

Le bilan avec les tests psychomoteurs



Florent Vincent

# Le bilan avec les tests psychomoteurs

De l'enfant à l'adulte

**DUNOD**

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2021

11, rue Paul Bert, 92240 Malakoff

[www.dunod.com](http://www.dunod.com)

ISBN 978-2-10-081003-1

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

## ■ TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	XV
<b>1. Quel avenir pour la psychomotricité ?</b>	<b>1</b>
Un corps professionnel en construction	1
Des fondations conceptuelles	3
Les axes de description	5
Le soin psychomoteur	6
La psychomotricité dans le monde	13
<i>Le modèle français, 13 • La psychomotricité en Europe : variations réglementaires, 13 • La psychomotricité dans le monde : perspectives globales, 15</i>	
<b>2. Aspects historiques du bilan psychomoteur</b>	<b>17</b>
Contexte scientifique	17
Naissance de l'examen psychomoteur avec Guilmain	18
<i>Dans le domaine de l'éducation, 19 • Méthodes d'application, 19</i>	
Développement de l'examen psychomoteur	20
<i>Dans le cadre de la neuropsychiatrie française : contribution de Giselle Soubiran, 20 • Dans le domaine médico-social, 21 •</i>	

<i>Dans le cadre de l'éducation spéciale : contribution d'Huguette Bucher, 23 • Dans le domaine du sport adapté avec les contributions de Picq et Vayer, 26 • Contribution de Jean Le Boulch, 27 • Dans le domaine de la psychologie, 28</i>	
Conclusion	29
<b>3. Bilan psychomoteur : de l'histoire à la méthodologie</b>	31
Les enfants à l'origine du bilan psychomoteur	31
Prérequis statistiques	32
<i>Fidélité, 33 • Validité, 35 • Sensibilité, 35 • Standardisation, 36 • Ouverture, 36 • Courbe de Gauss, 37 • Quartiles, 37 • Percentiles, 38 • Écart-type, 38 • Déviations standards, 38 • Notes et scores, 39</i>	
Que voir ?	40
Que dire ?	41
Les normalités, la normalité, l'anormalité	41
<b>4. Législation et circonvolutions</b>	49
Évolutions et frontières interprofessionnelles	49
Secteur de la santé	49
Hors du champ sanitaire	53
Bilan de compétences	55
Et l'université dans tout ça ?	55
Dynamique du bilan psychomoteur	56
Synergies et fonctions psychomotrices : nouvelle « lecture » du corps	58
Comment sont décrites les fonctions ?	60

<b>5. Intégration sensorimotrice</b>	63
Pour aller plus loin	64
<i>Historicité, 64 • Les sens, 64 • Intégration sensorielle, 66 •</i>	
<i>Quelques auteurs de référence, 67</i>	
Liens avec le développement psychomoteur	68
Échelle de développement normal	68
<i>Sensorialité du nouveau-né, 68 • Système tactile, 69 • Système</i>	
<i>vestibulaire, 70 • Système olfactif, 70 • Système gustatif, 70 •</i>	
<i>Système auditif, 71 • Système visuel, 72</i>	
Pathologies principales	73
Tests et épreuves	74
<b>6. Tonus ou dialogue tonico-émotionnel</b>	75
En clair	75
Pour aller plus loin	76
<i>« Tonus », 76 • Syncinésies, 78 • Paratonies, 80</i>	
Quelques rappels	81
Liens avec le développement psychomoteur	82
<i>Loi de différenciation, 82 • Loi de variabilité, 82</i>	
Échelle de développement normal	83
Troubles psychomoteurs liés au tonus	83
<i>Adiadococinésie, 83 • Asynergie, 84 • Dymétrie, 84 •</i>	
<i>Dyschronométrie, 84 • Hypertonie, 84 • Hypotonie, 85 •</i>	
<i>Dystonie, 85 • Bégaiements, 85</i>	
Troubles en fonction de l'âge	86
<i>Chez l'enfant, 86 • Chez l'adolescent, 86 •</i>	
<i>Chez l'adulte, 87 • Chez la personne âgée, 87</i>	

Tests et épreuves	88
<i>Examen tonico-émotionnel ou évaluation du tonus, 88 • Tonus de fond, 89 • Tonus d'attitude, d'équilibration, 94 • Synchronés induites, 96</i>	
<b>7. Espace</b>	99
En clair	99
Pour aller plus loin	100
Définitions	102
Liens avec le développement psychomoteur	103
<i>Structures cérébrales et espace, 103 • Le développement selon Piaget, 103</i>	
Pathologies principales	104
<i>Chez l'enfant, 104 • Chez l'adolescent, 104 • Chez l'adulte, 106 • Chez la personne âgée, 106</i>	
Tests et épreuves	107
<b>8. Temps</b>	109
En clair	109
Pour aller plus loin	109
Liens avec le développement psychomoteur	111
<i>Étapes de la structuration du temps, 111 • Quelques compléments, 111</i>	
Pathologies principales	113
<i>Chez l'enfant, 113 • Chez l'adolescent, 114 • Chez l'adulte, 114 • Chez la personne âgée, 114</i>	
Tests et épreuves	115



<b>9. Représentation corporelle</b>	117
En clair	117
Pour aller plus loin	117
Quelques auteurs de référence	118
Schéma corporel	120
<i>Définitions, 120 • Neurologie du schéma corporel, 120</i>	
Image du corps	121
<i>Image du corps selon Dolto, 121 • Image du corps et image de corps, 122</i>	
Définitions relatives à la représentation corporelle	122
<i>Somesthésie, 123 • Proprioception, 123</i>	
Liens avec le développement psychomoteur	124
Les pathologies principales du schéma corporel	124
<i>Généralités, 125 • Agnosie, 125 • Apraxies, 126 • Chez la personne âgée, 127</i>	
Les pathologies principales dans l'image du corps	127
<i>Chez l'enfant, 127 • Chez l'adolescent, 128 • Chez l'adulte, 128</i>	
Tests et épreuves	128
<i>Connaissance et perception du corps, 128 • Orientation et organisation spatiale du corps, 128 • Représentation du corps, 129 • Des épreuves pour l'image du corps, 129</i>	
<b>10. Latéralités</b>	131
En clair	131
Pour aller plus loin	132

Définitions	132
<i>Latéralisation, 132 • Dominance latérale, 133 • Préférence manuelle, 133 • Latéralité neurologique, 133 • Latéralité d'utilisation, 133 • Latéralité gestuelle spontanée, 134</i>	
Quelques auteurs de référence	134
Liens avec le développement psychomoteur	135
Échelle de développement normal	135
Les pathologies principales	136
Évaluation de la latéralité	137
<i>Batteries et bilans, 137 • Les tests spécifiques, 137</i>	
<b>11. Motricités</b>	139
En clair	139
Pour aller plus loin	140
Définitions	140
<i>Préhension, 140 • Geste, 141 • Motricité automatique, 141 • Coordination motrice, 141 • Motilité, 142 • Locomotion, 142 • Volition, 142 • Graphomotricité, 142 • Praxies, 143</i>	
Liens avec le développement psychomoteur	144
Pathologies principales	145
<i>Chez l'enfant et l'adolescent, 145 • Chez l'adulte, 147 • Chez la personne âgée, 150</i>	
Tests et épreuves	151
<i>Coordinations faciales, 151 • Coordinations manuelles et digitales, 151 • Coordinations et dissociations, 152 • Équilibration, 153</i>	

<b>12. Graphomotricité</b>	155
Au début était la graphologie	156
Graphothérapie	157
Graphomotricité	159
Rééducation du graphisme par les autres professionnels de santé	162
<i>Ergothérapeutes, 163 • Orthophonistes, 163</i>	
Et les psychomotriciens ?	163
Trouble du graphisme ou dysgraphie ?	164
Trouble de l'apprentissage de la graphomotricité (TAG)	165
Bilan graphomoteur	166
Limites du bilan graphomoteur	167
<b>13. Fonctions supérieures</b>	169
Que sont les fonctions supérieures ?	169
Attention	170
<i>Les différentes formes de l'attention, 170 • Tests et épreuves, 172</i>	
Mémoire	172
<i>La mémoire, les mémoires, 172 • Tests et épreuves, 173</i>	
Fonctions exécutives	173
<i>Définitions, 173 • Tests et épreuves, 174</i>	
Fonctions instrumentales	175
<i>Définitions, 175 • Tests et épreuves, 175</i>	
<b>14. Pathologies</b>	177
PNDS, LAP et ALD : késako ?	178

Pathologies du tout-petit	178
<i>Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), 178 • Bébé secoué, 179 • Rappels développementaux, 179</i>	
Pathologies de l'enfant	180
<i>Maltraitance de l'enfant, 180 • Sclérose en plaques de l'enfant, 181 • Scoliose, 181 • Surdité de l'enfant, 182 • Trouble du spectre autistique (TSA), 182 • Haut potentiel intellectuel (HPI), 182 • D�ficiance intellectuelle, 183 • Troubles psychiatriques ou maladies mentales, 183 • Pathologies « dys », 184 • Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), 185 • Microdélétion du locus 22q11, 185</i>	
Pathologies de l'adolescent	185
Pathologies de l'adulte	186
<i>Troubles du spectre de l'autisme, 186 • Trouble bipolaire, 187 • Accident vasculaire cérébral (AVC), 187 • Cancer primitif du système nerveux central de l'adulte, 188 • �pilepsies graves, 188 • Drépanocytose, 188 • Hémophilies, 188 • Pathologies chroniques chez l'adulte, 189 • Gestion de la douleur, 190 • Pathologies de l'adulte à résonnance psychosociale, 194</i>	
Pathologies de la personne âgée	196
<i>Démences, 196 • Différentes formes de dépression, 196 • Syndrome post-chute, 196 • Troubles psychiatriques divers, 197 • Douleur, 197 • Maladie de Parkinson, 197</i>	
<b>15. Présentation du bilan</b>	199
Clinique du bilan	200
Andragogie du bilan	200

Éthique du bilan	201
Transcription du bilan	202
Bilan en institution	203
Alliance thérapeutique	204
Clarté du bilan	207
<i>Réflexions pour un modèle de bilan, 207 • Présentation du bilan psychomoteur : éléments formels, 207 • Trame rédactionnelle, 210 • Outil rédactionnels, 211 • Mise en page, 211 • Construction du modèle de base, 212</i>	
Aspects technologiques	213
<i>La richesse de la psychomotricité, 214 • Trame informatisée, 221</i>	
<b>16. Les tests : fiches techniques</b>	<b>225</b>
Commercialisation	225
Batteries de tests	225
<i>ADOS II, 226 • BL-R, 229 • DF-Mot, 234 • EGP, 236 • NEPSY 2, 240 • NP-MOT, 243 • PEP-3, 246</i>	
Tests	249
<i>Agostini (trajets au sol d'), 249 • Auzias : test de latéralité, 251 • Appariement d'images, 253 • Bâtonnets, 256 • Bender, 259 • Bonhomme (dessin du) selon Goodenough, 263 • Bonhomme (dessin du) selon Royer, 265 • BHK, 268 • BHK Ado, 272 • Corsi (Blocs de), 274 • Daurat-Meljak : Épreuve de schéma corporel-révisée, 276 • D2-R, 278 • Dunn (profil de), 281 • Figure de Rey A, 285 • Figure de Rey B, 290 • Horloge, 293 • Test des labyrinthes (Laby 5-12 ans), 296 • M-ABC, 299 • M-ABC 2, 301 • MMSE, 306 • Santucci, 308 • Tinetti, 311 • TUG : Timed</i>	

*Up and Go test, 313 • Piaget-Head, 315 • Stroop, 318 • Tour de Londres, 320 • 15 mots de Rey ou RAVLT, 322 • 5 mots de Dubois, 324*

Conclusion. Ouverture sur les médiations	327
Bibliographie	331
Annexe	335
Annexe 1 : Programme de formation au DE de psychomotricien	336
Annexe 2 : Liste des établissements de pratique de la psychomotricité	337
Annexe 3 : Construction du dossier de consultation clinique	342
Annexe 4 : Modèle de bilan	345
Annexe 5 : Liste du matériel de passation des tests	359



## ■ REMERCIEMENTS

La préoccupation de cet ouvrage est de porter une conviction de l'intérêt du bilan psychomoteur pour la connaissance et la reconnaissance de la profession de psychomotricien. Cette nécessité s'appuie à la fois sur la densité des certitudes que je porte sur les perspectives pour le métier, mais aussi pioche dans l'ancrage multiple des apports d'une psychomotricité contemporaine.

Merci à toutes celles et tous ceux qui font la psychomotricité et qui l'animent de façon aussi diverse et continue et puissent-elles (ils) y trouver de quoi produire un bilan satisfaisant sur de nombreux plans.

Cet ouvrage n'aurait pas pu voir le jour sans le soutien de mes collègues et ami.e.s, que je souhaite remercier : Alexis, Alicia, Aurélie, Aurélien, Anne-Claire, Camille, Chloé, Éloïse, Éric, Estelle, Fanny, Florence, Franck, Françoise, Frédérique, Gaëlle, Isabelle, Justine, Léa, Manon, Marie, Mélie, Ninon, Orlane, Séverine, Valérie.





■ CHAPITRE 1

# Quel avenir pour la psychomotricité ?

Cette question est ambitieuse et, assurément, sa réponse ne peut être ni monolithique ni absolue. Sa relativité tient à la nature même de la vie dont la complexité et l'évolutivité sont hors d'atteinte pour la pensée humaine. Tout au plus pouvons-nous croire y accéder en osant penser d'une façon globale et multifocale. Ceci répond à ma première objection quant à vouloir répondre à la question du titre : la psychomotricité, comme la vie, n'est pas monolithique. Ce n'est pas un bloc de pierre unique et d'un seul tenant mais une planète de concrétions et de matière qu'il nous est ardu d'appréhender. Faisons le choix de nous arrêter sur la psychomotricité plutôt que la vie afin de ne pas déborder de notre thème.

## *UN CORPS PROFESSIONNEL EN CONSTRUCTION*

Considérons donc la psychomotricité comme un agrégat de matériaux au sens de pensées, vues de l'esprit, qui permettent de concevoir d'une façon que nous allons définir un objet d'apparence simple : le corps. En effet, tout être humain est constitué d'un corps ; toutefois ce fait n'est pas une évidence conceptuelle. Il apparaît à l'observateur que cet objet n'est pas

si simple. D'ailleurs, le corps peut-il être à la fois objet et sujet ? Ou, pour le formuler autrement, problème et solution ? Descartes y répondait par son *cogito ergo sum*. Pour lui, le corps est un sujet en premier en reléguant sa matière au second plan. Or, le fond de notre problème est bien cette réalité du corps. Il s'agit alors de l'observer attentivement, d'en percevoir au mieux la forme comme l'ont fait les phénoménologues à l'image de Merleau-Ponty dans la *Phénoménologie de la perception* en affirmant que « toute conscience est conscience perceptive ». De plus, il semble nécessaire d'ajuster la profondeur de champ, la focale de l'observation pour affiner son analyse.

Prenons l'exemple du Tao, connu généralement sous le principe du Yin et du Yang. Ce principe d'intrication réciproque de valeurs antagonistes ne prend de sens que si nous sommes à une distance nécessaire et suffisante pour l'observer. En effet, à y regarder de très près, nous ne percevons qu'une seule couleur, nous faisant perdre la valeur du système dans sa totalité. Pour le reste, selon l'angle et le lieu d'observation, une composante (ici, noire ou blanche), prendra le dessus sur l'impression générale. De ce précepte dont les Orientaux ont tiré une grande philosophie de vie, il convient de tirer un enseignement, même minime. N'oublions pas de prendre du recul, voire faire un pas de côté, afin de s'assurer une compréhension optimale du système qui nous constitue. Ce système central qu'est le corps de l'humain a donc été décrit longuement dans l'histoire, avec des focalisations très différentes. Chacune et chacun ont tenté de tracer les contours d'un édifice constitué de multiples éléments, pas toujours perceptibles au premier abord. Je serai tenté ici de vous rappeler la métaphore des bâtisseurs de cathédrale/tailleurs de pierre de Charles Péguy :

« Trois tailleurs de pierre travaillent sur un chantier. Quelqu'un passant par là leur demande ce qu'ils font. "Je taille des pierres", soupire le premier. "Je construis un mur", répond le deuxième. "Je bâtis une cathédrale", se glorifie le dernier. »

De cette allégorie, nous pouvons avoir l'espoir de saisir ce qu'est le corps, mais aussi d'accéder au champ incroyable de diversité et d'épanouissement qu'est la psychomotricité. En effet, notre société post-moderne exacerbe la mise en relief d'un corps modifié, chosifié, dont les conséquences semblent infiniment graves. Du fait des répercussions de la Seconde Guerre mondiale sur le plan social, la perception du corps a changé. Le traitement de ses troubles aussi. Accompagnant cet avènement, de multiples thérapeutiques ont vu le jour.

À l'aide des définitions de termes comme « métier », « profession » ou encore « discipline », nous pouvons comprendre la constitution d'un corps professionnel ancré dans la société, dans les hôpitaux, dans de nombreuses structures ainsi qu'en exercice libéral (voir annexe 2). Cette construction, étape par étape, a permis de poser des fondements, des fondations fortes et utiles. À ce titre, je tiens à souligner l'importance et la pertinence des travaux de l'École française de psychomotricité. En effet, riche de la discipline induite par les travaux de grands précurseurs comme Griesinger ou Guillarmé, l'équipe de Giselle Soubiran a su faire d'une intuition clinique un métier solide. Ce parti pris, celui de démontrer par l'exercice professionnel passionné dans le champ de la santé, était salutaire. Cela ne renie en rien la composante pédagogique de la psychomotricité des débuts mais montre comment cette orientation a permis de pérenniser un métier riche et varié. Cette richesse s'appuie sur une fortune intellectuelle de l'époque après-guerre ayant favorisé les brassages autant que sur une réelle nécessité pour le soin de la population française.

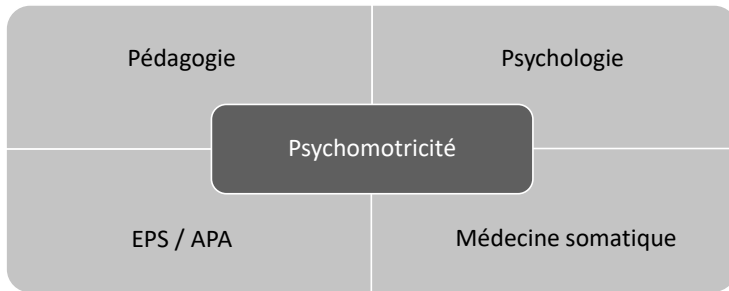
## *DES FONDATIONS CONCEPTUELLES*

Enrichi de ces considérations, j'aimerais soumettre une conception du socle théorique de la psychomotricité, permettant de comprendre les différentes trajectoires de sa reconnaissance. Ainsi, en changeant de visée

et d'axe de construction, nous pouvons assimiler la pertinence de chaque pilier par rapport aux trois autres.

*Tableau 1.1. Carré conceptuel de la psychomotricité*

	Sociétal ou ordinaire	Médical ou pathologique
Esprit	Pédagogie/andragogie	Psychologie
Corps	EPS, travaux manuels	Médecine « somatique »



*Figure 1.1. Fondement épistémologique de la psychomotricité*

Dans la première colonne, je sépare « mécaniquement » le corps de l'esprit comme ont pu le faire de nombreux philosophes avant d'arriver à la conception holistique du corps depuis quelques siècles et particulièrement depuis les dernières décennies. Sur la première ligne, nous trouvons une séparation tout aussi mécanique entre la société civile, le regard sociétal et l'aspect médical de la considération de l'humain. En effet, cela diffère selon qu'on la considère saine et normale ou dans son aspect d'écart à la norme, malade.

## LES AXES DE DESCRIPTION

Le dualisme corps-esprit, issu de Descartes, nous permet de comprendre certains phénomènes historiques. Ainsi la psychiatrie s'est séparée de la médecine somatique depuis plus d'un siècle et ne répond clairement pas aux mêmes critères diagnostiques. Nous pouvons même remarquer que la critériologie en psychiatrie est teintée de la conception sociale, explicitant l'existence du DSM-5 pour le continent américain et la CIM-11 pour le continent européen. Le refus de la politique asilaire à l'œuvre actuellement ne doit pas cacher le malaise de la population face au handicap psychique, dont l'absence de justification somatique est une des explications. La psychomotricité est bien issue de ce terreau. Considérant l'œuvre du Pr De Ajuriaguerra, il nous faut garder à l'esprit qu'à l'époque, la psychomotricité considérait essentiellement l'être en devenir, *l'infans*.

Dans la même lignée d'analyse verticale de mon tableau, les activités d'enseignement « nobles » et l'enseignement des activités liées au corps sont nettement séparés. De fait, nous voyons bien comment l'enseignement général revendique son « pré carré » et peine à laisser l'enseignement technologique arriver au même niveau de valorisation pour le grand public. De même, l'enseignement de l'EPS au cœur même de la filière générale souffre d'une mise à l'écart récurrente. Considérant ce clivage, la psychomotricité pouvait sembler un médium intéressant entre le corps et l'esprit. Ainsi, dans les années 1970 le parcours de l'élève pouvait croiser celui du patient dans les GAPP et les RASED, dont le démantèlement est en cours suivant la loi du 11 février 2005. Cette loi vise à l'intégration scolaire de l'enfant en situation de handicap. Cette inscription du pédagogique comme soubassement essentiel de la psychomotricité pourrait sembler opportun du fait de sa largeur (tous les enfants sont concernés). Toutefois, l'expérience française montre que cette inscription *princeps* ne fonctionne pas. L'École française de

psychomotricité a su comprendre cela en son temps utilement. Malheureusement, tous n'ont pas appris de ce constat. Ainsi, nos amis belges paient à ce jour la volonté de laisser la psychomotricité dans le champ pédagogique en voyant le ministère de la Santé fédéral belge refuser la reconnaissance du métier de psychomotricien comme un exercice professionnel indépendant de toute autre profession de santé. Cela ne reste donc à ce jour qu'une spécialité d'un autre métier paramédical (kinésithérapeute, logopède).

Suivant une lecture horizontale de mon tableau, nous pouvons considérer l'axe d'analyse à partir de l'esprit. Partant de la psychopathologie à l'enseignement général en passant par les troubles de l'apprentissage, la psychomotricité trouve toute sa place en instituant le corps comme ciment de la pensée.

Sur la dernière ligne, les sensations, perceptions, conceptualisations et l'imagination permettent de penser le corps toujours plus loin, plus haut, plus fort lorsque le soin est complet. L'axe du corps nous autorise à *panser* les interactions corps-esprit comme a pu le faire initialement la psychosomatique, théorie développée par Sami-Ali.

## LE SOIN PSYCHOMOTEUR

Nous pouvons avancer sur la conception de la psychomotricité en développant ses apports concrets en termes de soin psychomoteur (voir figure 1.2 ci-après).

Le soin psychomoteur est un soin de soi, de son identité à travers le corps en contexte.

Le soin est relatif à la santé. Corrélativement à la définition de l'OMS (Organisation mondiale de la Santé), la santé se définit comme un état de bien-être complet, comprenant l'état physique, mental, social, environnemental. La santé n'est donc pas seulement le fait de ne pas être malade ou de ne pas être atteint d'une infirmité. C'est une notion relative,

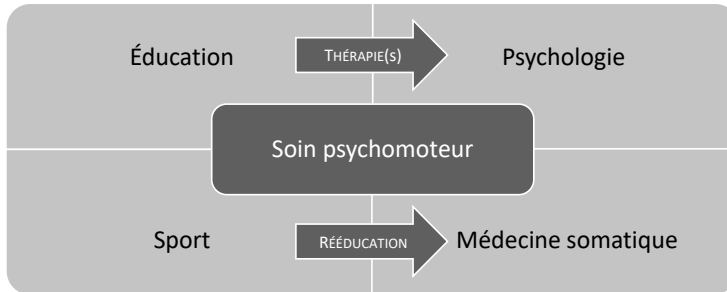


Figure 1.2. Fondements du soin psychomoteur

ressentie par chaque individu, permettant d'accéder à une conception globale d'accès au bien-être. Aucune mesure réelle ne peut mesurer la santé, puisque la santé est le fait de satisfaire tous ses besoins (affectifs, nutritionnels, relationnels, sanitaires...).

Nous pouvons faire le constat que, même si la mise en place de thérapeutiques comme des protocoles de rééducation sont spécifiques, le soin ne présuppose pas d'outils spécifiques. Considérant ce clivage, dans le cadre de l'amélioration globale de l'état du patient, nous pouvons nous appuyer sur Jung qui sépare la connaissance de la compréhension. Ceci s'applique à la notion de maladie/pathologie permettant de placer la rééducation du côté de la connaissance et donc de l'objectif, cognitif, quantitatif, généralisé et froid tandis que la thérapie pourrait se placer du côté de la compréhension et donc du subjectif, psychodynamique, qualitatif, individualisé et chaleureux. Mais maintenir ce clivage paraît bien artificiel et suranné quand les nouvelles orientations de soin nous invitent à nous pencher vers la question de l'éducation thérapeutique ou de la stimulation (psychomotrice ?). Le canevas de soin s'appuie sur différents fils que pourraient être la rééducation, la thérapie mais pas seulement. Une trame de soin, un tissage relationnel est nécessaire.

Le soin est donc la prise en compte de chaque conception – opposée – sans oublier l’autre afin de proposer une amélioration significative et porteuse de sens pour le patient qui lui assurera un complet bien-être, sur les aspects sanitaires du corps et de l’âme. Ajoutons que les soins de confort peuvent s’opposer à la notion de maladie/pathologie.

Afin de ne pas rester sur une conception dualiste, il paraît utile de (re-)découvrir le concept de care. Il est défini par Yeates en 2004 comme tel : « *custodial or maintenance help or services, rendered for the well-being of individuals who cannot perform such activities themselves, typically ill, disabled, elderly and young people* ». Cette définition veut exprimer le fait que ce sont des activités traditionnellement réservées à la bienveillance, elle-même définie par A. R. Hochschild (2000). Le concept sous-jacent de *care* permet de concevoir l’amélioration de l’état de santé comme un processus. La notion de mieux-être s’appuie sur ce prérequis évolutif.

En sortant donc du clivage dépassé autour de la rééducation psychomotrice ou de la thérapie psychomotrice, nous pouvons assimiler des conceptions passées ou à venir comme l’éducation psychomotrice ou bien encore la stimulation psychomotrice et intégrer des notions aussi variées que l’éducation thérapeutique ou l’écologie numérique dans la prise en soins psychomotrice de chaque patient. Il est à noter que la prise en soins permet de sortir de la terminologie de la prise en charge, symboliquement lourde.

L’éducation passe de la pédagogie vers l’andragogie en concevant l’apprentissage des enfants vers les adultes (voir figure 1.3 ci-après).

Le sport dans sa pratique passe de l’EPS (éducation physique et sportive) à l’APA (activité physique adaptée) dans sa dimension de pratique curative pour l’adulte.

Le métier de psychomotricien en France s’est construit avec la « gym » et l’éducation (la pédagogie) en partant du développement de l’enfant. L’appui s’est fait sur les aspects médicaux du traitement des troubles du développement psychomoteur, faisant fi du clivage entre la médecine du corps, dite somatique ou « noble », et la « médecine de l’esprit »



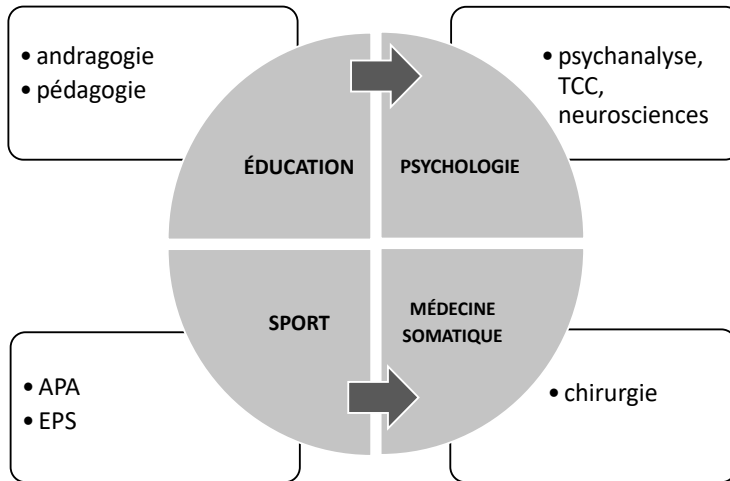


Figure 1.3. Architecture de la psychomotricité

prise dans la psychologie. La psychologie, considérée comme une discipline, intègre la psychiatrie, les différentes formes de la psychologie comme la psychanalyse, les thérapies cognitivo-comportementales et plus récemment les neurosciences.

Cette « médecine de l'esprit » est le fondement – concomitant à la naissance de la psychomotricité – de la pédopsychiatrie. Ceci n'est assurément pas un hasard.

Le lien entre chaque élément des graphiques précédents se fait par une réflexion plus générale, plus distanciée aussi, que l'on pourrait nommer *philosophie* de manière générale. Pourtant, il semble judicieux de préciser quelle branche de la philosophie est ainsi convoquée. En nous appuyant sur l'histoire du concept psychomoteur comme de mes expériences tant intellectuelles que sensorimotrices et cliniques, la phénoménologie semble être le lien le plus vrai entre toutes ces composantes, aidant à forger la réalité du soin psychomoteur comme concept disciplinaire.

Ce carré conceptuel est un instantané, un moment figé et donc faussé, de la réalité en perpétuel mouvement que propose la psychomotricité dans notre société hypermoderne.

Une fois ces fondations posées et acceptées, espérons que cette édification conceptuelle nous permette d'entrevoir les possibilités d'extension. En effet, nous pouvons toujours pousser plus haut l'élévation du bâtiment « psychomotricité » avec des fondations solides. Ceci nécessite un réaménagement constant mais c'est une caractéristique que le clinicien se doit de ne pas rejeter afin de s'adapter chaque instant à son patient, lui-même pris dans la société.



*Post-it*

### **Le coin de l'expert**

« Le Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR) est l'annexe III de l'arrêté du 23 décembre 2016 (NOR AFSH1638457A publié au JO le 5 janvier 2017) relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite et de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Il remplace le Bulletin officiel 2016/3 bis. Le CSARR est applicable depuis le 2 juillet 2013. »

Le premier cadre est celui de l'exercice professionnel. En cela, avoir une nomenclature d'actes est essentielle. Par exemple, la nouvelle version du Catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation aux actes de rééducation a été publiée dans le Bulletin officiel en avril 2017 (dernière mise à jour en avril 2020).

Ce catalogue est à destination de la description et du codage des actes des professionnels travaillant en SSR (service de soins de suite et de réadaptation) afin de surseoir aux obligations réglementaires du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'informatisation). Il décrit tous les actes, sauf ceux exclusivement médicaux, décrits dans la CCAM

(Classification commune des actes médicaux). Il comporte deux parties interdépendantes.

La liste des 61 experts (sans compter l'équipe d'encadrement) fait ressortir la présence d'un seul psychomotricien alors que les autres paramédicaux étaient bien représentés (par exemple, six ergothérapeutes). La liste et le descriptif du codage sont complexes et minutieux (bien qu'essentiels !). Ce guide de lecture et de codage représente une soixantaine de pages, préliminaires indispensables à de nombreuses fiches techniques. Nous retrouvons notamment dans ces fiches quelques intitulés évocateurs, comme les actes d'évaluation à visée de diagnostic (initiale, intermédiaire ou finale) ou encore des actes de prise en charge à visée thérapeutique et de synthèse des fonctions psychomotrices. Nous trouvons aussi différents types de séance aux intitulés incluant une fonction psychomotrice.

Il convient donc de constater que ce descriptif est le blanc-seing de l'exercice professionnel dans tous les SSR de France. La présence de psychomotricien(s) dans le groupe de travail comme des termes rattachés (psychomotrice ou graphomotrice) dans les intitulés permet à notre profession de consolider par la législation notre enracinement clinique. Si ce catalogue peut sembler une cangue pour certains, il n'en reste pas moins nécessaire et indispensable d'y inscrire l'activité des psychomotriciens pour ne pas se retrouver au ban de notre société... Société civile qui n'est pas composée que de professionnels de la santé, même en considérant les contributions en faveur de la santé aux populations. En effet, l'activité physique et sportive retrouve actuellement ses lettres de noblesse avec les APA (activités physiques adaptées).



### **Le saviez-vous ?**

Actuellement, dans le code de la santé publique, plusieurs articles mentionnent la nécessité de développer les activités physiques adaptées comme l'article L. 1172-1 : « Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une ALD (affection de longue





durée), le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. » Il est à noter que cette pratique vise à permettre aux personnes souffrant d'une ALD de dépasser certaines limitations dans leur vie quotidienne par le sport. Toutefois, lorsque la pathologie est trop lourde ou trop limitante, l'article D. 1172-3 indique les cas où seuls les professionnels de santé peuvent intervenir.

Historiquement, les professeurs de sport ont été d'un concours indéniable dans l'émergence de pratiques innovantes concernant le corps et sa prise en compte à visée sanitaire. Les aspects gymniques de la correction de troubles par ailleurs rattachés à des aspects (para-)médicaux sont multiples, comme en témoigne la psychomotricité associée au sport comme support pédagogique dans certains pays du nord de l'Europe.

C'est ainsi que l'on peut voir proposer des APA (activités physiques adaptées) à des patients affectés de maladies lourdes et/ou chroniques. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, « l'activité physique peut être pratiquée de différentes façons : la marche, le vélo, le sport et les formes actives de loisirs (par exemple, la danse, le yoga, le tai-chi) ». Cette instance révèle que les niveaux d'activité physique sont influencés par les valeurs culturelles, les personnes handicapées et/ou porteuses de maladies chroniques accèdent moins à des lieux et à des programmes sûres, appropriés et à un coût raisonnable.

Or, l'activité physique permettrait de valider et d'objectiver certaines fonctions de l'évaluation psychomotrice. De plus, l'approche corporelle s'articule avec les médiations thérapeutiques. L'expérience du corps est le cœur même de sa pratique. Cela peut être un atout dans le cadre d'un groupe de sport adapté.

Nous comprenons dès lors que le sésame d'accès à toutes ces pratiques des bonnes recommandations est une évaluation objective et de qualité. Il convient donc d'accepter l'idée de faire un bilan à la hauteur des enjeux de santé publique auxquels la psychomotricité prétend (à juste titre) pouvoir répondre.

De la Barcelone de Gaudí aux gratte-ciel tokyoïtes, des chaumières les plus fantasques aux bâtiments les plus rigoureux, des monuments les plus colorés aux sépultures les plus austères, tous ont en commun de posséder des fondations stables, solides et adaptées au sol.

Voyons un peu comment se construisent les soins en lien avec la psychomotricité autour de nous avant de creuser son histoire...

## LA PSYCHOMOTRICITÉ DANS LE MONDE

### ■ Le modèle français

En France, pour être un psychomotricien (au 1<sup>er</sup> mars 2020), vous devez suivre un cursus de 3 ans, représentant 180 ECTS (*European Credits Transfer System*).

Le nombre de places pour l'entrée en première année d'études préparant pour le diplôme d'État est déterminé chaque année par le ministère de la Santé et en fonction de la demande des établissements de recrutement. En 2020, 1 010 étudiants ont été admis en première année dans treize écoles différentes contre 290 en 1990 dans six écoles.



#### **Le saviez-vous ?**

Le diplôme de psychomotricien est réglementé selon les articles L. 4332-1 à 4 alors que l'exercice professionnel est défini et protégé selon l'article R. 4332 du code de santé publique et reprend les éléments du 88-659 (décret du 6 mai 1988).

### ■ La psychomotricité en Europe : variations réglementaires

Nous allons pouvoir comparer aux autres pays en nous appuyant sur les informations fournies par le site du Forum européen de la psychomotricité : <https://psychomot.org/>.

Dans un souci de concision, nous ne présenterons pas les éléments recensés en Europe. Il importe seulement de comprendre que la psychomotricité s'est développée de façon différente selon la culture de chaque pays. Nous pouvons établir que les différences de conceptions culturelles sont en lien avec la création du métier car relié au concept du corps et de ses représentations. De plus, les différences linguistiques de conception, associées au soubassement culturel, induisent un accès à la loi différent. Les accords de Bologne (1995) justifient la mise en place concrète du système LMD (licence-master-doctorat) pour l'ensemble de l'enseignement supérieur. Les psychomotriciens français ont donc présenté au gouvernement dès 2008 les référentiels métiers, compétence et de formation.

Du fait des frontières législatives, un clivage de reconnaissance s'impose. Cette reconnaissance s'appuie sur trois points : législation, exercice, formation (décomposée en licence et master). Nous constatons que seule la France détient les quatre sésames.

De ces constats découle la nécessité de réingénierie – qui mènera à terme à l'universitarisation – en cours pour la profession de psychomotricien. Elle est achevée pour la majorité des autres rééducateurs, mettant en évidence des disparités de fonctionnement de départ, ce qui complique la comparaison. Toutefois, notre comparaison s'appuie sur les grands travaux passés qui viennent soutenir la mise en place actualisée de l'exercice professionnel dans tous les champs de la société, dont le milieu sanitaire. Il convient de rappeler que le psychomotricien, à ce jour, exerce sur prescription médicale, plaçant le docteur en médecine à une gradation différente. Les professions à plus grands effectifs sont passées en premier sur le plan chronologique. Le constat d'une inégalité de statut a mené le gouvernement à stopper l'ensemble des travaux. La plupart ont fini leur réingénierie sauf les manipulateurs radio, les diététiciens et les psychomotriciens.