prends l'exemple du dialogue tonico-émotionnel, nous voyons en cours théoriques ses composantes, son développement chez le nouveau-né puis nous en faisons l'expérience lors de mises en situation, puis à notre tour utilisons ce concept. Plusieurs questions me venaient : « Comment s'assurer que le langage de l'enseignant soit le même que celui de l'étudiant ? Comment s'assurer que tous les étudiants aient le même langage ? ». Néanmoins le terme langage ne m'apparaissait plus adapté ici, les termes de représentations, ou de compréhension semblaient plus justes. En effet, les éprouvés que nous avons du dialogue tonico-émotionnel, nous permettent de créer une représentation du concept. Toutefois la question reste la même : « Comment peut-on être sûr que la représentation du concept soit la même pour tout le monde ? » En fonction des expériences de chacun, car nous ne vivons pas les choses de la même manière, différentes représentations autour du même concept vont exister. Ce qui en soit n'est pas un mal, mais lorsque l'on dialogue entre nous, on peut être sûr que des variations interpersonnelles existent derrière un même concept. Si l'on prend cet exemple à l'échelle de la discipline, à la question « Qu'est-ce que la psychomotricité ? », il n'est pas étonnant de voir que les étudiants et professionnels ne se sont pas approprié la discipline de la même façon. Ceci donnant lieu à des définitions plutôt qu'une.

Par exemple, une camarade de promotion, réfléchissait à la notion d'ancrage pour son travail de mémoire. Celle-ci s'est rapidement demandée « Qu'est-ce que c'est ? ». Nous firent l'exercice à trois, d'essayer de définir cette notion et il fut intéressant de constater que nous en donnions des définitions assez différentes. Je conviens que cet exemple est d'une certaine façon biaisé, dans la mesure où il ne constitue pas un concept phare de la psychomotricité et qu'il ne nous a jamais réellement été défini. Néanmoins, c'est une notion que nous avons particulièrement rencontrée en Travaux Dirigés. Nos définitions disparates venaient du fait que nous nous sommes approprié ce terme au moyen de l'éprouvé et qu'à ce niveau-là un consensus total sur nos expérimentations ne peut être trouvé. Ne serait-ce pas là une des difficultés de la psychomotricité : nos concepts se réfèrent majoritairement à l'éprouvé, à ce titre un consensus peut-il exister ? Par ailleurs faudrait-il réfléchir à l'enseignement qui repose, majoritairement sur l'utilisation du langage, pour apprendre des concepts qui relèvent de l'éprouvé ?

Par ailleurs, si nous revenons sur la notion d'ancrage, quand bien même nous avons remarqué des éléments divergents autour de sa définition, nous nous accordions à dire que c'est pas seulement une propriété « organique », qu'elle revêt des aspects faisant références aux émotions, à la relation, à la présence. Il y avait donc une certaine forme de consensus sur l'étendue conceptuelle de ce terme. Je pouvais me dire que cet exercice serait peut-être tout autre avec des professionnels non-psychomotriciens.

De plus je me disais que si je dois expliquer à un collègue ce qu'est l'ancrage, lui qui n'a (sûrement) pas étudié ce terme, et encore moins dans une modalité de l'éprouvé, je vais devoir déployer tout ce que revêt cette notion. Ce qui peut donner à chaque fois l'impression que pour parler de notre travail, de notre analyse de devoir faire une conférence de psychomotricité pour que les autres comprennent notre propos. Lors de la deuxième année de formation, j'ai réalisé mon service sanitaire sur le thème « promouvoir le soin en psychomotricité » auprès de médecins externes en pédiatrie générale. Nous avons fait le choix avec mes camarades, d'expliquer les différentes fonctions psychomotrices<sup>19</sup>. Nous avons constaté que pour chaque notion, nous devions la déployer largement pour que nos interlocuteurs comprennent leurs tenants et leurs aboutissants, comme si une notion n'était pas simplement définissable en une ou deux phrases. Je me disais que faire vivre le dialogue tonico-émotionnel, au même moyen que nous l'apprenons en Travaux Dirigés, serait peut-être plus bénéfique pour qu'ils puissent comprendre.

Enfin, concernant le langage dualiste, qui limite la pensée anti-dualiste psychomotrice, je me demandais si une piste de réflexion ne pourrait pas être autour de l'invention de mots qui dépassent cette limite. Par exemple, la notion de corporéité ayant inspiré Julian de Ajuriaguerra, permet cela. Néanmoins nous ne l'avons abordé qu'une seule fois au cours de ces trois années d'études dans l'introduction d'un cours sur les perceptions et représentations corporelles. Pourquoi un tel concept a-t-il été abandonné? N'est-il plus pertinent ? Ou bien trop complexe pour l'inscrire dans le domaine médical et son référentiel dualiste ? On aurait pu penser qu'au contraire il aurait pu constituer un concept phare de notre discipline. Je

---

<sup>19</sup> tonus, motricité globale et fine, temps et espace, perceptions et représentations corporelles, fonctions cognitives

me disais qu'il était possiblement trop rattaché à la philosophie et à ce titre, ne peut être accepté dans le cadre du soin. Mais au-delà du concept de corporéité, l'utilisation voire même la création de termes « valises », suffisamment symboliques pour faire référence à une unicité psychomotrice pourrait être pertinente. Ceci afin de ne pas basculer entre l'anatomophysiologique et le tout psychique.

Néanmoins ceci poserait d'autres questions, si la psychomotricité a déjà du mal à se faire comprendre en utilisant le même langage que ses collègues, comment pourrait-elle l'être si elle décide d'inventer son propre langage ? Ou bien, peut-être qu'au contraire, affirmerait-elle sa spécificité ?

Je pouvais me dire que l'enseignement est une composante importante de la psychomotricité. C'est au travers de celui-ci que les étudiants s'approprient la discipline, ses concepts et sa pratique. Il nous est souvent référencé que l'on se formera durant toute notre vie professionnelle. Que ce soit par l'exercice de la fonction en elle-même, ou bien par les diverses formations à la suite du Diplôme d'Etat. Ceci permettant d'enrichir et de compléter notre appropriation de la psychomotricité. Néanmoins, il apparaît que la formation initiale est le socle commun à tous les psychomotriciens. L'enseignement semble donc être un enjeu, afin d'homogénéiser la pratique psychomotrice et la représentation des notions que les étudiants se font par l'expérimentation mais aussi de véhiculer des concepts tel que la corporéité pouvant dépasser le langage dualiste. Ceci peut-être constitut une piste de travail afin de permettre une définition plus facile de la psychomotricité.

## 2. Circonscrire le domaine d'intervention du psychomotricien ?

En relisant certains écrits portant sur Henri Rousselle et au tout début du centre de guidance infantile, je releva un élément qui m'avait échappé à la première lecture :

*« Il s'agissait, grâce à une large population de patients enfants et adultes, de détecter les éléments, les symptômes, qui justifiaient les échecs de tous les*

*traitements abordés jusqu' alors.* » (Soubiran, cité dans Giromini, 2018,p. 14 ). La psychomotricité était donc vue comme moyen d'expliquer voire de traiter les désordres et symptômes « résistants » aux savoirs médicaux de l'époque. Le service de rééducation psychomotrice et le service de rééducation du langage avaient également pour mission de « *déterminer, au niveau des dysfonctionnements instrumentaux, une distinction entre des variations sans importance et des particularités évolutives irréversibles* » (Diatkine, cité dans Giromini, 2018, p.12). A cette époque les médecins n'étaient formés qu'aux traitements des patients dits lourds et le centre de guidance permettra une ouverture du champ d'action médicale, avec une recherche entre le normal et le pathologique (Giromini, 2018).

J'eus une réflexion : Il est déjà difficile de conceptualiser le corps, de manière consensuelle, alors ce qui relève de ses affections, troubles, risquait fort lui aussi d'être périlleux. En effet « *Le corps, la souffrance, la maladie, les soins sont autant d'interrogations dont la réponse n'est pas moins infinie que la question.* » (Le Breton, 2013, p.107). Il m'apparaissait que le corps et la pathologie avaient le même « combat » : ne pas être universel. Réfléchir au normal et au pathologique me semblait important : ce couple constitue la base même de l'activité thérapeutique (Berthelie, cité dans Chaire de Philosophie à l'Hôpital 2022).

Je me suis donc intéressée à la thèse du philosophe français Georges Canguilhem. Dans son livre « *Le normal et le pathologique* », il construit principalement sa réflexion à partir des travaux d'Auguste Comte et de Claude Bernard, ceux-ci ayant fortement inspiré la littérature scientifique et philosophique du 19e siècle. Il faut noter que son ouvrage est paru initialement en 1943, la thèse proposée est donc à remettre dans le contexte médical de l'époque, qui depuis a évolué à bien des égards.

Tout d'abord il expose qu'il y a une continuité entre l'état physiologique dit normal et l'état physiologique anormal, dit pathologique. C'est d'ailleurs à partir de l'étude de celui-ci qu'il nous est permis de comprendre la physiologie normale. Sans état pathologique, il n'y a pas de santé, et inversement. Je pouvais le mettre en lien avec le centre de rééducation psychomotrice : c'est l'observation des troubles psychomoteurs qui permet de comprendre le développement psychomoteur "normal".

Si l'on se réfère à l'étymologie du mot "normal", il désigne "*l'équerre, ce qui ne penche ni à droite ni à gauche, donc ce qui se tient dans un juste milieu*" (Canguilhem, 2023, p.103). Finalement, il serait question de moyenne, de statistiques. En psychomotricité, lorsque l'on réalise un test quantitatif, le score que l'on donne des capacités psychomotrices du patient est un écart type. On le place sur une courbe de Gauss, c'est-à-dire une répartition en fonction de la moyenne, pour déterminer si ses capacités sont pathologiques ou normales en fonction des résultats majoritairement produits à son âge. Pour Georges Canguilhem, considérer le normal comme synonyme de moyenne pose problème : « *Mais enfin le problème est de savoir à l'intérieur de quelles oscillations autour d'une valeur moyenne purement théorique on tiendra les individus pour normaux ?* » (*ibid.*, p.129).

Il faudrait donc aller plus loin. La thèse de Canguilhem propose de penser la pathologie comme une définition relative. Pour cela il distingue la notion d'anormal et d'anomalie. L'anomalie est un fait, une description et n'est pas pathologique en soi. Par exemple, le fait d'avoir les oreilles décollées est une anomalie, mais n'est pas une pathologie. La pathologie, elle, n'exprime pas de fait, elle donne une valeur négative. En ce sens, la différence entre un état de santé et un état pathologique est avant-tout une différence de valeur : « *Être malade, c'est être nuisible, ou indésirable, ou socialement dévalué* » (Canguilhem, 2023, p.97). Selon lui, la considération d'un état pathologique se fait selon une norme culturelle, scientifique, politique dans une époque donnée. La définition d'une pathologie fluctue selon les sociétés et les époques. En ce sens, si l'on revient à la notion d'anomalie, celle-ci devient pathologique au regard de la norme. Il n'y a donc pas de critères objectifs pour décrire une pathologie, on peut décrire des structures, des comportements mais pas une pathologie. Le postulat principal de sa thèse est donc celui-ci : la pathologie n'existe pas dans l'absolu. En d'autres termes, c'est la norme qui régit la distinction entre le normal et le pathologique.

Par exemple, l'homosexualité était jugée comme pathologique et référencée dans le DSM jusqu'en 1973 (Tousseul, 2016) et il existe à l'heure actuelle des pays qui la considèrent encore comme telle. Il y a par ailleurs des discussions actuelles autour de la pathologisation de la transidentité qui est référencée dans le DSM-5 par le terme de « dysphorie de genre » (2015). Si demain il est jugé que la

transidentité n'est pas anormale, alors elle deviendra une nouvelle norme. C'est aussi un point central de sa pensée : la pathologie est une norme, une autre allure de vie. « *L'anormal n'est pas tel par absence de normalité. Il n'y a point de vie sans normes de vie, et l'état morbide est toujours une certaine façon de vivre.* »(Canguilhem, 2023, p.204).

Si l'on prend la définition de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé, on peut se rendre compte qu'elle fait état d'un sentiment subjectif. Être en bonne santé est avant tout un sentiment de bien-être. « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » ( Organisation Mondiale de la Santé, 1948, p.100). Ce qui rejoint ici, ce qu'il avance également : le premier jugement de valeur porté sur la maladie est le plus souvent fait par le malade lui-même. Celui-ci va évaluer si il se considère assez normal ou non au regard de ses propres critères normatifs. Le médecin ne peut étiqueter le patient de "malade" sans avoir pris connaissance de son point de vue sur son propre état. La qualification de "pathologie" ne s'appuie donc pas que sur le fonctionnement physiologique. Elle s'appuie aussi sur l'expérience vécue de la fonction organique du sujet ainsi que la représentation commune du malade et du médecin de la norme.

Je pouvais faire le lien avec les questionnements autour du corps. Je me disais que le couple normal/pathologique conditionne lui aussi la façon dont on considère un être. Il y aurait donc des organisations corporelles, des corporités, des « systèmes » psychomoteurs reconnus comme normaux ou pathologiques au regard d'une norme.

Je revenais à Henri Rousselle et me demandais comment cette réflexion avait été menée autour du normal et du pathologique appliqué à la psychomotricité. Julian de Ajuriaguerra et Gisèle Soubiran ont décrit les syndromes psychomoteurs comme :

Ne répondant pas à une lésion en foyer donnant les syndromes neurologiques classiques. Ils sont plus ou moins automatiques, plus ou moins motivés, plus ou moins subis, plus ou moins voulus. Liés aux affects, mais attachés au soma par leur fluence à travers la voie finale commune, ils ne présentent pas pour cela uniquement des caractéristiques de dérèglement d'un système défini. Persistants ou labiles dans leur forme, mais variables

dans leurs expressions, ils restent chez un même individu intimement liés aux afférences et aux situations... Les troubles psychomoteurs, dans leur ensemble, oscillent entre le neurologique et le psychiatrique, entre le vécu plus ou moins voulu et le vécu plus ou moins subi, entre la personnalité totale plus ou moins présente, et la vie plus ou moins jouée. (Ajuriaguerra et Soubiran dans Giromini, 2018, p.23)

Je comprenais qu'il y avait une volonté de les différencier des autres troubles neurologiques ou psychiatriques. Par ailleurs, le symptôme était compris comme situationnel, il fallait donc rechercher dans l'anamnèse, de quelle façon et dans quel contexte relationnel il s'exprimait (Giromini, 2018). Ce qui peut être troublant, dans un modèle médical cherchant des réponses claires. On peut voir par ailleurs dans l'avènement des neurosciences la recherche de la cause, de l'objectivable.

Néanmoins, si l'on considère la thèse de Georges Canguilhem le trouble psychomoteur, lui aussi, n'existe pas en tant que tel, il existe en fonction d'une norme. Je me demandais comment la normativité des capacités psychomotrices influence nos considérations, nos bilans, nos prises en charge. Il me semblait que le psychomotricien est lui aussi, pris dans le voile des représentations du corps que l'on considère sain, fonctionnel, productif. Par ailleurs j'avais l'impression que l'approche psychomotrice réside dans l'accompagnement du sujet et de ses ressentis subjectifs, de ses représentations du trouble, du corps et de sa propre normativité. Le psychomotricien n'est-il pas un professionnel ayant d'autres référentiels que ceux de la norme sociétale, médicale, attendue ?

Je me disais que la réflexion autour du normal et du pathologique, et donc du trouble psychomoteur, permettrait peut-être une meilleure définition de la psychomotricité. Décrire à partir de quoi nous travaillons permet de renseigner notre spécificité, à l'égard des autres professionnels. Le Décret de compétences du psychomotricien établit lui, auprès de quels troubles nous sommes amenés à agir. Premièrement, ce Décret ne propose qu'une liste et ne fait pas de description du trouble. Deuxièmement on peut retrouver le terme obsolète de « débilite motrice » dans ce texte, comme je l'ai déjà évoqué dans la partie « Les interactions avec les autres professionnels » (cf. *supra*, p. 56). Il apparait donc difficile de s'appuyer sur ce Décret, en l'état. De plus le champ d'action du psychomotricien a beaucoup évolué depuis sa création en 1988. Je me demandais si l'expansion de ce champ d'action ne rend pas difficile une définition unique autour du trouble psychomoteur.

Peut-il être référencé de la même façon chez un enfant présentant un retard de développement que chez une personne atteinte d'un cancer en fin de vie ou bien encore chez une personne présentant un trouble de personnalité borderline ? Dans ce cas, faudrait-il circonscrire le domaine d'intervention du psychomotricien ? Néanmoins lorsque le champ d'action était plus restreint, la définition du trouble psychomoteur était-elle réellement plus aisée ? Dans ce cas, faudrait-il réfléchir à ce qu'est un trouble psychomoteur, dans toutes les expressions qu'il peut prendre ? Ceci pouvant peut-être aider à donner une définition de la psychomotricité.

### 3. Véhiculer une représentation de la psychomotricité plutôt que de la définir ?

Un camarade de promotion, écrivant son mémoire de fin d'année sur la construction de l'identité professionnelle des psychomotriciens, avait mis en ligne un questionnaire dans lequel on trouvait cette question : « En quelques lignes, pouvez-vous donner une définition de la psychomotricité ? ». Lorsque je l'ai lu, le temps s'est figé. Cela faisait maintenant quelques mois que je menais une réflexion sur la difficulté à définir cette discipline et rien n'avait changé : je n'y arrivais toujours pas. Une pensée me vint : « Visiblement, il ne suffit pas de s'attacher à décrire les difficultés d'une définition pour arriver à le faire. »

Par ailleurs, une enseignante a pu me dire lorsque j'évoquais le sujet de mon mémoire « *J'entends votre embarras à définir la psychomotricité ? Mais un cardiologue le pourrait-il ? Un boulanger ?* » (Langiaux, communication personnelle). En effet, peut-être que la définition d'une discipline ou d'une profession est difficile, peu importe quelle elle est. Dans ce cas, si ce n'est plus un problème de définition, quel est-il ? Sans m'en rendre compte, j'avais déjà évoqué un potentiel élément de réponse au tout début, dans la partie « L'embarras d'une définition ». J'avais pu écrire : « Tout le monde sait ce qu'est un médecin. Enfin de manière plus juste : tout le monde se représente ce qu'est le travail d'un médecin. Que cette représentation soit erronée ou non, cela permet d'éviter cette discussion dérangeante. » (cf. *supra*,

p.11 ). Un cardiologue se trouve peut-être dans l'embarras pour définir sa discipline, néanmoins il n'en a peut-être pas autant l'expérience que nous. Le problème serait-il là ? Les psychomotriciens n'arrivent pas à créer une représentation autour de leur métier ? (Langiaux, 2019, p.4) Et dans ce cas, quelles en sont les causes ? Est-ce à cause du nombre de psychomotriciens, qui certes ne fait que croître, mais qui reste minime ? Ou peut-être est-ce en lien avec sa date d'apparition qui semble être relativement récente ?

Par ailleurs, il me semblait qu'une représentation ait pu se construire autour de la prise en charge des enfants. Il m'arrive d'entendre lorsque je parle de mes études à certaines personnes : « C'est relatif au développement de l'enfant ? ». Mais lorsque je leur réponds par la négative, en leur disant que nous pouvons travailler avec tout type de population, de la stimulation précoce à l'accompagnement à la fin de vie, ils semblent confus. Mettais-je à mal la seule représentation qu'ils pouvaient avoir de la profession ? Dans ce cas, l'élargissement du champ d'application du psychomotricien ne permettrait pas de créer une représentation ?

J'ai pu rapporter dans la partie « Les interactions avec les autres professionnels » les dires de ma maîtresse de stage : « *Ce qui est intéressant d'observer, c'est que les patients eux savent, ils sentent la distinction* » (cf. *supra*, p.56). Au-delà de sentir la différence, je me demandais si les patients, eux, avaient réussi à construire une représentation de la psychomotricité.

Je me posais une question : Est-il possible de créer une représentation unique de la psychomotricité ? Le psychomotricien compose avec la conception du corps, du soin, du rétablissement au sein d'une culture médicale, au sein du service dans lequel il est. Ceci façonne sa pratique et peut donner différentes manières de faire de la psychomotricité. C'est ce qui rend difficile de donner une définition. Ne serait-il pas le même problème pour en avoir une représentation ?

Plus tard, je compris quelque chose sur ma démarche de réflexion : « *Du rejet du dualisme dans les poubelles de l'histoire à la proclamation de l'approche "globale" comme indépassable horizon de la thérapeutique, il n'y a qu'un pas que d'aucuns franchissent allègrement* » (Robineau, cité dans Raoult 2001, p.294). Cela

n'était pas agréable à lire mais je sentais que cela pouvait dire quelque chose de mon mémoire. En effet, j'ai moi-même utilisé l'histoire pour analyser la conception du corps dans un référentiel dualiste. Mais je comprenais que bien que cela fut nécessaire pour comprendre mon embarras, cela ne me permettait ni de définir la psychomotricité, ni de la pratiquer. A ce propos, Claire Pujol écrit que faire du soin, que l'on qualifierait d' anti-dualiste, « *supposerait la mise à disposition d'un appareillage théorique adéquat, un modèle qui à la fois intègre et dépasse tous les champs du savoir existants* » (Pujol, 2015, p.14). Or pour faire du soin il faut « *l'adoption d'une posture clinique définie et affirmée comme référence constante à un cadre, permettant d'utiliser des techniques précises* » (*ibid.*, p.15)

Ceci me fit penser à la définition princeps que je donnais à mes interlocuteurs : « On pourrait dire que c'est l'étude du corps et de la psyché en les considérant comme un ensemble, un tout » (cf. *supra*, p.9). Je définissais donc la pratique psychomotrice par un concept, une théorie. « *Fonder sa pratique et la pensée de cette pratique sur des tentatives de mise en lien corps-psyché peut être une idée périlleuse, car c'est prendre le risque d'être souvent insatisfait, perdu ou mal à l'aise pour définir vraiment un domaine d'intervention* » (Potel, 2010b, p.18). On en revenait à la dialectique théorie/pratique (cf. *supra*, p.31). A l'image des découvertes faites à Henri Rousselle ayant comme point de départ la clinique, définir la psychomotricité ne peut pas être que théorique.

En plus de cela, définir la psychomotricité par une tentative de liaison corps-esprit, c'est peut-être signifier que personne n'en a notion, hormis nous. Dans ce cas qu'est-ce qui nous différencie de l'infirmière en pratiques avancées aussi art-thérapeute proposant de la relaxation en groupe, dont je faisais état au début de ce mémoire ? (cf. *supra*, p. 16). A ce propos, nous pourrions nous interroger si son approche ne constitue pas une forme de psychomotricité « déguisée ». Si cela est le cas, il me semble que c'est entre autre, à cause de la difficulté de définition.

Par ailleurs, lors de mon étude de la thèse de George Canguilhem, j'ai pu lire une citation du philosophe Théodule-Armand Ribot de 1909, celui ayant inspiré notamment Auguste Comte : « *La physiologie et la pathologie – celles de l'esprit aussi bien que celles du corps – ne s'opposent pas l'une à l'autre comme deux*

*contraires, mais comme deux parties d'un même tout.* » (Ribot, cité dans Canguilhem, 2023, p.19). Malgré ce que j'avais pu évoquer dans la partie sur le dualisme, je comprenais que les médecins eux, non plus, n'ignorent pas ces liens. A ce titre, peut-être apparaît-il encore plus judicieux de ne pas fonder une définition sur cela.

Par ailleurs, je disais de façon intransigente qu'une définition ne peut se faire par les exemples ou la comparaison aux autres professionnels du soin, mais est-il toujours question de définition ? L'exemple que je relate au début de mon mémoire, se réalise de façon informelle, auprès de personnes qui ne sont pas dans le soin. Suis-je obligée de donner une définition? L'important ne serait-il pas de se faire comprendre ? Dans ce cas l'utilisation d'un exemple ou d'une comparaison semble assez ajustée. Par ailleurs, il m'apparaissait que le psychomotricien adapte son langage, choisit ses mots en fonction de son interlocuteur. Il peut manier un certain nombre de concepts pour se faire comprendre soit par le masseur-kinésithérapeute soit par le psychologue. C'est peut-être même un des avantages des apports pluridisciplinaires de la psychomotricité. Bien qu'elle puisse être polymorphe, elle permet au moins d'avoir différents vocables, en fonction du professionnel à qui l'on s'adresse. Il y n'aurait pas donc une seule explication de la psychomotricité, variant en fonction du psychomotricien comme j'ai pu le relater de nombreuses fois dans cet écrit, mais aussi parce que nous sommes face à des professionnels, des personnes différentes. Il y a donc des définitions différentes selon le contexte dans lequel elle est demandée. Il s'agirait donc de repérer ce contexte, de comprendre à quel moment est demandé une définition en terme d'intervention, de soin et à quel moment est demandé une définition en tant que champ disciplinaire.

Par ailleurs, je me suis lancée dans un mémoire autour de la difficulté à définir la psychomotricité, sans jamais m'interroger sur le mot "définir". Selon le CNRTL, une définition est la « *détermination des limites d'un objet; résultat de cette action* ». J'étais rassurée, il semblait que mon écrit tentait justement de donner des éléments de compréhension quant aux délimitations parfois floues de la psychomotricité. Le résultat de cette action de détermination est celui d'une profession difficile à définir. Néanmoins, en sortant du contexte de la définition du CNRTL, le terme d'action retenu mon attention et me fit écho au questionnement

autour de la représentation. Je me demandais : « Est-ce qu'il ne faut pas réfléchir à l'action concrète pour créer une représentation ? ». Je réfléchissais : l'action pour nous, c'est le soin psychomoteur.

Je pensais à deux possibilités pour représenter ce soin : la médiation et le trouble psychomoteur. Si l'on prend la première, définir la psychomotricité serait donc faire état des techniques que l'on emploie. Néanmoins je me disais que cela pourrait nous perdre. Tout d'abord, cela reviendrait à faire une liste des médiations que l'on emploie. Ensuite, résumer l'action du psychomotricien à la médiation qu'il utilise, ne serait-il pas retomber dans des délimitations floues avec les autres professionnels ? En effet, si je reprends l'exemple de l'infirmière qui propose de la relaxation, qu'est-ce qui différencie son soin du notre ? Je me disais, comme il nous a souvent été répété depuis le début de la formation : ce n'est pas tant la médiation qui importe mais nos objectifs thérapeutiques et le regard psychomoteur sous-jacent.

Je me disais que je tenais quelque chose d'intéressant : L'objectif thérapeutique, est la visée du soin que l'on propose. Ceci est à destination des patients qui ont des troubles psychomoteurs. On en revenait donc au champ d'action. Était-ce cela ? Créer une représentation à partir du trouble psychomoteur plutôt que de trouver une définition de la psychomotricité ? Ou plutôt, définir la psychomotricité à partir du trouble psychomoteur et des objectifs thérapeutiques ?

Dans cette partie, j'ai évoqué différentes pistes pouvant aider à définir la psychomotricité. Celle-ci sont apparues au fil de mes recherches et de la construction de la partie 2 et 3. Ces pistes ne sont pas exhaustives sont à enrichir et à requestionner. Néanmoins il y aurait un premier axe sur l'appropriation des concepts en lien avec l'enseignement et l'utilisation du langage qui nous soit plus opérationnel. Le deuxième et le troisième axes, semblent liés : réfléchir à définir et/ou créer une représentation de la psychomotricité à partir du trouble psychomoteur lui-même.

## Conclusion

Ce travail de mémoire témoigne avant tout de ma construction professionnelle durant cette dernière année de formation. En effet, la réflexion que j'ai construite prend naissance dans mon propre embarras. Celui-ci avait été parfois difficile à comprendre, à supporter. Construire une démarche de réflexion à partir de cette expérience m'a permis de comprendre l'origine de certains de mes questionnements, de prendre du recul et de me décentrer. Ceci a été salvateur et m'a permis en quelque sorte de me réconcilier avec mon objet d'étude.

A la question ayant guidé ce mémoire « Qu'est-ce qui fait que la psychomotricité est une profession difficile à définir ? », j'ai pu proposer dans cet écrit différents éléments de compréhension à partir de l'Histoire. Tout d'abord la pluridisciplinarité a fait naître la psychomotricité, lui donnant plusieurs regards. Ceci donnant lieu à plusieurs écoles : différentes formations et différentes écoles de pensées. Celles-ci se rejoignent peut-être autour d'une vision commune de liens corps-esprit. Cette optique anti-dualiste n'est pas chose aisée à proclamer dans un référentiel médical dualiste avec à disposition un langage tout aussi dualiste. Par ailleurs, le langage rend difficile la description du réel, pouvant entraver la formalisation de certains concepts. Les psychomotriciens ne pouvant se soustraire au contexte médical dans lequel ils interviennent doivent s'accommoder du dualisme, leur approche de la psychomotricité en est donc empreinte. Ceci rendant une définition difficile ainsi qu'une différenciation parfois floue avec les autres professionnels. Il apparaît que ces éléments soient à la fois causes d'une difficulté de définition mais aussi le signe d'une discipline riche, essayant de rendre compte de la complexité de l'être.

Par ailleurs, il apparaît que cette difficulté ne soit pas figée. Bien que nous ne puissions ni changer le dualisme, ni changer le vocabulaire français, des pistes de réflexion et de travail semblent envisageables. J'ai pu évoquer différentes idées dans la dernière partie de cet écrit. J'ai émis une première piste à partir du langage lui-même, au travers de l'enseignement et de l'appropriation des concepts. Enfin, j'ai exposé l'idée de réfléchir à la représentation de la psychomotricité, plutôt qu'à la définition, à partir du trouble psychomoteur lui-même.

Ce mémoire n'a pas pour vocation d'énoncer de vérité générale. Il a d'ailleurs lui-même été sujet à de nombreux remaniements tout au long de mon élaboration au fil de cette troisième année. Il continuera de l'être, en faisant émerger de nouveaux questionnements et de nouvelles réponses. J'ai pu dire plusieurs fois dans cet écrit que la clinique est le terrain de la théorie, il en va de même pour moi. L'exercice de la profession sera aussi source de nouvelles réflexions qui viendront enrichir ce travail de mémoire.

## Bibliographie

- ANAES. (2002, septembre). Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral – Aspects médicaux. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/recommandations\\_2006\\_10\\_27\\_20\\_02\\_3\\_927.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/recommandations_2006_10_27_20_02_3_927.pdf)
- American Psychiatric Association. (2015). DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5e éd.). Elsevier Masson.
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes [ANFE], Fédération Française des Psychomotriciens [FFP]. (2022, novembre). *Ergothérapie et psychomotricité auprès des personnes âgées*. <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2022/11/Ergotherapie-et-psychomotricite-aupres-des-personnes-agees.pdf>
- Ballouard,C. (2001). Les fondements historiques de la psychomotricité. *Contraste*, 28-29(1-2), 17-26. <https://doi.org/10.3917/cont.028.0017>
- Boutinaud, J. (2023, 21 novembre). *Image du corps : Approche théorico-clinique et psychopathologique* [notes de cours]. Santé Sorbonne Université. Moodle. <https://moodle-medecine.sorbonne-universite.fr/moodle/>
- Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Erès
- Busschaert, B., Vanderwalle, B., et Meurin, B. (2015). Le corps et ses représentations. Dans P. Scialom, F. Giromini et J.-M. Albaret (dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 1 Concepts fondamentaux* (p.201-246). De Boeck Supérieur.

- Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique* (12<sup>e</sup> éd.). Presses Universitaires de France.
- Chaire de Philosophie à l'Hôpital. (2022, 5 septembre). *Maladie et santé. Canguilhem, le normal et la pathologique (B.Berthelier)* [vidéo]. Youtube
- Chevallard, Y. (1982). *Pourquoi la transposition didactique ?*. Séminaire de didactique et de pédagogie des mathématiques de l'IMAG (p.167-194). Université scientifique et médicale de Grenoble.
- Coffin, J.-C. (2020). La construction d'une identité professionnelle : l'exemple de la psychiatrie de l'enfant dans la France des années 1950. *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*. *Le Temps de l'histoire*, 12, 65-85. <https://doi.org/10.4000/rhei.3186>
- Corbin, A., Courtine, J.-J., et Vigarello, G. (2005). Préface à l'Histoire du corps. Dans G. Vigarello (dir.), *Histoire du corps. 1. De la Renaissance aux Lumières* (p. 7-12). Seuil.
- Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, 88-659 (1988).
- Descartes, R. (1844). *Discours sur la méthode: Méditations philosophiques ; Les passions de l'âme ; Règles pour la direction de l'esprit ; De la vérité par les lumières naturelles* (2<sup>e</sup> éd.). Lefèvre.
- Duarte Penayo, J. (2016). *L'institution d'autrui chez Merleau-Ponty : vers une intercorporité expressive* [mémoire de master, Université Paris 1 Panthéon Sorbonne]. DUMAS. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01428018/document>

- Fauché, S. (1993). *Du corps au psychisme. Histoire et épistémologie de la psychomotricité*. Presses Universitaires de France
- Fronterotta, F. (2014). Qu'est-ce qu'une Forme pour Platon ? Raisons et fonction de la théorie des intelligibles. Dans L. Brisson et F. Fronterotta (dir.), *Lire Platon* (2<sup>e</sup> éd., p. 127-138). Presses Universitaires de France.
- Gaffard. (2023). *Syndrome frontal et fonctions exécutives* [notes de cours]. Santé Sorbonne Université. Moodle. <https://moodle-medecine.sorbonne-universite.fr/moodle/>
- Giromini, F. (2018). *Giselle Soubiran*. De Boeck Supérieur.
- Giromini, F. (2015). Le corps et ses représentations. Dans P. Scialom, F. Giromini et J.-M. Albaret (dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 1 Concepts fondamentaux* (p.201-246). De Boeck Supérieur.
- Giromini, F. (2022a). Les racines philosophiques de la psychomotricité dans l'œuvre d'Ajuriaguerra. Dans A. Vachez-Gatecel et A. Valentin-Lefranc (dir.), *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (p.7-14). Dunod.
- Giromini, F. (2022b). Racines historiques et développement. Dans F. Giromini et C. Pavot-Lemoine et S.Robert-Ouvray et A.Vachez-Gatecel (dir.), *La psychomotricité* (p.5-13). Que sais-je ?.
- Grabot, D. (2010). 1. Deux cents ans d'histoire. Dans C. Potel (dir.), *Être psychomotricien* (p.17-42). Erès.
- Grenier, C. (2020). Les mots et le corps selon Merleau-Ponty. Une perspective rhétorique. *L'Enseignement philosophique*, 70e Année(2), 55-66.  
<https://doi.org/10.3917/eph.703.0055>

- HAS. (2023, mai). Parcours AVC chez l'adulte. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-06/note\\_de\\_cadrage\\_parcours\\_avc.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-06/note_de_cadrage_parcours_avc.pdf)
- HAS. (2021). *Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) Syndrome catatonique*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-10/2021\\_defiscience\\_pnds\\_syndrome\\_catatonique\\_texte\\_pnds.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-10/2021_defiscience_pnds_syndrome_catatonique_texte_pnds.pdf)
- Hughes, E. (1996). *Le regard sociologique*. Editions de l'EHESS.
- Identité. (s. d.). Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [CNRTL] en ligne*. <https://www.cnrtl.fr/>
- Joly, F. et Labes, G.(dir.). (2008). *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité : volume 1 : Corps tonus et psychomotricité*. Ed. du Papyrus.
- Langiaux, M. (2019). Les positionnements déclaratifs et en acte des psychomotriciens relatifs à la dyade thérapie/rééducation [mémoire de master inédit]. Santé Sorbonne Université.
- Lask, E. (2010). La théorie des idées. *Philosophie* 2(105), p.9-27. 10.3917/philo.105.0009
- Laval, V. (2019). Chapitre 2. La théorie de Jean Piaget (1896-1982). *La psychologie du développement* (4<sup>e</sup> éd, p.27-67). Dunod.
- Le Breton, D. (2013). *Anthropologie du corps et modernité* (7<sup>e</sup> éd). Presses Universitaires de France.
- Le Breton, D. (2023). *La sociologie du corps* (11<sup>e</sup> éd). Que sais-je ?.

- Melançon, J. (2022). La liberté et la corporéité. Nouvelles perspectives à partir de la Phénoménologie de la perception. *Revue internationale de philosophie*, 302(4), 5-19. <https://doi.org/10.3917/rip.302.0005>
- Meurin, B. (2016). Quelques réflexions pour penser la spécificité psychomotrice. Dans N. Giradier et al (dir.), *La psychomotricité entre psychanalyse et neurosciences* (p.93-102). In Press.
- Merleau Ponty, M. (1947). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard.
- Organisation Mondiale de la Santé. (juin, 1948). Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé : débats et actes finaux de la conférence internationale de la santé tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946 (publication n°2). [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/88278/Official\\_record2\\_fre.pdf;sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/88278/Official_record2_fre.pdf;sequence=1)
- Paggetti, M. (2020). *L'«enquête à dominante corporelle » du psychomotricien. Activité d'ajustement et apprentissage du métier* [thèse de doctorat, Université de Caen Normandie]. HAL. <https://theses.hal.science/tel-03120088/document>
- Pireyre, E. W. (2021). Le schéma corporel (2) : Données actuelles et définition. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 69(8), 415-421.
- Pireyre, E.W. (2023, 26 septembre). *Schéma corporel et image du corps* [notes de cours]. Santé Sorbonne Université. Moodle. <https://moodle-medecine.sorbonne-universite.fr/moodle/>
- Potel, C. (2010a). *Être psychomotricien*. Eres.
- Potel, C. (2010b). *Psychomotricité : Entre théorie et pratique* (3<sup>e</sup> éd.) In Press.

- Pujol, C. (2015). Plaidoyer pour une psychomotricité, science humaine. Changer le nom, changer la vie. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 181, p.4-27.
- Raoult, P.-A. (2001). *Psychologie clinique, psychanalyse et psychomotricité : Questions épistémologiques d'une praxis à médiation*. L'Harmattan.
- Robert-Ouvray, S. B. (2010). *Intégration et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité* (2<sup>e</sup> éd.). Desclée De Brouwer.
- Robitaille, M. (2003). Esprit et langage chez Hegel : Une relecture de la « certitude sensible ». *Laval théologique et philosophique*, 59(1), 115-135.  
<https://doi.org/10.7202/000792ar>
- Rollot, J. (2010). Maurice Merleau-Ponty. Dans B. Andrieu (dir.), *Philosophie du corps : Expériences, interactions et écologie corporelle*. VRIN.
- Schneckenburger, R. (2018). La distinction entre neurologie et psychiatrie en France entre 1940 et 1968 : Le point de vue de quelques neuropsychiatres. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 7(1), 33-54.  
<https://doi.org/10.3917/ccgc.007.0033>
- Tousseul, S. (2016). Petite histoire conceptuelle de l'homosexualité. *Psychologie clinique et projective*, 22(1), 47-68. <https://doi.org/10.3917/pcp.022.0047>

# ANNEXE

Décret de compétences du métier de psychomotricien (J.O.R.F. du 6 juillet 1990) :

## **1. Le décret de compétence du psychomotricien :**

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

### **DÉCRET**

**relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice**

LE PREMIER MINISTRE,

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

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

— VU le décret n° 74-112 du 15 février 1974, modifié notamment par le décret n° 85-188 du 7 février 1985 portant création du diplôme d'État de psychomotricien,

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

Le Conseil d'État (section sociale) entendu,

**DÉCRÈTE :**

#### **ARTICLE 1<sup>er</sup> :**

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.

## RÉSUMÉ

A partir de différentes expériences, cet écrit propose une compréhension de ce qui rend difficile la définition de la psychomotricité. En appui sur l'Histoire, une analyse des fondements disciplinaires sera réalisée en mettant en avant différentes notions comme la dialectique entre la théorie et la pratique, la conception du corps en lien avec le dualisme et la phénoménologie ainsi que l'utilisation du langage. Le contexte, à la fois actuel et passé, dans lequel s'inscrit la psychomotricité sera aussi étudié au regard de la scission de la neuropsychiatrie, des différentes formations en psychomotricité ainsi que les interactions avec les autres professionnels du soin. Enfin des pistes seront évoquées afin d'aider à définir la psychomotricité à partir de l'appropriation des concepts, du domaine d'intervention du psychomotricien et d'une représentation de la psychomotricité.

Mots clés : Psychomotricité – Définition – Profession – Concepts – Histoire

## SUMMARY

Based on various experiences, this work aims to understand what makes psychomotor therapy difficult to define. Based on History, an analysis of the disciplinary foundations will be made, highlighting notions such as the dialectic between theory and practice, the conception of the body linked to dualism and phenomenology, and the use of language. The context, both past and present, in which psychomotor therapy is embedded will also be explored, in terms of the division of neuropsychiatry, the various psychomotricity training courses and interactions with other care professionals. Finally, we'll look at ways to help define psychomotor therapy, based on the assimilation of concepts, the psychomotor therapist's field of intervention and a representation of psychomotor therapy.

Keywords : Psychomotor therapy – Definition – Profession – Concepts – History