

RAPPORT ENQUÊTE MÉTIER

LE MÉTIER DE PSYCHOMOTRICIEN / PSYCHOMOTRICIENNE

Domitille Foucault - Camille Soulier

UV - PH13 Printemps 2021
Responsable : Nicolas Salzmann

SOMMAIRE

Introduction	3
Un métier en plein essor qui considère le patient dans sa globalité	5
1.1. Une approche en rupture avec la tradition de la médecine occidentale	5
L'Histoire du métier et son avenir	5
Des champs d'application de plus en plus étendus, une profession au cœur de la société	6
1.2. Des objectifs techniques et psychologiques	7
Les fonctions du métier	7
Le suivi du patient	10
Travailler le corps et l'esprit : au delà des connaissances théoriques	11
2.1. Les sources de prescription	11
2.2. Points de résistance et l'écart prescrit-réel	12
2.3. Un écart entre la formation et la nécessité réelle du terrain ?	13
2.4. L'approche du travail du corps et de l'esprit : une nouvelle façon de percevoir les corps	13
Travailler avec l'humain, un métier épanouissant mais, aussi, éprouvant	14
3.1. Créer une relation de confiance entre le psychomotricien et le patient	14
3.2. Gérer l'imprévisible	15
3.3. Un travail sur soi	16
3.4. Se faire sa place : un ajustement avec le collectif de travail	17
L'approche du sujet dans sa globalité et la question du diagnostic	17
4.1. Une tension autour du diagnostic	17
4.2. Les conséquences pour le patient	18
La psychomotricienne, une révélatrice de potentiel	19
5.1. Le patient comme véritable acteur de son soin	19
5.2. Un métier de création	20
Conclusion	22
Annexe	23

Introduction

Le métier de psychomotricien(ne) est en pleine expansion. En effet, le nombre de praticiens et praticiennes ne cesse d'augmenter et le recours à la psychomotricité se démocratise pour tous les âges. Les écoles font par exemple de plus en plus appel au psychomotricien pour accompagner des élèves en difficulté¹. Cette pratique participe à l'accompagnement d'un patient et s'inscrit dans un processus de soin global, contribuant alors à l'individuation d'un sujet et à l'amélioration de son bien-être. La psychomotricité peut être utile et nécessaire à plusieurs passages de la vie : du développement de l'enfant à la rééducation d'un patient ayant eu un accident par exemple. La psychomotricité s'inscrit donc dans le secteur de la santé et du social. Cette profession se distingue par une approche du sujet dans sa globalité, c'est-à-dire une approche par l'interrelation entre la psyché, la motricité et les émotions. Elle s'intéresse à la construction de l'identité qui relève à la fois du psychique, de l'environnement et des interactions entre les corps. Cette approche peut permettre d'aborder concrètement avec des patients des problèmes comme l'image du corps, l'acceptation du handicap ou la peur de la chute.

S'intéresser à ce métier, c'est comprendre ses enjeux pour la société et ses spécificités, notamment, qu'est-ce qu'implique le travail avec l'humain ? Qu'est-ce que travailler à la fois le corps et l'esprit ? Notre enquête viendra éclairer les spécificités de ce métier en plein essor. Cela peut se formaliser ainsi :

Étant donné que le psychomotricien est un thérapeute qui doit amener un patient à un état d'équilibre dans son organisation psychomotrice par une prise en charge des troubles au travers différentes techniques lors de séances de rééducation,

Comment assurer le bien-être du patient, diminuer ses troubles, ses problèmes relationnels et ses souffrances psychiques et motrices,

Alors que l'approche du sujet dans sa globalité est complexe et peu répandue dans le milieu de la santé, que la formation ne peut pas apporter toutes les connaissances sur la motricité et sur la psychologie face à l'ambition des objectifs de la profession, et que l'établissement du diagnostic vient générer des tensions autour de la prise en charge du patient ?

Cette enquête métier s'appuie sur des entretiens menés avec deux psychomotriciennes en activité, Marie et Juliette.

Marie est une psychomotricienne de 25 ans. Elle réalise trois jours en centre de rééducation d'une clinique où elle y travaille avec des personnes ayant eu des AVC, un traumatisme crânien, ou des amputés très angoissés, etc. En pédiatrie, elle voit 50 % de bébés. Les deux autres jours elle fait des visites d'hospitalisation à domicile où elle voit des patients avec des handicaps lourds, elle réalise aussi du soin palliatif. Elle a réalisé son stage de fin d'étude en Ehpad et a été par la suite remplaçante dans le libéral pendant deux ans. Elle a choisi ce métier après la terminale car elle voulait travailler en relation directe avec les gens. L'aspect santé et biologie, ainsi que de savoir comment fonctionne le corps humain la motivait. Ce qui l'intéressait

¹ LHERETE Héloïse, *et al.* "Peut-on réparer l'humain", *Sciences humaines*, Avril 2021, N° 335, p. 46-50.

aussi c'était d'avoir un lien important avec la psychologie pour comprendre l'être humain dans sa globalité : le corps et l'esprit. Pour elle cela représentait un juste milieu qui lui correspondait bien, entre un métier tel que celui de kinésithérapeute ayant un aspect plus technique et concret en travaillant sur la rééducation du corps et celui du psychologue qui est lui pour le coup est dans l'abstraction et la psychologie. Nous avons pu réaliser un entretien de 30 minutes puis un autre d'une heure avec elle en distanciel.

Juliette. Cela fait 15 ans que Juliette est psychomotricienne. Actuellement, elle exerce en CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique) où elle prend en charge des enfants de 5 à 18 ans pour une prise en charge d'une durée minimum de deux ans. Ses patients avaient des troubles des apprentissages dus à des psychoses, de l'autisme, des troubles dys. En termes de parcours d'études, elle a commencé par faire une licence en psychologie. Ensuite ayant décidé de ne pas suivre le même parcours d'un proche psychologue, elle devient psychomotricienne. Elle a commencé par travailler trois ans dans un service de psychiatrie puis dans un service spécialisé dans les soins à domicile. Selon elle, travailler la rééducation avec l'aide de la psychologie est réellement important. De même, nous avons pu réaliser un entretien de 30 minutes puis un autre d'une heure avec elle en distanciel. Par la suite, un deuxième entretien d'approfondissement d'une heure a été mené en visio.

Étant donné que nos interviewées étaient des femmes, nous avons fait le choix de rédiger une partie du rapport en utilisant le terme « psychomotricienne » plutôt que psychomotricien. Bien évidemment, ce métier, bien qu'il compte une majorité de femmes, est aussi exercé par des hommes.

1. Un métier en plein essor qui considère le patient dans sa globalité

Il existe 13 000 professionnels dont 90 % sont des femmes. Ils sont répartis comme suit : 24 % en libéral, 26 % en hôpital et les autres en autre salariat. Un psychomotricien est formé en 3 ans et obtient un diplôme d'État de psychomotricien (DEPS)². Souvent, des praticiens peuvent devenir psychomotriciens en reconversion. La profession de psychomotricien est inscrite au livre IV du code de la Santé Publique et dispose du statut d'Auxiliaire de la médecine. L'exercice dans le libéral n'étant pas remboursé, l'installation des indépendants est freinée.

1.1. Une approche en rupture avec la tradition de la médecine occidentale

L'Histoire du métier et son avenir

Depuis l'Antiquité, cette dichotomie du corps et de l'esprit a fait couler beaucoup d'encre quant à leur articulation et a fait réfléchir de nombreux philosophes³.

Lorsque Descartes exprime au XVI^e siècle son « cogito ergo sum », le corps et l'esprit sont alors deux entités bien distinctes. À cette époque-là, la médecine ne connaissait pas encore clairement ce qui se passait à l'intérieur du corps.

En 1850, le médecin Allemand W. Griesinger emploie pour la première fois le mot psychomoteur, il s'oriente vers une physiologie matérialiste. Dix ans après, Émile Dupré explique à la suite de Charcot⁴ qu'il existe une solidarité originelle entre le mouvement et la pensée. Les anomalies psychiques pourraient avoir un lien avec les anomalies motrices.

« Plus on étudie les troubles moteurs chez les sujets psychopathes, plus on acquiert la conviction que les étroites relations qui unissent les anomalies psychiques et les anomalies motrices sont l'expression d'une solidarité originelle et profonde entre le mouvement et la pensée », Émile Dupré.

La discipline naît véritablement après la seconde guerre mondiale lorsqu'une équipe va faire de la recherche en lien avec des médecins et des psychologues. Les travaux seront repris dans la Charte de 1960 qui est une réelle bible de la psychomotricité. Elle décrit notamment qu'après avoir fait un diagnostic, le psycho-motricien doit renforcer ce qui fonctionne déjà chez le patient pour ensuite traiter de ce qui pose problème. Le tiret d'abord utilisé pour parler de la profession marque d'une part la séparation traditionnelle entre le corps et l'esprit, et d'autre part les rassemble. Des découvertes se font sur le rôle du tonus et de la plasticité cérébrale. De plus, le développement de l'enfant est au cœur de la recherche. Winicott théorise l'importance de

² POTEL-BARANES Catherine. *Être psychomotricien*. Eres édition, Toulouse, 2019.

³ BALLOUARD Christian. "Les fondements historiques de la psychomotricité", *Contraste*, 2008, n° 28-29, p. 17-26.

⁴ FAUCHE Serge. "Les paradigmes de la psychomotricité". *Revue française de pédagogie*, 1994, pp. 97-107.

l'environnement pour la construction de l'enfant. On comprend aussi à ce moment-là qu'un enfant privé de l'affection est en danger.

En 1970, la Fédération Française de la psychomotricité est créée, en parallèle la psychomotricité éclot à l'étranger. Quatre ans après des combats difficiles auprès des ministères et des professions voisines (kinésithérapeutes), un diplôme d'État est créé. Cette profession est enfin reconnue comme indispensable au sein du dispositif de santé français.

Depuis les années 1970, la profession n'a cessé d'évoluer. De nombreux textes officiels sont venus préciser les conditions d'exercice professionnel, le contenu des études, et le niveau de compétences. Désormais elle est reconnue au même titre que les orthophonistes et les kinésithérapeutes. Alors qu'avant elle était plutôt concentrée sur la rééducation de l'enfant en difficulté d'apprentissage, maintenant elle s'étend à tous les âges de la vie. Elle devient un réel phénomène social. Une explosion du nombre d'emplois en psychomotricité se fait ressentir en France, de plus le ministère de la santé a augmenté le quota de 50 % de certaines écoles. L'avenir de la profession s'annonce plutôt radieux.

Des champs d'application de plus en plus étendus, une profession au cœur de la société

Le psychomotricien prend en charge des enfants en échec scolaire. Il faut savoir que 10 % à 15 % de la population française ne maîtrise pas suffisamment la lecture, ni l'écriture. Le praticien a un rôle d'accompagnement du corps professoral et de conseiller.

Le psychomotricien prend en charge des personnes avec des pathologies dégénératives liées à l'âge. Le nombre de patients malades de l'Alzheimer augmente de 20 % par an suite au vieillissement de la population. La psychomotricité permet un retardement des symptômes.

La recherche permanente de la réduction du temps de travail, la course à la rentabilité exige une thérapie pour faire face au stress. Cette profession répond bien aussi au slogan de son temps : « être bien dans sa peau ». Le psychomotricien rattrape aussi les pots cassés qu'entraînent les progrès technologiques. Les nouvelles conditions de travail, notamment l'utilisation du clavier, ont modifié la coordination « visio et idéomotrice » de l'écriture. De plus, les psychomotriciens se retrouvent face à des patients pour qui les moyens de communication modernes ont entraîné un nombre réduit d'échanges interpersonnels. Les séances de psychomotricité sont un espace où les nouvelles technologies sont absentes. Il est arrivé que l'une de nos psychomotriciennes interviewées ait recours à un jeu vidéo auquel jouait son patient pour mieux rentrer dans son univers mais cela reste rare. Pour ainsi dire, la technologie a faiblement envahi ce secteur. Le psychomotricien l'utilise uniquement pour rédiger ses bilans, envoyer des comptes rendus à la famille. On peut noter qu'un des centres où travaillait une de nos psychomotriciennes avait mis en place un logiciel de gestion médicale mais qu'il était très difficile à prendre en main, lent et que l'équipe était réticente à l'utiliser⁵.

⁵ HERMAND Gerard. "La psychomotricité dans le monde. Origines, évolutions, actualités et perspectives", *Contraste* 2008, n° 28-29, p. 27-40.

Récemment une lettre écrite par des étudiants et des psychomotriciens professionnels de différentes associations a été adressée au ministre de la santé Olivier Véran⁶. Elle décrit le mécontentement quant à la non citation de la psychomotricité dans la reprise de la réingénierie de plusieurs professions de santé⁷. Ce processus avait été mis en suspens depuis 2010 pour des raisons économiques. Cette réingénierie viserait d'une part une meilleure adaptation de la formation aux besoins de la population et d'autre part la mise en place d'un grade Master. Certains psychomotriciens ont peur que cela attire davantage de jeunes qui n'ont pas réussi médecine et que cela change en somme la formation en elle-même. Une de nos psychomotriciennes précisait : « Pour ce métier, il faut avoir le cœur accroché. Ce n'est pas juste jouer. »

1.2. Des objectifs techniques et psychologiques

Les fonctions du métier

Suite à nos échanges et discussions avec les deux psychomotriciennes, nous avons résumé à travers deux schémas le déroulement de la prise en charge d'un patient.

Lors de la première rencontre, c'est l'anamnèse, c'est-à-dire, un état des lieux. Le psychomotricien doit effectuer un bilan psychomoteur qui lui est prescrit par le médecin. Dans la réalité, le rééducateur adapte ces tests standardisés en fonction du patient, notamment grâce à une grille d'âge étalonnée. Ensuite ce sera au praticien d'organiser son plan de rééducation avec les médiations qu'il trouve pertinentes pour son patient en fonction de sa singularité notamment en termes de pathologie. Le premier visuel ci-dessous (Figure 1) permet de comprendre comment le patient se présente au début du suivi dans la rencontre avec le praticien et comment il sort d'une rééducation.

⁶ AFEP, AFPL, ANEP, CEDIFP, FFP, SNUP, Lettre à l'attention du ministre Olivier Véran, Paris, 24 juillet 2020.

⁷ ANONYME. *Fédération Française des Psychomotriciens*. [En ligne]. Disponible sur : <https://fedepsychomot.com/principales-actions-entreprises-en-cours/etudes/> (consulté le 03/04/21)

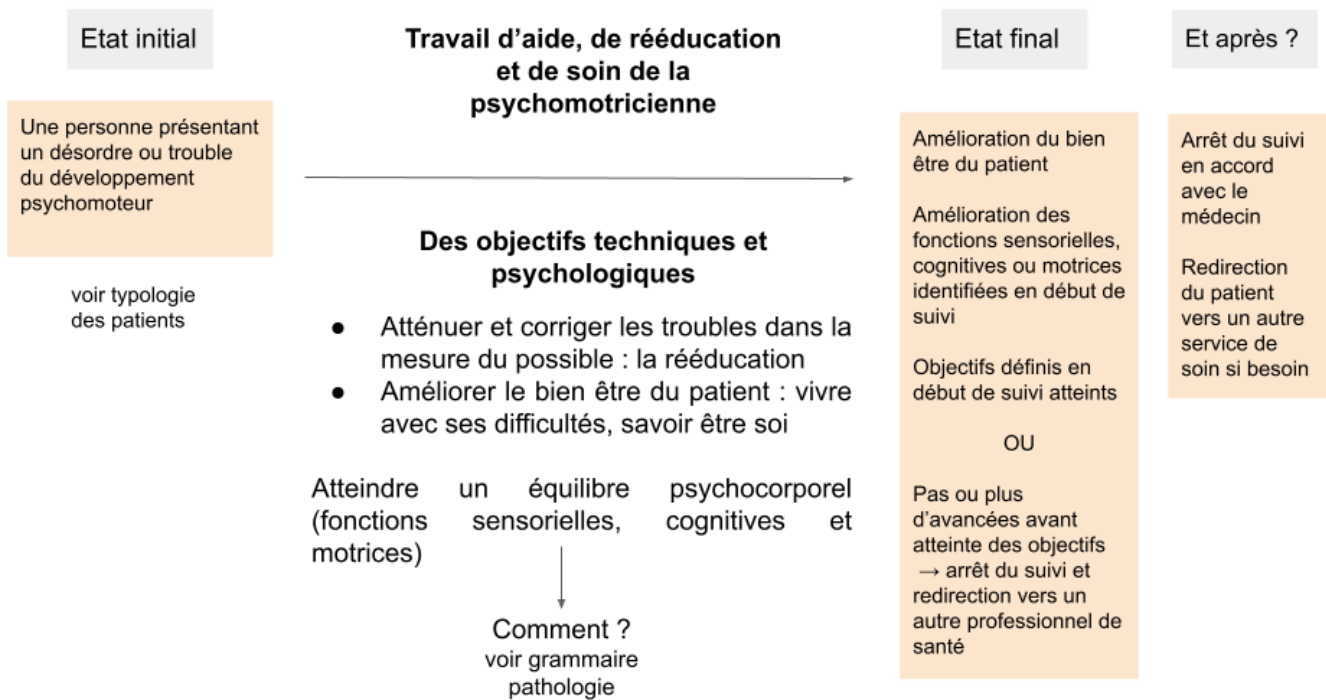


Figure 1 : Avant-après l'intervention de la psychomotricienne

On identifie deux fonctions principales du travail de la psychomotricienne :

- Un axe rééducatif : la psychomotricienne doit permettre au patient l'atténuation et/ou la correction de ses troubles psychomoteurs ;
- Un axe thérapeutique : la psychomotricienne doit permettre au patient d'atteindre un meilleur bien-être.

Ces deux fonctions permettent au patient d'atteindre un meilleur équilibre psychocorporel. Ces deux objectifs à la fois techniques et psychologiques traduisent l'approche particulière de la psychomotricité en ce qu'elle aborde un sujet dans sa globalité : son identité relève à la fois du corps et de l'esprit. Les troubles pouvant nécessiter une prise en charge en psychomotricité sont détaillés ci-dessous (Figure 2).

<p>Troubles neurodéveloppementaux (TND) : → perturbation du développement cognitif ou affectif de l'enfant qui entraîne un retentissement important sur le fonctionnement adaptatif scolaire, social et familial</p>	<p>Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH)</p> <p>Troubles spécifiques du langage et des apprentissages regroupant les troubles en DYS : dyslexie, dysphasie, dyspraxie, dyscalculie, etc.</p> <p>Troubles du spectre de l'autisme (TSA)</p> <p>Les troubles de la régulation tonico-émotionnelle</p> <p>Troubles liés à la précocité ou à la dyssynchronie</p> <p>Le retard global de développement psychomoteur</p>
<p>Atteintes neurologiques</p>	<p>Épilepsie, malformations cérébrales, ataxie cérébelleuse, paralysie cérébrale, maladie d'Alzheimer, après un AVC, etc. → intervenir lors de séquelles motrices touchant les coordinations générales comme la marche, l'équilibre ou les coordinations manuelles</p>
<p>Handicap</p>	<p>Handicaps moteurs, psychiques et mentaux</p>

Figure 2 : Typologie des patients

Il existe donc une grande diversité de troubles pouvant être à l'origine d'un suivi en psychomotricité.

Le suivi du patient

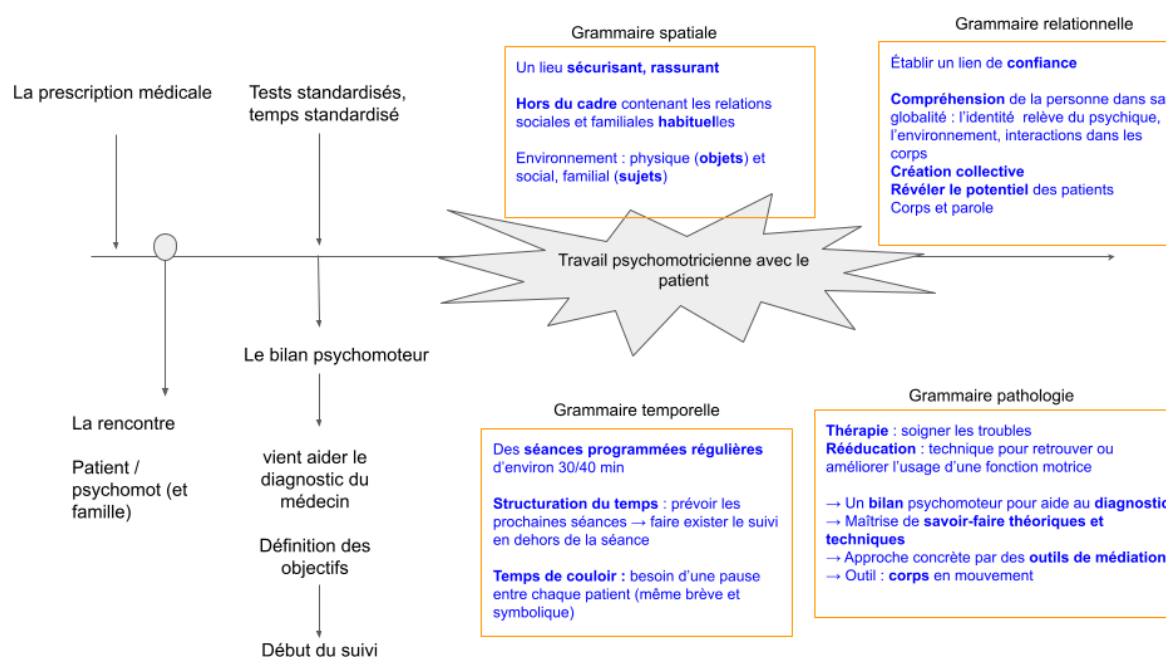


Figure 3 : Représentation du déroulement de la prise en charge du patient

Un bilan psychomoteur prescrit par un médecin est réalisé par la psychomotricienne. La prescription est suivie de la rencontre entre le patient et la psychomotricienne avant d'effectuer le bilan à partir de tests standardisés. Ce bilan va permettre de définir des objectifs avant le début du suivi. Il sera un appui dans l'établissement du diagnostic du patient par le médecin.

Dans un centre de rééducation, l'emploi du temps est très chargé. Les prises en charge peuvent être toutes les demi-heures. Les médiations choisies par le rééducateur dépendent de la sensibilité du patient et de l'aisance du praticien à les mettre en œuvre. Il peut choisir de passer par des séances de sport, de yoga, de théâtre, de jeu. Prenons l'exemple du jeu qui joue dans la relation du psychisme et du corps. Grâce à un jeu, on peut travailler la confiance en soi, l'estime de soi en apprenant à gérer ses frustrations. Avec le jeu du puissance 4, les praticiens peuvent à la fois travailler la motricité fine pour rééduquer une personne ayant eu un AVC et pour un autre patient l'orientation spatiale. Le praticien oriente le jeu en fonction de ses objectifs dans la rééducation. Une de nos interviewés expliquait qu'elle faisait : "des choses qui ont du sens, qui parlent aux patients". Pour les personnes âgées, il peut choisir de faire du pliage de linge, des mots croisés ou fléchés. Dans la plupart des prises en charge, le praticien travaille en entonnoir, c'est-à-dire qu'il travaille globalement différents points à rééduquer pour arriver ensuite au point à rééduquer voulu.

Enfin, il est difficile de « savoir à quel moment on les lâche » comme nous le rapportait une de nos interviewés. Le suivi s'arrête lorsque les objectifs sont atteints, parfois la personne n'évolue plus dans la rééducation. Le praticien peut avoir aussi l'impression qu'il reste toujours quelque chose à faire mais s'il pense qu'il pourra apprendre à vivre avec ses difficultés, qu'il a de l'estime pour

lui-même et qu'il croit en lui pour aller plus loin. Il arrive que les patients soient envoyés dans un groupe avec plusieurs personnes en rééducation pour la transition.

Pour compléter ce premier visuel, nous avons réalisé un FAST présentant les fonctions du métier de psychomotricien(ne) afin de réaliser les objectifs de son métier (voir annexe 2). Une partie du métier de psychomotricien(ne) ne se voit pas dans la séance de rééducation. En effet, le psychomotricien doit rédiger des bilans, se renseigner sur le dossier médical et réfléchir à des idées pour un potentiel plan de rééducation.

2. Travailler le corps et l'esprit : au-delà des connaissances théoriques

2.1. Les sources de prescription

Le travail à la fois du corps et de l'esprit est source d'écart entre la prescription et le travail effectif de la psychomotricienne. Les sources de prescription sont les suivantes :

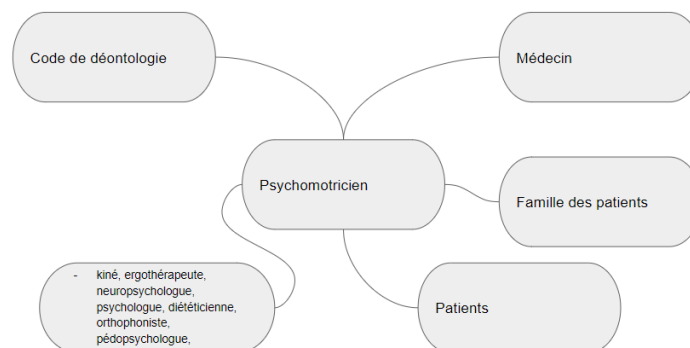


Figure 4 : Schématisation des sources de prescription

Au niveau national (lois, instances professionnelles) :

- Le code de déontologie prescrit au psychomotricien d'exercer en respectant certains droits et devoirs définis

Par exemple : Il doit noter la date et la durée des séances de soins, décrire l'activité thérapeutique et relève les particularités qu'il a observées. La documentation sur la thérapie regroupe tous les dossiers relatifs au cas (diagnostics, bilans, rapports, correspondance, mémos, etc.).

Au niveau du centre de rééducation

-Le médecin prescrit à la psychomotricienne de réaliser la rééducation du patient avec ses compétences spécifiques (aux côtés de d'autres rééducateurs) suite à un diagnostic

Au niveau de l'individu :

- La psychomotricienne s'auto-prescrit d'accompagner à sa façon les patients à travers leur rééducation (être à l'écoute, moduler ses séances de rééducation en fonction du patient, prendre les outils les plus appropriés en fonction des circonstances)
- La psychomotricienne s'auto-prescrit de rendre le patient acteur de son soin
- La psychomotricienne s'auto-prescrit d'accompagner à sa façon les familles des patients pendant la rééducation
- La psychomotricienne s'auto-prescrit de continuer à se former
- La psychomotricienne s'auto-prescrit son projet thérapeutique avec un grand soin en tenant compte du patient

2.2. Points de résistance et l'écart prescrit-réel

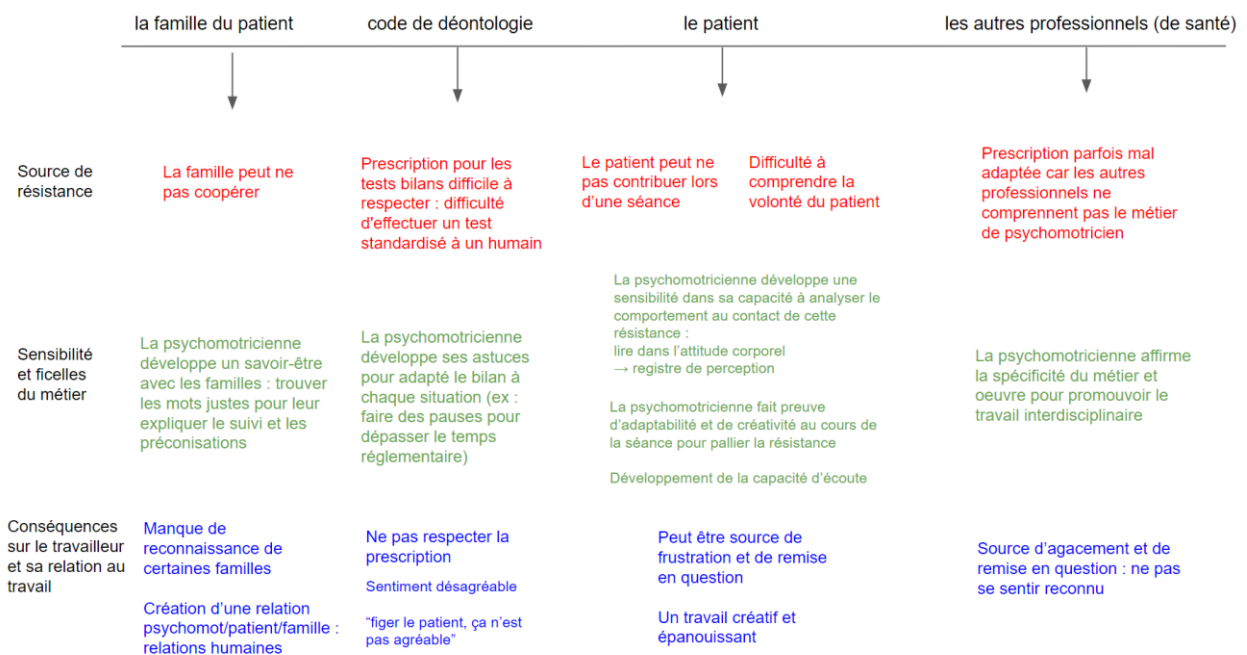


Figure 5 : Schématisation de l'écart prescrit-réel

Il est complexe de normer les séances car travailler le corps et l'esprit est source de résistance. La psychomotricienne réajuste la prescription si nécessaire. Bien que des horaires structurent le bilan et le suivi, il faut faire preuve d'une certaine flexibilité lorsqu'on travaille avec des êtres humains. Les variables qui impactent l'organisation d'une séance sont multiples.

« Moi je triche, je rajoute des pauses pour pouvoir déborder sur le temps »

Finalement on peut dire qu'au contact du réel du travail, la psychomotricienne développe un savoir-être et un savoir-faire : elle apprend à adapter chaque séance au patient, elle fait preuve d'écoute afin de comprendre au mieux le mieux patient, et ainsi l'accompagner dans son projet de soin.

2.3. Un écart entre la formation et la nécessité réelle du terrain ?

Les psychomotriciens possèdent des connaissances théoriques sur tout ce qui est mouvement de corps (motricité) et sur la psychologie. Sur la base de nos entretiens, il semble que la formation de trois ans pour obtenir le diplôme d'État de psychomotricien ne suffise pas en connaître assez sur ces deux aspects (moteur et psychologie). Selon une des psychomotriciennes interviewées, la formation de trois ans est complète mais ne va pas assez en profondeur. Il faut aller « creuser » certaines choses en arrivant dans le milieu professionnel. Les connaissances relatives au développement de l'enfant sont limitées, il faut alors se renseigner par soi-même, il y a un manque de données sur la rééducation. La psychomotricienne doit donc parfois se former d'elle-même auprès d'autres professionnels plus spécialisés (comme un kinésithérapeute par exemple) pour comprendre la pathologie d'un patient. On note ici l'importance de la coopération et de la discussion entre professionnels. Ces éléments recueillis lors des entretiens mettent en avant un écart entre les exigences du métier de psychomotricienne et les connaissances théoriques parfois lacunaires apprises lors de la formation. On pourrait se demander si ce métier ne nécessiterait pas une formation plus dense, permettant de légitimer cette approche du sujet. D'un autre côté, ce métier peut aussi être considéré comme une approche complémentaire vis-à-vis des métiers existants.

Le métier de psychomotricien/psychomotricienne est un métier qui pourrait mettre en lumière et propulser une nouvelle approche du patient dans le domaine du soin : l'approche du patient dans sa globalité.

2.4. L'approche du travail du corps et de l'esprit : une nouvelle façon de percevoir les corps

La psychomotricité a cette particularité de considérer le patient dans sa dimension psychique et motrice mais elle prend également en compte les interactions du patient avec les autres⁸. Les troubles moteurs d'un patient peuvent se lire et se comprendre à l'aide de la psychologie, les interactions sociales. Par le travail du corps et de l'esprit, la psychomotricienne développe des registres de perception et acquiert une certaine perception de l'individu et des corps :

« En tant que psychomotricienne, je porte une attention particulière aux corps des autres dans tous les moments de la vie : chez le bébé et l'enfant bien sûr qui apprend à se mouvoir et découvre le monde par lui-même, qui interagit avec ses parents, puis ses pairs ; chez tout être humain dans différents lieux, activités... J'aime voir la manière dont on marche, dont on court, dont on parle, dont on se parle, la manière de gérer son stress avant un examen... Toutes ses attitudes peuvent être des indices de la manière dont telle personne vit son corps en relation au monde et aux autres. »

À travers cette citation, on comprend alors que la psychomotricienne perçoit les corps en interaction dans leur environnement, elle lit dans les corps des attitudes psychiques et elle est

⁸ ANONYME. *Guide psycho.com*. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.guide-psycho.com/psychomotricite/1-la-psychomotricite-expliquee/> (consulté le 06/03/21)

attentive à tout ce que peuvent nous révéler les corps sur un individu. Finalement, on pourrait presque dire qu'elle écoute les corps parler.

3. Travailler avec l'humain, un métier épanouissant mais, aussi, éprouvant

3.1. Créer une relation de confiance entre le psychomotricien et le patient

Un élément central pour mettre le patient acteur de son soin est d'instaurer une relation de confiance entre le patient et le praticien en prenant le temps de discuter et d'écouter. La psychomotricienne fait appel à son vécu et à ses expériences personnelles pour proposer des outils de médiation et de rééducation adaptés au patient. Chacune des psychomotriciennes interviewées avaient leur préférence dans les outils de médiation. La psychomotricienne y met donc du sien, de sa personnalité dans le travail effectué en séance pour établir cette relation de confiance. Les outils de médiation participent à la création de cette relation de confiance entre le patient et la psychomotricienne en ce qu'ils écartent d'une confrontation patient/professionnel. En évitant ce face à face qui pourrait bloquer un patient, la hiérarchie n'existe pas en soit entre la psychomotricienne et son patient, et la collaboration peut alors s'opérer plus facilement.

La psychomotricienne doit donc suffisamment s'impliquer dans la relation pour faire rentrer le patient dans celle-ci mais doit aussi garder de la distance pour prendre du recul émotionnellement. Ce qui est sûr c'est qu'avec l'expérience professionnelle, le praticien apprend à mettre cette "juste distance". Le praticien fait attention à faire comprendre le cadre professionnel de la séance. Cette ambivalence se ressent par exemple lorsqu'elle pose des questions personnelles au patient et qu'il lui demande en retour de lui répondre. Le praticien doit rester plus ou moins évasif. Cela demande un ajustement en permanence, notamment lorsqu'il s'agit de vouvoyer ou tutoyer quelqu'un. Il arrive que des adultes se sentent un peu infantilisés, dans ce cas, il faut changer de médiation, il faut motiver, réessayer, se réinventer afin que le patient adhère. Parfois même, des patients doivent être réorientés vers un autre rééducateur qui leur correspondra mieux. Précisons que le praticien a une obligation de moyens mais pas de réussite.

Ce qui joue aussi dans cette relation c'est son habillement. En effet, lorsqu'elle est dans le centre de rééducation avec une blouse, ce vêtement marque davantage son professionnalisme que lorsqu'elle s'habille en civil dans les visites à domicile. Une de nos interviewées ressentait qu'il fallait plus imposer de distance dans ce dernier cas pour garder sa stature de psychomotricienne. Elle est donc plus à l'aise dans les situations où elle la porte. D'après un témoignage d'une de nos interviewées, certains arrêts de suivi ont été difficiles pour elle.

Nous avons décidé d'illustrer ces propos sur les tensions du métier à l'aide du schéma ci-dessous.

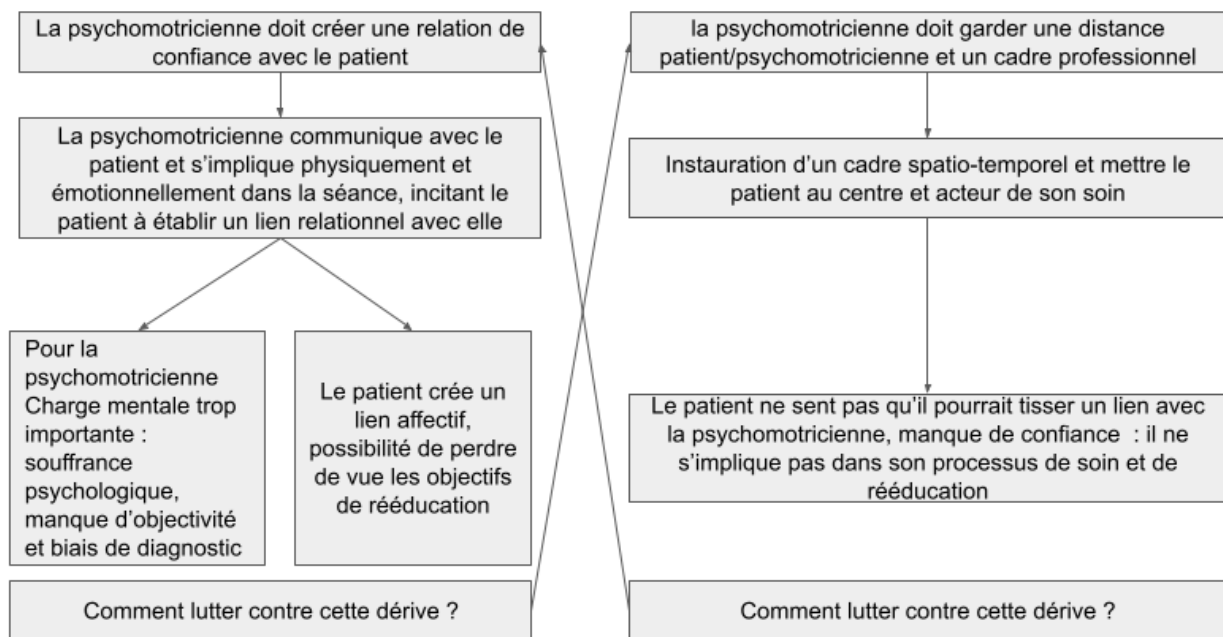


Figure 5 : Représentation de la tension

Ce qui est sûr c'est que cette relation est donnant-donnant. Lorsque le praticien voit s'épanouir son patient, il éprouve un épanouissement personnel. Le rééducateur s'individue pleinement. Les psychomotriciennes interviewées ont fait ressortir dans les entretiens l'aspect épanouissant de ce travail d'aide à l'amélioration du bien-être comme le côté éprouvant.

3.2. Gérer l'imprévisible



Voie d'équilibre : se fixer des axes de travail non figés et savoir recevoir les propositions du patient et réajuster son plan de travail face à l'imprévisibilité → développement du savoir-faire de la psychomotricienne.

« C'est tout un équilibre et c'est ça qui est épuisant »

Figure 6 : Représentation de la tension et de la voie d'équilibre

« On n'a pas un plan prévu, c'est au feeling »

L'utilisation du mot "feeling" n'est pas anodine mais traduit bien le recours à des registres de perception que la psychomotricienne développe au fur et à mesure de ses expériences avec les

patients. Travailler avec l'humain c'est faire face à l'imprévisible et agir en conséquence dans le cadre du suivi et du soin du patient.

3.3. Un travail sur soi

Travailler en tant que psychomotricienne requiert des compétences de bases théoriques et des savoir-faire techniques. Il faut par exemple connaître le développement de l'enfant ou encore apprendre les gestes techniques pour travailler avec le patient la gestion du tonus. Néanmoins, au-delà de ces savoir-faire techniques acquis en stage, pendant les études ou dans le parcours professionnel, le travail de psychomotricienne comprend un engagement personnel fort. D'une part, la psychomotricienne s'engage physiquement lors des séances avec les patients. D'autre part, la psychomotricienne s'engage psychiquement et émotionnellement lors du processus de rééducation.

« Tu travailles avec toi-même, ton corps, ton ressenti, tes émotions. On est obligé de s'écouter. On réagit en fonction de son vécu. »

La psychomotricienne travaille donc avec son propre corps et ses sensations. Elle est aussi attentive aux réactions du patient. Une des psychomotriciennes interviewées nous a expliqué que ses études l'avaient beaucoup remué parce qu'une confrontation a lieu avec soi-même et ses émotions. Les deux psychomotriciennes nous ont dit se confier régulièrement à une psychologue ou à des collègues de leur service respectif pour débriefer de leurs émotions, partager leurs doutes et leur remise en question après des séances difficiles. Cela leur permet aussi de prendre du recul sur la situation et sur leurs émotions. Dans l'approche clinique, la psychomotricienne fait un travail sur elle-même pour se défaire de ses aprioris et se questionne continuellement dans la rencontre. La psychomotricienne analyse ses propres mouvements psychiques pour pouvoir comprendre ce qui se joue en séance dans la relation et qu'est-ce que cela dit du patient.

La psychomotricienne s'implique donc physiquement et émotionnellement dans son travail. Il est important pour elle de s'écouter car un praticien peut réagir émotionnellement en fonction de son propre vécu. Il faut apprendre à connaître ses limites personnelles. Si le praticien est affecté, ce n'est ni bon pour lui ni pour son patient. Une psychomotricienne peut tellement s'impliquer dans la rééducation qu'elle peut se rendre compte après que ça l'a retournée psychologiquement. Ce travail est donc éprouvant émotionnellement car la psychomotricienne accueille les souffrances et les histoires, parfois difficiles, des patients.

« On apprend des choses qui font mal au cœur, c'est fou ce qu'ils peuvent vivre les enfants »
« C'est dur, on en bave, mais on sait que ça peut leur faire du bien »

L'implication de la psychomotricienne est guidée par la volonté d'aider son patient à aller mieux. Voir un patient s'épanouir est source de grande satisfaction, d'individuation en tant que travailleuse et d'épanouissement personnel. On peut donc dire que le travail avec l'humain se heurte à de nombreuses résistances qu'il faut endurer.

3.4. Se faire sa place : un ajustement avec le collectif de travail

Le métier de psychomotricien / psychomotricienne tend à être de plus en plus connu et reconnu par la population. Toutefois, les séances de psychomotricité ne sont remboursées par la Sécurité Sociale uniquement dans des établissements spécialisés (centre d'action médico-social, centre médico-psychologique) et pas lorsque la psychomotricienne exerce en libéral. D'autre part, dans des institutions comme les IME (instituts médico-éducatifs) il peut être difficile de faire sa place et de se faire valoir. Les prises en charge des patients sont faites par différents rééducateurs (ergothérapeute, orthophoniste, etc.), allant vers un même objectif, qui se complètent dans leurs compétences. Parfois, la frontière des compétences étant floue, des compétences se chevauchent mais quoi qu'il en soit, chaque praticien a une approche de l'analyse différente et apporte sa sensibilité dans sa façon de travailler. Cependant, ce travail pluridisciplinaire peut entraîner des incompréhensions sur les fonctions des autres rééducateurs. C'est pourquoi, il est indispensable de veiller à avoir une communication bienveillante et à l'écoute dans l'équipe rééducative. En échangeant sur les séances, les praticiens pourront porter un regard différent sur leur travail réalisé avec un patient. C'est un enrichissement mutuel et aussi un soutien moral. Ce qui peut être dur c'est à propos de la reconnaissance. Certains parents remercient seulement le médecin et pas le psychomotricien. De plus, certains psychomotriciens ont parfois l'impression d'être pris pour des animateurs en maison de retraite. Cela ne devrait pas être ainsi puisqu'il est important de défendre son métier et de respecter son champ de compétences et sa spécificité.

4.L'approche du sujet dans sa globalité et la question du diagnostic

4.1. Une tension autour du diagnostic

Le bilan psychomoteur réalisé par la psychomotricienne participe et aide le diagnostic posé par le médecin. La psychomotricienne se prononce sur le niveau de développement moteur et les difficultés du patient. On parle de « troubles dans les ordres de » ou de « retard de développement » mais la psychomotricienne ne pose pas de diagnostic. Le bilan permet alors d'orienter le projet thérapeutique à mettre en place. Il peut aussi venir confirmer ou non un diagnostic déjà établi.

« Souvent, on prend que le symptôme alors que nous, on est persuadé qu'il faut prendre l'enfant dans sa globalité. C'est très compliqué. »

Par rapport aux diagnostics comme ceux établis en médecine générale, le diagnostic avec l'approche de la psychomotricité est davantage complexe. En effet, il s'agit ici pour la psychomotricienne de comprendre un trouble comportemental, non dans la seule dimension technique mais aussi dans la dimension affective, sociale, psychique. Cette approche demande donc un travail sur le domaine de l'invisible. Bien que le corps puisse refléter des éléments de l'ordre du psychique, il reste des zones de l'ordre de l'invisible qui ne peuvent se voir qu'en travaillant avec le patient. Tout ne se voit pas lors du bilan (trois séances de 40 minutes), la

psychomotricienne poursuit son analyse lors du suivi. Il arrive de découvrir l'ampleur de la pathologie seulement après le bilan. La compréhension du patient demande donc du temps.

Une des psychomotriciennes nous a expliqué qu'il arrive souvent que ce qu'elle observe en bilan ne corresponde pas au diagnostic qu'on lui a fourni. Il peut donc exister un écart entre le diagnostic donné et ce que perçoit la psychomotricienne en bilan. Cela peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- Le temps entre la réalisation du bilan et la prescription ;
- L'évolution du patient dans le temps ;
- Des diagnostics établis trop tôt ;
- Une approche différente de la part des autres professionnels : le regard que pose un psychomotricien sur un patient est spécifique de son corps de métier.

Dans un souci de garder l'approche du patient dans sa globalité, il existe une tension entre le besoin d'un diagnostic précis mais aussi la volonté de ne pas stigmatiser un patient. Les dérives de poser des diagnostics systématiquement et rapidement sont : figer le patient et donc ne pas l'aider dans l'acceptation de son trouble, le stigmatiser, associer systématiquement un diagnostic à une solution (un problème, une solution pratique). Cela occulte la complexité de l'être humain et empêche par la même occasion le soin le plus adapté au patient.



Figure 4 : Tension autour du diagnostic

4.2. Les conséquences pour le patient

Cette tension inhérente au diagnostic s'accroît dès lors qu'on considère le patient dans sa globalité puisque l'objet du diagnostic est à la fois psychologique et moteur.

À l'image du pharmakon chez Bernard Stiegler, le diagnostic, à la fois libère et emprisonne le patient. En effet, d'un côté, le diagnostic permet une prise en charge la plus adaptée possible. En nommant et en identifiant le problème, le diagnostic soulage le patient en lui offrant des éléments de compréhension de ses troubles. Cela lui offre également une perspective de soin. De plus, il permet dans certains cas d'obtenir les aides nécessaires (pour les enfants à l'école notamment). D'un autre côté, le diagnostic catalogue un patient et le fige dans un trouble précis. Une des psychomotriciennes nous parlait de cette sensation désagréable de devoir "rentrer des patients dans des cases". Elle nous a expliqué que des enfants arrivaient avec un diagnostic tout fait, que leur famille disait de lui : "il est en grande section, il est dyslexique" alors qu'on ne peut faire de diagnostic qu'à partir de la classe de CM1. Puisque le développement psychomoteur évolue et qu'il est en lien avec l'environnement du patient et sa vie psychique, considérer un enfant comme handicapé a un impact sur comment il va vivre son trouble et s'accepter, évoluer.

Cette problématique autour du diagnostic est abordée par le pédopsychiatre Thierry Delcourt dans son essai *La fabrique des enfants anormaux*⁹. Il souligne des erreurs de diagnostics chez les enfants dus à la non prise en compte du contexte social et psychologique, autrement dit, l'environnement psycho-social. Il met en avant la nécessité d'une approche globale pour éviter des dérives comme : soigner par un traitement médicamenteux alors que la souffrance du patient peut être ailleurs ou encore, stigmatiser le patient comme étant anormal. L'approche de la psychomotricité entre dans cette perspective de comprendre les troubles du patient d'un point de vue à la fois moteur et psychologique.

Il semble alors qu'il faille une certaine souplesse dans l'établissement d'un diagnostic si l'on veut proposer une solution la plus adaptée possible pour aider le patient. Établir un diagnostic est donc plus complexe et nécessiterait que l'on croise davantage les bilans de différents professionnels. Finalement, il n'est parfois pas utile d'avoir un diagnostic établi pour pouvoir travailler avec un patient sur ses troubles psychomoteurs.

5. La psychomotricienne, une révélatrice de potentiel

5.1. Le patient comme véritable acteur de son soin

Nous pourrions penser au premier abord que le psychomotricien est lui seul engagé dans le travail de rééducation car c'est lui qui a les connaissances théoriques, l'expérience professionnelle ; il pose les questions et aide le patient à mettre des mots sur ces difficultés. Cependant, un des désirs le plus poignant du psychomotricien est de rendre justement le patient acteur de son soin :

« Mettre l'enfant au centre de la séance, qu'il se sente acteur. C'est lui qui propose ce que l'on peut faire ».

De fait, l'exercice de cette profession se concentre beaucoup sur l'expérimentation. Au début du suivi, le psychomotricien peut mettre en place un plan de rééducation mais il sait avec l'expérience que travailler avec l'humain consiste à se réinventer à chaque séance. Il se fixe des objectifs mais ne peut pas tout prévoir car cela dépend de comment se sent la personne. En effet, l'âge, la pathologie, l'humeur du patient influencent le déroulé de la séance. Chez des enfants inhibés, très instables, stressés, autistes, il est difficile de savoir à l'avance comment les enfants vont réagir car des choses se cachent derrière les symptômes. L'enfant amène la richesse de sa personne et ses subtilités pendant la séance, c'est avec ceci que le psychomotricien va organiser certains exercices mais jamais elle ne va les imposer. Le patient choisit tout autant que le psychomotricien le déroulé de la séance. Le psychomotricien l'encourage dans ce sens car il sait qu'il peut avoir de très bonnes idées. La psychomotricienne laisse une part d'autonomie et de

⁹ DELCOURT Thierry, *La fabrique des enfants anormaux*, 2021.

décision au patient pour qu'il se sente acteur de son projet et puisse pleinement s'impliquer. Un de nos interviewés ira même jusqu'à dire :

« On est un peu des béquilles mais le travail c'est les patients qui le font »

Dans certains cas, le psychomotricien place même le patient au sein de la recherche pour comprendre pourquoi il réagit de telle façon. Il peut aussi judicieusement le laisser faire en l'observant d'un œil. Il sera plus impliqué s'il ne sent pas trop regardé. Il est intéressant de voir comment le patient réagit face à une consigne. D'un autre côté, si le praticien s'implique lui aussi réellement dans le jeu, le patient peut vouloir s'y donner plus à cœur. Souvent les enfants aiment venir dans ces séances de rééducation car c'est un espace de liberté et de sécurité qui leur permet de rater quelques cours. Il arrive que le psychomotricien ne sache pas comment faire avancer le patient. Il éprouve la résistance du réel. Pour y arriver, il va encourager le patient à y mettre davantage du sien pour aller chercher en lui-même ce qu'il aurait pu avoir caché. En somme, le patient résiste au savoir-faire du psychomotricien et réciproquement pour le psychomotricien qui avait imaginé un plan de rééducation. C'est de là que va naître le travail de chacun, dans un co-investissement. Ce que va raconter le patient va permettre par la suite au praticien de mieux le comprendre et faire aboutir sa réflexion. Certains psychomotriciens ont presque l'impression de ne pas savoir s'ils ont servi à quelque chose et se demandent même s'ils sont légitimes. En quelque sorte, ils plantent les graines mais après c'est aux patients de les faire pousser. Sur le long terme ce sera à eux de continuer à être acteur en s'étant suffisamment approprié la rééducation.

Exemple d'une prise en charge :

C'est le suivi d'un enfant ayant une instabilité psychomotrice, appréhendant mal la force, qui bouge beaucoup et qui a du mal à évaluer les distances et ne rentre pas totalement dans la lecture. La psychomotricienne lui demande ce qu'il veut faire. Il n'arrivait pas à exprimer ce qu'il voulait faire. Elle lui propose un parcours d'obstacle. Elle regarde comment il s'y prend. Elle nous explique qu'il partait dans tous les sens, qu'il ne finissait pas totalement les étapes. Elle le laissait faire, elle ne pouvait pas lui dire que ça ne va pas. Il lui propose de faire un petit temps calme. Elle témoignait qu'au début elle était dans un grand trouble car elle ne savait pas ce que l'enfant pouvait amener de sa personne. Au fur et à mesure, une relation de confiance se tisse. L'enfant exprimait davantage ses émotions. Elle réalise un autre exercice avec un cerceau. Au départ, elle propose à l'enfant de dire concrètement sa forme, sa couleur, sa matière. Puis elle observe qu'elle mouvement l'enfant peut faire avec le cerceau. Ensuite elle propose un jeu de lancer de cerceau et en fermant par la suite les yeux. Elle explique que cela fait travailler la représentation de son corps, la distance entre eux. Pour faire comprendre à l'autre que l'on va lancer, la communication non violente est primordiale.

5.2. Un métier de création

Face à une diversité de troubles et la difficulté à comprendre un individu dans sa globalité, la psychomotricienne travaille avec son patient pour parvenir à le comprendre et ainsi, pouvoir l'aider. Au contact des résistances du patient, ou de ses propres résistances à le comprendre, la psychomotricienne construit et invente continuellement de nouvelles techniques d'aide et de soin. C'est un métier où on expérimente beaucoup et où les outils de médiation sont infinis.

« On peut tout inventer c'est ça qui est chouette »

La psychomotricienne identifie « [l]es choses qui ont du sens, qui parlent aux gens » et invente avec le patient l'exercice qui lui correspondra le mieux. Ce processus de co-création aboutit à des moments en séance vécus comme « précieux » et « uniques » comme nous le confiait une des psychomotriciennes.

« On a construit, on a inventé »

Le travail de psychomotricienne requiert donc sans cesse de l'invention pour aller motiver le patient, le comprendre et créer une relation de confiance. Lors d'une séance, la psychomotricienne construit et invente.

Enfin, on peut dire que le psychomotricien est un véritable révélateur de potentiel. Comme nous le disait une des psychomotriciennes, **elle « remet [les patients comme] sujets pensants qui ont de la valeur »**. La psychomotricienne essaie de donner du sens et des mots au patient sur ce qu'il ressent, de le conforter sur sa capacité à progresser et vivre avec qui il est.

Conclusion

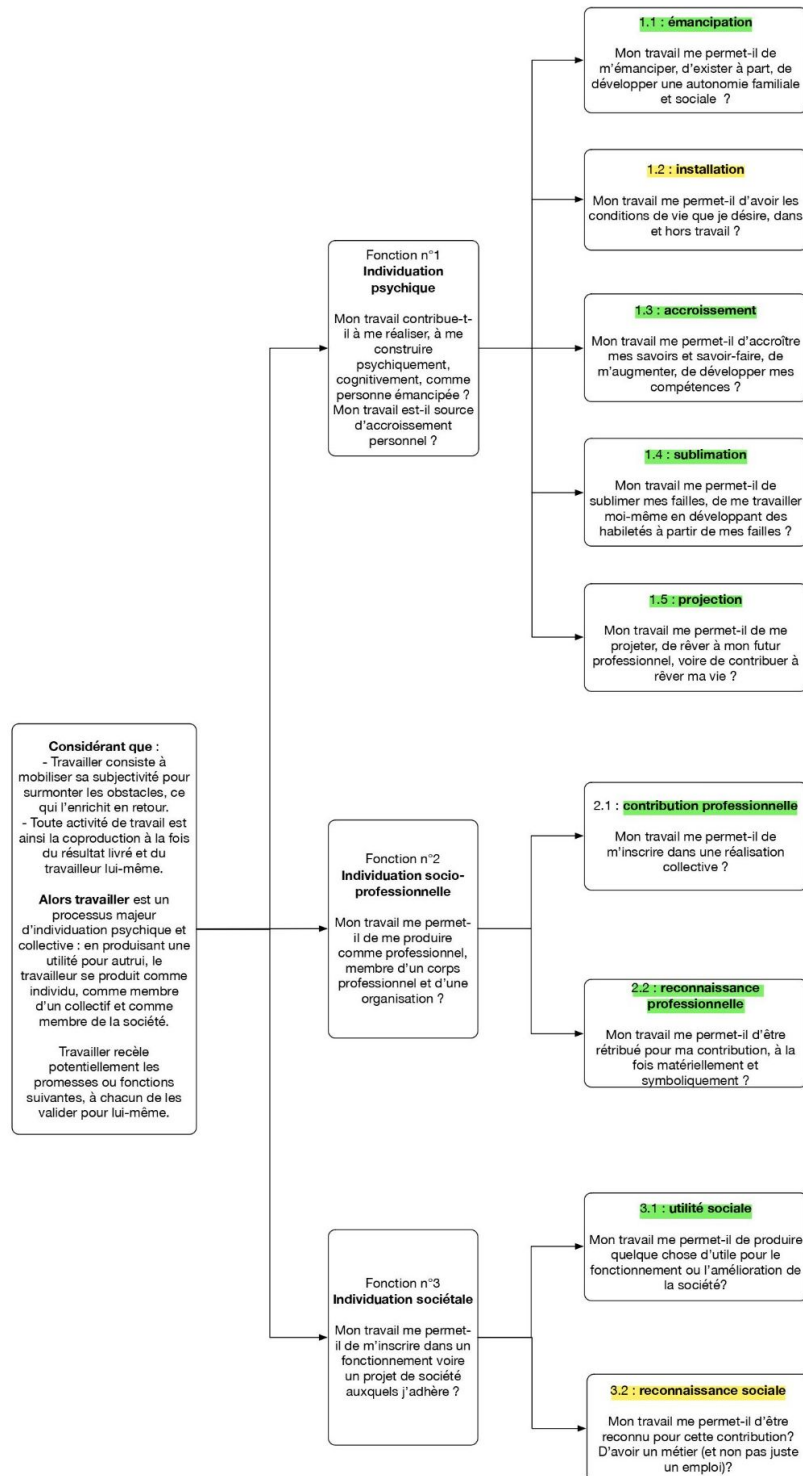
Cette étude du métier de psychomotricien(ne) à la lumière des sciences du travail nous a permis de découvrir les grands points saillants de ce métier. Nous n'imaginions pas à quel point ce métier était une réelle clé de voûte dans les services de rééducation. Il apporte une nouvelle approche de l'individu, permettant d'établir plus finement un diagnostic car rien n'est purement moteur. En effet, à la différence de la médecine occidentale qui traditionnellement soigne les parties du corps séparément, le psychomotricien traite le corps dans sa globalité. Il essaye de mieux comprendre les synergies entre le corps et l'esprit. De plus, nous pensons que les psychomotricien(ne)s avaient davantage de prescriptions. Dans la pratique, face à une diversité de troubles des patients, d'humeurs journalières, le métier requiert de perpétuelles expérimentations dans le plan de rééducation et de création pour comprendre et mieux rééduquer. Nous avons aussi compris le côté à double tranchant du diagnostic que met en avant l'approche du sujet dans sa globalité : d'une part permet une prise en charge plus adaptée en fonction du trouble du patient mais qui d'autre part met une étiquette au patient qui le stigmatise, alors que travailler avec l'humain est une redécouverte à chaque séance. Nous avons appris à quel point le patient était acteur dans sa séance de thérapie. Les psychomotricien(ne)s sont de réels révélateurs de potentiel de leur patient.

Quant à nos psychomotriciennes interviewées, elles ont trouvé les entretiens très intéressants dans la mesure où ils leur ont permis de revenir sur la perception de leur travail. D'autant plus que bien souvent, elles n'ont pas l'occasion de discuter avec profondeur de leur métier avec des personnes qui ne travaillent pas dans ce milieu. Une des psychomotriciennes nous a dit qu'en le verbalisant, elle se rend compte qu'elle adore son métier, qu'elle fait « un super métier ». Une des psychomotriciennes a souligné le fait de ne pas avoir trouvé cela facile de parler de son métier. Si l'entretien lui a permis de mettre en lumière ce qu'elle aime dans son métier, il a aussi fait resurgir des frustrations causées par des dysfonctionnements qui subsistent dans son service. Des temps d'attente qui retardent la prise en charge des patients qui en auraient besoin ou encore des désaccords dans la gestion des prises en charge.

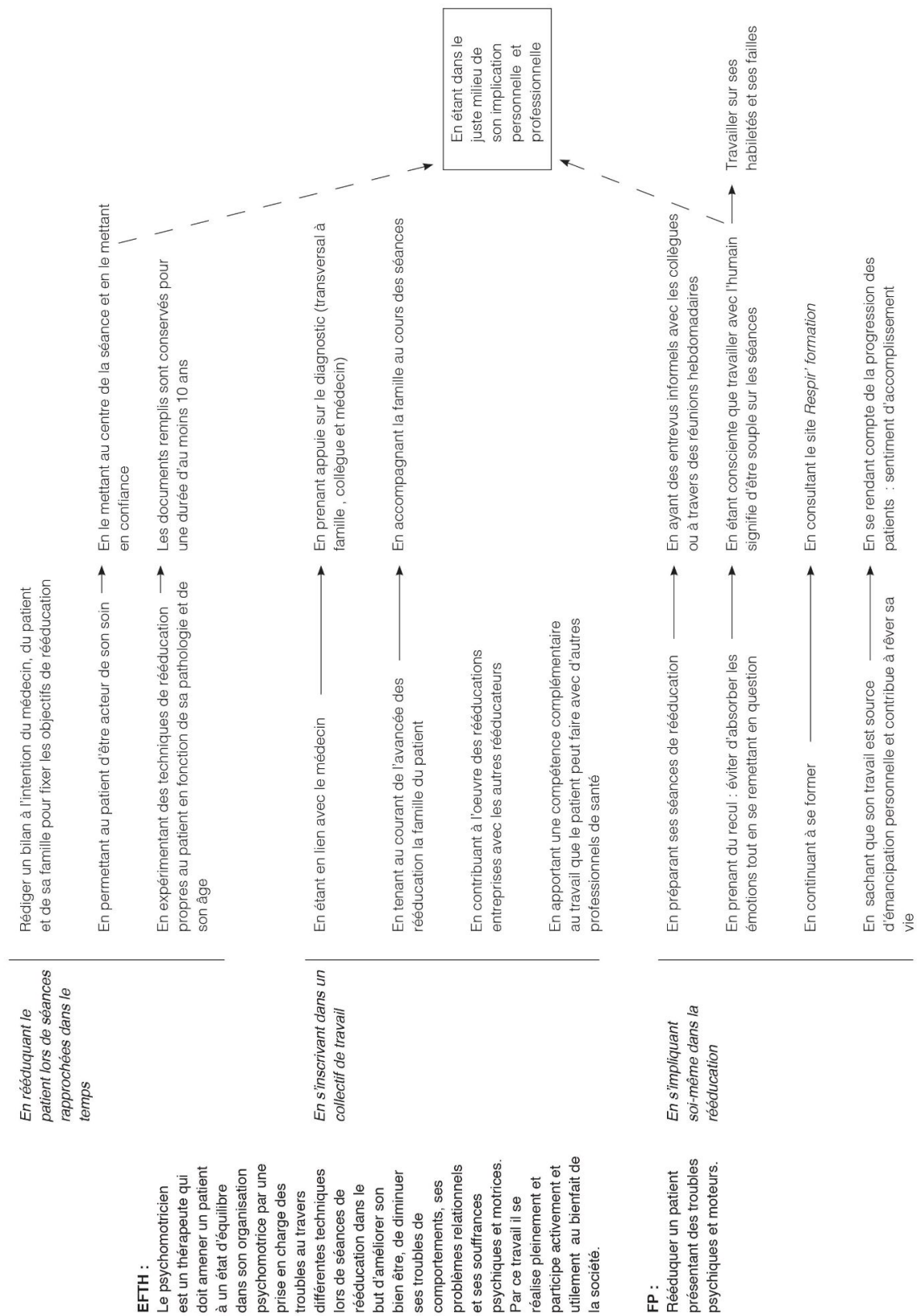
Nous avons aimé réaliser cette étude éclairée par les sciences du travail. Nous avons pris plaisir à réaliser les entretiens avec nos deux psychomotriciennes. Les différents outils passant par des schémas nous ont permis de formuler synthétiquement ce que nous avons compris du métier et de les retranscrire lors d'un de nos entretiens d'approfondissement. Nous avons ainsi pu remettre au clair quelques points pour une meilleure compréhension du métier. Ce que nous retenons c'est qu'au-delà des dysfonctionnements et de la faible reconnaissance vécue, les psychomotriciennes mettent énormément de sens dans leur métier. Suite à cette étude nous serons aptes à mieux analyser le monde du travail lorsque nous l'intégrerons.

Annexe

Nicolas SALZMANN & Nicolas PONCHAUT - UTC - 2016
Arborescence fonctionnelle : les fonctions du travail pour un individu



Annexe 1 : Diagramme Fast des promesses du travail



Annexe 2 : Diagramme Fast des fonctions du travail