

## Pédiatres et psychomotriciens : si nous parlions ?

Pediatricians and psychomotor therapists : if we were talking ?

**TAGOT Marc**, Psychomotricien, Enseignement de Psychomotricité, Faculté de médecine Toulouse-Rangueil,  
133 route de Narbonne, 31062 TOULOUSE CEDEX.

### RESUME

Nous avons rencontré des pédiatres Toulousains afin de leur poser quelques questions sur la psychomotricité.

Il en ressort qu'ils perçoivent bien le développement psychomoteur, mais qu'ils n'ont pas les informations nécessaires pour déceler voire même suspecter les principaux troubles.

Pour travailler harmonieusement avec nous, ils attendent que nous effectuions des «actes paramédicaux» au même titre que les spécialistes déjà reconnus par la Sécurité Sociale. Ils souhaitent se voir communiquer un projet thérapeutique contenant les résultats du bilan, mettant en évidence les principaux troubles et la nécessité d'une rééducation psychomotrice. Enfin, tout au long de la rééducation, il est souhaitable de leur faire parvenir des informations sur le déroulement des séances et l'évolution de la symptomatologie.

Ce sondage nous permettra d'adapter notre activité pour que les médecins nous reconnaissent comme des auxiliaires médicaux sur lesquels ils peuvent compter.

**MOTS-CLES :** Pédiatrie, développement psychomoteur, troubles psychomoteurs, communication.

### SUMMARY

We have met some pediatricians of Toulouse to ask them some questions about psychomotor development and disorders.

Then we can tell they have right ideas about psychomotor development but they have'nt the necessary informations to discover or suspect the main troubles.

To work harmoniously with us, they're expecting we make «paramedic acts» as the specialists already recognized by the Social Security. They hope we communicate them a therapeutic project with results of check-up showing evidence of the main disorders and the necessity of a psychomotor therapy. So, all along the therapy, it would be happening to give them some informations about the development of the meeting and the evolution of the symptomatology.

This probing will permit to adjust our activity in order that doctors recognize us as we were medical auxiliaries they can reckon on.

**KEYWORDS :** Pediatrics, psychomotor development, psychomotor disorders, communication

## Présentation de l'enquête

L'enquête s'est déroulée à Toulouse auprès de médecins qualifiés en pédiatrie. Pour des raisons pratiques, nous avons opté pour une interview qui s'est déroulée dans le cabinet de consultation de pédiatres choisis au hasard (22 sur 45). Pour certains, notre entrevue s'est limitée à la passation du questionnaire, pour d'autres, une discussion s'est installée. Ceci nous a permis de remarquer qu'ils connaissent assez mal notre profession, mais qu'ils ne demandent qu'à la découvrir.

Le questionnaire devait être rapide (pas plus de 10 à 15 minutes) pour éviter de trop les déranger dans leur

activité professionnelle. Nous nous sommes donc limité à leur demander comment ils percevaient le développement psychomoteur de la petite enfance, et s'ils s'estimaient aptes à déceler les principaux troubles psychomoteurs. Enfin nous les avons questionné sur la perception qu'ils avaient de notre profession et leurs attentes à notre égard pour qu'une réelle collaboration puisse s'instaurer, justifiant le terme d'auxiliaire médical à part entière.

Tous les résultats de cette enquête ne sont peut-être pas significatifs de la population des médecins en général, mais amènent certaines réflexions sur nos rapports avec le corps médical et leurs attentes. Parmi les limites de ce travail il faut rappeler que Toulouse est

une ville où existent de nombreux centres et associations dispensant des rééducations psychomotrices ainsi qu'un centre de formation de psychomotriciens, il n'en est pas de même en milieu rural et dans d'autres secteurs géographiques moins favorisés ce qui peut avoir pour effet d'accroître encore la méconnaissance. De plus, certaines réponses ont pu être données dans un souci de complaisance, du fait même que nous les abordions en tant que psychomotricien.

## La perception des troubles psychomoteurs

Lorsqu'un pédiatre est en présence d'un enfant présentant des troubles psychomoteurs, il peut l'orienter vers le professionnel qui lui semble le plus adapté (tableau 1). La consultation d'un spécialiste est toujours proposée en fonction des attentes et des possibilités des parents (motivation, aspect financier). Le trouble doit être handicapant pour l'enfant ou insupportable pour l'entourage ; la demande d'aide doit venir de la famille. Si l'examen clinique montre un trouble grave (dystonie, retard de développement important) le pédiatre conseille aux parents de consulter un médecin spécialiste (neurologue, pédopsychiatre) ou un professionnel paramédical, sans que cela revête un caractère obligatoire, surtout si la consultation n'est pas remboursée. Nous allons passer en revue les principaux troubles et voir vers qui le pédiatre oriente l'enfant et sa famille

Troubles	Syndrome hyperkinétique	Dyspraxie	Rythme	Espace	Tonus	Tics	Stérotypes	Dominance latérale	Retard psychomoteur
Orientation vers									
Psychomotricien	7	12	7	5	6	12	6	6	
Orthophoniste	0	0	4	5	0	0	5	3	
Psychologue	7	0	0	0	3	4	2	0	
Psychiatre	3	1	0	2	3	7	1	2	
Neurologue	4	1	0	0	14	4	4	12	
Chimiothérapie	1	0	0	0	0	0	0	0	
Homéopathie	0	0	0	0	2	2	0	0	
Hôpital	1	0	0	0	1	1	1	0	
Clinique spécialisée	0	1	1	1	2	0	1	2	
Guidance Infantile	2	2	2	2	2	2	2	4	
CMPP	1	2	1	1	1	0	5	3	
Club de sport	2	1	3	1	1	1	0	0	
Rien	0	5	5	4	0	1	8	3	

Tableau 1 : Orientation en fonction des troubles présentés par l'enfant.

## Le syndrome hyperkinétique

Le terme est très peu connu des pédiatres, nous leur avons donc défini les trois symptômes principaux : l'hyperactivité, le défaut d'attention et l'impulsivité [5, 8]. Ces enfants sont orientés vers des institutions de type centre de guidance infantile ou CMPP, ils peuvent y bénéficier d'un suivi psychologique et psychomoteur. Quelquefois ils consultent en libéral, mais ces deux professionnels n'étant pas remboursés par la Sécurité Sociale, cela limite le suivi.

Seul 1 pédiatre tente une chimiothérapie ayant pour but de « calmer l'enfant » (en général très mal adaptée à ce trouble qui se caractérise par un niveau d'éveil anormalement bas). Enfin certains pédiatres conseillent aux parents la pratique d'une activité sportive pour leur permettre de se défouler et de libérer leur surplus d'énergie.

## La dyspraxie de développement

Ce trouble des coordinations motrices, avec maladresse excessive est le mieux perçu par les pédiatres. La lenteur est, par contre, rarement un signe d'appel alors qu'elle constitue l'un des signes principaux retrouvé à l'examen [5, 11]. Nous devons tout de même noter que 5 pédiatres ne font rien, certains pensent qu'il s'agit d'une maladie incurable, d'autres sont persuadés que les symptômes vont disparaître d'eux même, les derniers estiment que ce n'est pas assez handicapant pour nécessiter une rééducation.

## Les troubles du rythme

Ils sont rencontrés dans les activités de la vie quotidienne nécessitant des mouvements plus ou moins stéréotypés (marche, course, écriture, parole...). Les enfants sont orientés vers les psychomotriciens et les orthophonistes. Beaucoup n'engagent aucune rééducation car ce n'est pas invalidant. Enfin certains pédiatres conseillent aux parents de pousser leur enfant à la pratique de la danse (jazz ou classique) ce qui est, en général, bien accepté par les filles, mais plus délicat pour les garçons.

## Les troubles de l'espace

Ils ne paraissent pas inquiétants pour certains pédiatres car ils sont souvent masqués lorsque l'enfant est

confronté à la vie scolaire et aux activités sportives. Si une orientation est envisagée, elle se fait vers un orthophoniste ou un psychomotricien.

## Les troubles du tonus

L'observation de paratonies ou de syncinésies excessives entraîne, pour 14 pédiatres, une consultation chez un neurologue. Si le bilan ne montre aucune atteinte du système nerveux, alors une rééducation peut être envisagée. Il est à noter que tous les enfants sont orientés vers un spécialiste, qu'il s'agisse d'un centre de guidance infantile, un CMPP, un hôpital ou un centre de réadaptation fonctionnelle.

## Les mouvements anormaux

Aux yeux des pédiatres, les psychiatres et les psychologues sont les professionnels les plus compétents pour remédier aux tics et aux stéréotypies motrices. Seuls 2 pédiatres orientent l'enfant vers un psychomotricien (chiffre comparable à l'utilisation de l'homéopathie). Ce résultat est étonnant lorsqu'on connaît les résultats d'une rééducation psychomotrice de type comportemental.

## Les troubles de la dominance latérale

Pour la plupart des pédiatres, l'ambidextrie et l'ambilatéralité, notions floues et souvent confondues [2], sont du ressort de l'orthophoniste et du psychomotricien, que ce soit en libéral ou dans une institution de type CMPP.

## Les retards de développement psychomoteur

La majorité des enfants de moins de 4 à 5 ans qui montrent un retard dans leurs acquisitions psychomotrices sont orientés vers le neurologue, puis en fonction du bilan vers une équipe spécialisée ou des professionnels exerçant en libéral.

## La perception du développement psychomoteur

La question posée était : «A quel âge pensez-vous que la non-acquisition d'un comportement devient, à vos yeux, pathologique ou inquiétante?»

Les activités visées sont :

- la préhension volontaire
- la position assise sans support
- la position debout sans support
- la marche
- la connaissance droite-gauche sur soi
- l'écriture

Les âges de référence sont, bien sûr, ceux d'enfants «normaux», c'est-à-dire nés à terme, et non atteints de pathologies neurologiques (IMC), génétiques (trisomie 21 par exemple), ou d'éventuels accidents précoces. Les enfants sont exempts de déficits sensoriels sévères (cécité, surdité). Enfin, leur corpulence se situe dans la moyenne.

Tableau 2 : Ages auxquels les pédiatres s'attendent à voir apparaître les comportements suivants

ETAPES DU DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR	Majorité de réponses	Age minimum mentionné	Age maximum mentionné
Préhension volontaire	6 mois	4 mois	12 mois
Position assise sans support	8-9 mois	6 mois	12 mois
Position debout sans support	12 mois	12 mois	18 mois
Marche	18 mois	15 mois	30 mois
Connaissance D-G sur soi	5-6 ans	4 ans	8 ans
Ecriture	6-7 ans	4 ans	8 ans

Les réponses sont, globalement, similaires aux résultats des recherches qui ont été faites ces dernières années, telles qu'elles sont relatées par Koupernick (1976), Cratty (1979) et Illingworth (1990). Nous remarquons tout de même que les pédiatres s'inquiètent assez tardivement, et surtout que l'orientation vers un spécialiste dépend du tableau général présenté par l'enfant. S'il s'agit d'un trouble isolé, ils s'inquiètent plus tard que pour un retard de développement global.

Deux constatations président au peu d'inquiétude manifesté devant un retard isolé :

1 - Le développement psychomoteur des enfants est très plastique et certains enfants qui présentaient un retard, le rattrapent spontanément.

2 - Les pédiatres voient beaucoup d'enfants qui ont un développement normal ou proche de la normale. Il faut donc un retard important pour mettre en évidence une dichotomie entre normalité et pathologie.

## Relations entre pédiatre et psychomotricien

Certains pédiatres n'orientent pas l'enfant vers le psychomotricien même s'ils suspectent la présence d'un trouble psychomoteur. Nous leur avons demandé pour quelles raisons afin de pouvoir prendre note de leurs attentes, et d'améliorer, le cas échéant, nos rapports avec eux pour exercer un travail en collaboration plus agréable et efficace.

Les raisons d'une non-orientation ne sont pas les mêmes si le psychomotricien travaille en libéral ou dans un centre de type CMPP ou Guidance Infantile.

## Avantages et inconvénients du psychomotricien en libéral

Lorsqu'un pédiatre travaille avec un psychomotricien, c'est qu'une relation de qualité s'est installée. Il oriente les enfants vers lui en toute confiance et plus fréquemment. Ce type de rapport est le fruit d'actions et de communications qui durent souvent depuis plusieurs années.

Le principal inconvénient que mentionnent les pédiatres vis à vis des rééducations en libéral, est bien évidemment le non-remboursement par la Sécurité

Sociale. Cela nécessite une dépense importante et parfois insupportable pour les familles. De plus, aux yeux des parents, un professionnel paramédical non remboursé par la Sécurité Sociale n'est pas «quelqu'un de sérieux». Certains allant même jusqu'à penser que nous sommes des adeptes de la parapsychologie au même titre que les magnétiseurs, radiesthésistes, et autres gourous.

Pour finir certains n'ont pas souhaité continuer à collaborer avec des psychomotriciens car ils ont été déçus par leur action, ils les traitent de «fumistes» et de «psychothérapeutes sauvages». Selon eux, tous les psychomotriciens sont à loger à la même enseigne et ils en font part à leurs collègues et aux parents. Ainsi, à cause de certaines pratiques (que nous osons espérer peu nombreuses ! ) toute la profession est discréditée.

## Avantages et inconvénients du psychomotricien en institution de type CMPP

L'avantage n°1 est le remboursement des séances, bien que cela se situe parfois à la limite de la légalité (le prix de journée pour une seule séance de psychomotricité leur semble excessif). Le bilan effectué dans un CMPP est très apprécié car il est complet. Il comporte l'observation de l'enfant dans les domaines psychologique, orthophonique, psychomoteur et social.

Le principal inconvénient réside dans l'obtention des résultats de ces observations qui ne sont transmis qu'après d'interminables liaisons téléphoniques et postales, «c'est à croire qu'ils veulent cacher leur activité ...». Sans parler de ce qui est quelquefois considéré comme un véritable détournement de clientèle.

## Les attentes des pédiatres

Si nous souhaitons promouvoir les liens avec les pédiatres, nous devons les écouter et prendre bonne note de leurs attentes. Ceci est surtout valable pour les psychomotriciens exerçant en libéral.

Tout d'abord, ils attendent des instances ministérielles que nous soyons reconnus et remboursés par la Sécurité Sociale. Ce problème est trop complexe pour être réglé de manière individuelle par un psychomotricien

qui souhaite s'installer. Il est à noter que certaines mutuelles accepteraient de rembourser tout ou partie des actes de psychomotricité. Il convient à celui ou celle qui souhaite s'installer de faire les démarches auprès de ces dernières et de communiquer aux pédiatres leurs modalités de fonctionnement. Cela permet d'annoncer plus facilement à la famille la nécessité d'une rééducation psychomotrice et l'orientation vers un praticien en libéral.

Ensuite, ils souhaiteraient que lors de son installation le psychomotricien se présente et explique, de façon claire et intelligible, le type de travail effectué, les différents troubles réduqués et les techniques utilisées.

Les pédiatres sont des médecins qui suivent l'enfant qu'ils orientent, il convient donc de leur communiquer les résultats du bilan réalisé indiquant clairement les troubles décelés et la possibilité d'une prise en charge psychomotrice. Une fois le diagnostic posé, une communication du projet thérapeutique, comportant les axes de rééducation prioritaires, et la durée approximative de la prise en charge est également souhaitée. Enfin, tout au long des séances, il convient, régulièrement, de leur faire un compte rendu expliquant les progrès, les régressions, les difficultés rencontrées et ne pas en laisser le soin aux seuls parents.

Une communication directe et régulière est le gage d'une collaboration de bonne qualité. Le fait d'apporter des informations montre aux médecins que nous effectuons un travail structuré, sérieux, digne de l'appellation d'«acte paramédical». Ils attendent d'ailleurs la même chose du kinésithérapeute, de l'orthophoniste et des autres spécialistes consultés.

Certains pédiatres souhaiteraient que la formation universitaire des psychomotriciens s'éloigne du support quasi-exclusif de la psychiatrie pour se rapprocher des autres spécialités de la «bio-médecine» telles que la neurologie, la pédiatrie et, bien-sûr, la médecine générale.

## Conclusion

Si nous souhaitons que les instances ministérielles nous reconnaissent et que nos actes soient remboursés par la Sécurité Sociale (condition nécessaire à l'activité en libéral), nous devons, dans un premier temps, nous faire connaître et apprécier par le corps médical. Il ne tient qu'à nous de répondre aux attentes des médecins et de devenir des professionnels paramédicaux à part entière, ce qui ne veut pas dire pour autant que nous y perdrons notre identité.

## A NOUS DE JOUER !

---

## BIBLIOGRAPHIE

1. AJURIAGUERRA J. de, AUZIAS M., COUMES I., LAVONDES-MONOD V., PERRON R. et STAMBAK M., *L'écriture de l'enfant*, 2 vol., Neuchâtel : Delachaux & Niestlé, 1964.
2. ALBARET J.M., Les troubles psychomoteurs chez l'enfant, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 1993, à paraître.
3. AUZIAS M., *Troubles de l'écriture chez l'enfant*, Neuchâtel : Delachaux & Niestlé, 1975.
4. BRUNET O. et LEZINE I., *Le développement psychologique de la première enfance*, Paris : PUF, 1965.
5. CORRAZE J., *Les troubles psychomoteurs de l'enfant*, Paris : Masson, 1981.
6. CRATTY B.J., *Perceptual and motor development in infants and children* (2<sup>ème</sup> ed.), Englewood Cliffs : Prentice Hall, 1979.
7. DSM III-R, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris : Masson, 1989.
8. DUGAS M., *L'hyperactivité chez l'enfant*, Paris : PUF, 1987.
9. FERNANDEZ-ZOÏLA A., *Espace et psychopathologie*, Paris : PUF, 1987.
10. GALLAHUE D.L., *Understanding motor development in children*, New York : John Wiley & sons, 1982.
11. HENDERSON S.E., The assessment of «clumsy» children : old and new approaches, *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1987, 28, 4, 511-527.
12. ILLINGWORTH R.S., *Abrégé du développement psychomoteur de l'enfant* (2<sup>ème</sup> éd) Paris : Masson, 1990.
13. KOUPERNIK C. et DAILLY R., *Développement neuro-psychique du nourrisson* (4<sup>ème</sup> éd.), Paris : PUF, 1980.
14. RIGAL R., *Motricité humaine*, Paris : Vigot, 1985.