

Rapport d'enquête

Utilisation d'outils standardisés dans l'évaluation psychomotrice

Réponses collectées auprès des psychomotriciens exerçant
en France en 2019

Aude Paquet

Unité de Recherche et de Neurostimulation

Centre Hospitalier Esquirol,

Limoges

Novembre 2019



**Centre Hospitalier
ESQUIROL LIMOGES**



U.R.N
Unité de Recherche et
de Neurostimulation
CH Esquirol Limoges



Enquête nationale sur l'utilisation d'outils standardisés dans l'évaluation psychomotrice

L'auteure déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt



Remerciements

Ce rapport a été réalisé dans le cadre d'une enquête professionnelle menée auprès des psychomotricien.ne.s exerçant en France.

Nous remercions les nombreux.ses professionnel.le.s pour leur participation et le temps qu'ils/elles ont accordé à cette enquête, mais également pour l'avoir faite circuler auprès de leurs collègues.

Nous remercions les nombreuses associations départementales et régionales de psychomotriciens qui ont relayé cette enquête ainsi que les associations de psychomotriciens libéraux.

Nous remercions également la FFP et le SNUP pour avoir partagé et mis en ligne l'enquête sur leur site internet et pour l'avoir diffusée.

Sommaire

1	Introduction	7
2	Méthodologie	10
2.1	Objectifs de l'enquête	10
2.2	Critères de participation.....	10
2.3	Moyen de diffusion et durée de l'enquête.....	10
2.4	Aspects statistiques.....	11
3	Résultats	12
3.1	Description de l'échantillon des psychomotricien.ne.s enquêté.e.s.....	12
3.1.1	Effectif, âge et zone d'activité	12
3.1.2	Caractéristiques professionnelles des psychomotricien.ne.s.....	16
3.2	Résultats relatifs aux outils standardisés.....	20
3.2.1	Formation aux outils standardisés	20
3.2.2	Connaissance des outils standardisés et de leur utilisation	20
3.2.3	Utilisation des outils standardisés.....	23
3.2.4	Profils des utilisateurs d'outils standardisés.....	25
3.2.4.1	Selon le mode d'activité.....	25
3.2.4.2	Selon l'ancienneté dans la profession	26
3.2.4.3	Selon le niveau de connaissance des outils.....	27
3.2.4.4	Selon leur formation	28
3.2.5	Nature des outils standardisés connus et utilisés	31
3.2.5.1	Echelles, questionnaires ou auto-questionnaires	31
3.2.5.2	Batteries de tests.....	34
3.2.6	Satisfaction relative à la disponibilité des outils standardisés	37
3.2.6.1	Analyse des domaines insuffisamment explorés selon les enquêté.e.s	37
3.2.6.2	Analyse des populations insuffisamment ciblées selon les enquêté.e.s	40
3.3	Représentations des psychomotricien.ne.s associées aux outils standardisés..	41
4	Conclusion	45
	Références	48

Table des tableaux

TABLEAU 1 : CARACTERISTIQUES D'AGE ET DE SEXE DE L'ECHANTILLON DES PSYCHOMOTRICIEN.NE.S AYANT REPONDU A L'ENQUETE	12
TABLEAU 2 : REPARTITION DE L'ECHANTILLON DE PSYCHOMOTRICIEN.NE.S PAR REGION	13
TABLEAU 3 : REPARTITION DES PSYCHOMOTRICIEN.NE.S DE L'ECHANTILLON PAR DEPARTEMENT	15
TABLEAU 4 : TYPES D'INSTITUTIONS DANS LESQUELLES LES PSYCHOMOTRICIEN.NE.S DE L'ECHANTILLON EXERCENT	17
TABLEAU 5 : REPARTITION DES MOYENS DE FORMATION AUX OUTILS STANDARDISES	20
TABLEAU 6 : RAISON POUR LESQUELLES LES PSYCHOMOTRICIEN.NE.S N'UTILISENT PAS D'OUTILS STANDARDISES	24
TABLEAU 7 : DOMAINES MENTIONNES COMME ETANT PEU CIBLES PAR LES OUTILS STANDARDISES	39
TABLEAU 8 : POPULATIONS MENTIONNEES COMME ETANT INSUFFISAMMENT CIBLEES PAR LES OUTILS STANDARDISES	40

Table des figures

FIGURE 1 : REPARTITION DE L'ÉCHANTILLON DE PSYCHOMOTRICIEN.NE.S PAR SEXE	13
FIGURE 2 : REPARTITION DE L'ÉCHANTILLON DE PSYCHOMOTRICIEN.NE.S PAR REGION	14
FIGURE 3 : REPARTITION DES PSYCHOMOTRICIENS.NE.S SELON L'ANCIENNETE DANS LA PROFESSION	16
FIGURE 4 : MODE D'EXERCICE DES PSYCHOMOTRICIEN.NE.S DE L'ÉCHANTILLON	16
FIGURE 5 : REPARTITION DES PSYCHOMOTRICIEN.NE.S DE L'ÉCHANTILLON SELON LE MILIEU URBAIN OU RURAL	17
FIGURE 6 : TRANCHES D'ÂGE AUPRES DESQUELLES LES PSYCHOMOTRICIEN.NE.S INTERVIENNENT	18
FIGURE 7 : REPARTITION DES PATHOLOGIES DES PATIENTS AUPRES DESQUELLES LES PSYCHOMOTRICIEN.NE.S EXERCENT (%)	19
FIGURE 8 : REPARTITION DU NIVEAU DE CONNAISSANCE DES OUTILS STANDARDISES PAR LES PSYCHOMOTRICIEN.NE.S (%)	21
FIGURE 9 : REPARTITION DES MODES DE REFERENCES A LA PROCEDURE DES TESTS PARMIS LES UTILISATEURS D'OUTILS STANDARDISES (%)	21
FIGURE 10 : REPARTITION DES MODES DE COTATION PARMIS LES UTILISATEURS D'OUTILS STANDARDISES (%)	22
FIGURE 11 : REPARTITION DES CONNAISSANCES EN PSYCHOMETRIE DES PSYCHOMOTRICIEN.NE.S (%)	22
FIGURE 12 : REPARTITION DE L'INTERET DES PSYCHOMOTRICIEN.NE.S POUR LES QUALITES PSYCHOMETRIQUES DES TESTS (%)	23
FIGURE 13 : REPARTITION DES FREQUENCES D'UTILISATION DES OUTILS STANDARDISES (%)	23
FIGURE 14 : PROPORTION DU MODE D'EXERCICE EN FONCTION DE LA FREQUENCE D'UTILISATION D'OUTILS STANDARDISES (%)	25
FIGURE 15 : REPARTITION DE LA FREQUENCE D'UTILISATION D'OUTILS STANDARDISES EN FONCTION DU MODE D'EXERCICE	26
FIGURE 16 : PROPORTION DE L'ANCIENNETE EN FONCTION DE LA FREQUENCE D'UTILISATION D'OUTILS STANDARDISES (%)	26
FIGURE 17 : PROPORTION DU NIVEAU DE CONNAISSANCE ET D'UTILISATION DES OUTILS STANDARDISES PAR LES PSYCHOMOTRICIEN.NE.S EN FONCTION DE LA FREQUENCE D'UTILISATION (%)	27
FIGURE 18 : REPARTITION DE LA FREQUENCE D'UTILISATION D'OUTILS STANDARDISES EN FONCTION DU NIVEAU DE CONNAISSANCE ET D'UTILISATION DES OUTILS	28
FIGURE 19 : PROPORTION DES MOYENS DE FORMATION AUX OUTILS STANDARDISES EN FONCTION DE LEUR FREQUENCE D'UTILISATION (%)	29
FIGURE 20 : REPARTITION DE L'UTILISATION D'OUTILS STANDARDISES EN FONCTION DE LA FORMATION DECLAREE AUX OUTILS STANDARDISES	29
FIGURE 21 : REPARTITION DES ECHELLES ET QUESTIONNAIRES CONNUS ET UTILISES PAR LES PSYCHOMOTRICIEN.NE.S (%)	32
FIGURE 22 : REPARTITION DES BATTERIES DE TESTS CONNUES ET UTILISEES PAR LES PSYCHOMOTRICIEN.NE.S (%)	35
FIGURE 23 : MOTS ASSOCIES AUX DOMAINES INSUFFISAMMENT EVALUES PAR LES OUTILS STANDARDISES	38
FIGURE 24: MOTS ASSOCIES PAR LES PSYCHOMOTRICIEN.NE.S A « OUTILS OU TESTS STANDARDISES »	41
FIGURE 25 : ANALYSE DES SIMILITUDES DES NOTIONS D'OUTILS OU TESTS STANDARDISES CHEZ LES PSYCHOMOTRICIEN.NE.S	44

1 Introduction

L'évaluation psychomotrice, ou l'examen psychomoteur, nécessite la réalisation d'un bilan qui permet de décrire à un instant « t » les caractéristiques, potentialités, ou la symptomatologie psychomotrice d'une personne. Ce bilan s'appuie sur l'observation clinique et comprend la réalisation de tests. Ces tests permettent d'objectiver un évènement, et sont réalisés en utilisant des outils standardisés, ce qui permet de contrôler la validité des informations récoltées, de comparer les résultats d'individus entre eux et de disposer de références (ou normes).

Les tests standardisés sont des instruments de mesure qui permettent de quantifier des caractéristiques spécifiques. Leur utilisation est indispensable à tout examen clinique et donc à l'examen psychomoteur, puisqu'ils permettent d'objectiver les phénomènes ayant motivé le bilan psychomoteur. Ils permettent d'obtenir une description le plus souvent numérique d'un caractère ou d'un comportement, et de situer cette description par rapport à des normes de référence (Albaret, 2003). L'interprétation donnée à ce caractère ou comportement, en comparaison avec des normes de référence, constitue l'évaluation (Bernier & Pietrulewicz, 1997). Ainsi, les résultats des tests standardisés sont toujours à interpréter au regard des conditions d'examen, de l'entretien avec le patient et des éléments anamnestiques.

A l'heure où les cliniciens sont invités à évaluer l'efficacité de leurs actes thérapeutiques à travers les *Evidence Based Practices*, il est important de s'appuyer sur des outils permettant de mener des évaluations cliniques faisant référence à des normes, et de pouvoir mesurer objectivement les évolutions cliniques à partir des mêmes outils.

Dans le cadre des interventions psychomotrices comme dans d'autres domaines de la santé, l'utilisation d'outils standardisés, tels que les batteries de tests ou les échelles validées, est encouragée par les Instituts de Formation au métier de Psychomotricien, mais également par différents textes de recommandations dont ceux de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2018).

Ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles ne s'adressent pas uniquement aux psychomotricien.ne.s, mais concernent l'ensemble des professionnel.le.s médicaux ou paramédicaux. Elles sont définies par l'Institute of



Medicine of the National Academies comme « des propositions développées méthodiquement pour aider les praticiens et les patients à prendre des décisions cliniques appropriées dans des circonstances spécifiques » (Institute of Medicine Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines, 2011). Elles sont donc pour le professionnel de santé une aide pour et un moyen de prendre les meilleures décisions cliniques. Elles ont également pour objectif de réduire les variations dans les pratiques professionnelles et par conséquent contribuent à améliorer la situation des patients. D'un point de vue éthique, elles participent à l'égalité des chances du patient devant les possibles stratégies thérapeutiques.

Par exemple, en ce qui concerne le champ d'action des psychomotricien.ne.s, les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant l'autisme insistent sur l'importance de l'évaluation standardisée dans le bilan fonctionnel des Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA), et mentionnent un certain nombre de tests ou batteries dont l'utilisation est recommandée à l'ensemble des professionnels intervenant auprès de personnes avec un Trouble du Spectre de l'Autisme. L'European Academy for Childhood Disability cite également plusieurs outils standardisés dans l'évaluation des Troubles de l'Acquisition de la Coordination (Blank, Smits Engelsman, Polatajko, & Wilson, 2012). Ces recommandations de bonnes pratiques ne concernent pas uniquement les troubles du neuro-développement. Par exemple, les recommandations concernant le syndrome de Down mentionnent l'échelle *Peabody Developmental Motor Scales* comme utile pour évaluer les aptitudes fonctionnelles motrices des jeunes enfants porteurs d'un syndrome de Down, et encouragent l'utilisation d'échelles normées pour évaluer le développement moteur des enfants de 4 à 12 mois. Cette recommandation est notée de grade A, basée sur un haut niveau de preuves issues de la recherche.

Les outils spécifiques à l'évaluation psychomotrice sont peu nombreux en France. Plusieurs batteries ont cependant été validées en population française ces dernières années, augmentant ainsi l'arsenal des outils d'évaluation. Toutefois, il reste des domaines dans lesquels le développement d'outils reste encore peu important, notamment chez l'adulte ou la personne âgée. Il existe par ailleurs, des tests anciens qui ont été re-étalonnés ou réadaptés, tels que les *Labyrinthes de Porteus* (1914) avec le



Laby 5-12 (2010) ou le Test d'imitation de gestes de Bergès et Lézine (1972) avec l'EMG : évaluation de la motricité gnosopraxique distale).

Il n'existe à ce jour pas de *gold standard* en matière d'évaluation psychomotrice : les psychomotricien.ne.s utilisent dans leur bilan plusieurs tests, batteries ou échelles qu'ils/elles peuvent associer à leurs observations cliniques, ou bien ils/elles se basent uniquement sur ces dernières sans utiliser de tests. Chaque examen ou bilan psychomoteur est donc différent et dépend du professionnel qui l'a réalisé, mais aussi du motif de consultation, ainsi que des caractéristiques idiosyncratiques du sujet évalué, rendant ainsi l'harmonisation du bilan plus difficile.

La façon dont les psychomotricien.ne.s se sont approprié.e.s les outils standardisés et les utilisent n'est pas bien connue. Nous avons réalisé une enquête auprès de psychomotriciens.ne.s avec pour objectif de faire un état des lieux de l'utilisation des outils standardisés dans l'évaluation psychomotrice. Par ce terme « d'outil standardisé », nous désignons les batteries de tests standardisées, les échelles et les auto-questionnaires validés et normés. Nous utiliserons dans ce rapport l'acronyme OS pour désigner l'ensemble des outils ou tests standardisés.

Ce rapport fait une synthèse des réponses des participant.e.s à cette enquête et permet de faire le point sur les connaissances, les pratiques actuelles et les besoins des psychomotricien.ne.s concernant les outils d'évaluation en psychomotricité.

2 Méthodologie

2.1 Objectifs de l'enquête

Déterminer la proportion de psychomotricien.ne.s s'appuyant sur des outils standardisés (OS) dans la pratique du bilan psychomoteur.

Les objectifs secondaires :

- Décrire les caractéristiques des psychomotricien.ne.s utilisant des OS lors de l'évaluation psychomotrice (tranche d'âge, domaine d'exercice (sanitaire, médico-social, libéral), ancienneté dans la profession).
- Caractériser les connaissances des OS par les psychomotricien.ne.s
- Identifier les limites à l'utilisation d'OS par les psychomotricien.ne.s

2.2 Critères de participation

Psychomotricien.ne Diplômé.e d'Etat exerçant une activité de psychomotricien.ne en France, disposant d'une connexion internet pour prendre connaissance de l'enquête et pouvoir y participer.

2.3 Moyen de diffusion et durée de l'enquête

L'enquête a été proposée à partir d'un document Google Form mis en ligne le 06/12/2018. Elle a duré 6 mois et les données ont été exportées le 06/07/2019.

Le lien vers l'enquête a été :

- distribué par e-mail à 37 associations de psychomotriciens,
- mis en ligne sur les sites internet de la Fédération Française des Psychomotriciens et du Syndicat National d'Union des Psychomotriciens
- partagé sur les réseaux sociaux de type LinkedIn ou Facebook (uniquement aux groupes s'adressant aux psychomotricien.ne.s)
- diffusés et relayés par e-mails par les psychomotricien.ne.s entre eux/elles à partir de leurs réseaux professionnels personnels.

2.4 Aspects statistiques

Selon le Département des méthodes et systèmes d'information (DREES), en 2019, l'effectif des psychomotricien.ne.s exerçant en France était de 13 600.

1376 personnes ont répondu à l'enquête diffusée. Soit un taux de réponse évalué à 10% des psychomotricien.ne.s exerçant en France.

Fiabilité de l'enquête :

Etant donné le nombre de psychomotricien.ne.s exerçant en France (13 600) et le nombre de répondant à cette enquête (1376), en considérant un niveau de confiance de 95% la marge d'erreur de cette enquête est de 2,5%.

Analyse statistique descriptive :

L'analyse principale de cette enquête porte sur la proportion (%) de psychomotricien.ne.s utilisant des OS dans leur pratique professionnelle.

Les analyses secondaires portent sur les différentes caractéristiques de l'échantillon enquêté, présentées sous forme de pourcentages et/ou effectifs.

Le vocabulaire le plus utilisé est présenté sous forme de nuage de mot ou associé aux fréquences d'utilisation. L'analyse de similitude sera utilisée pour montrer le lien et la force du lien entre les mots utilisés. Le vocabulaire a été analysé à partir du logiciel d'analyse textuelle Iramuteq.

3 Résultats

3.1 Description de l'échantillon des psychomotricien.ne.s enquêté.e.s

3.1.1 Effectif, âge et zone d'activité



Les caractéristiques d'âge et de sexe des psychomotricien.ne.s ayant répondu à l'enquête sont présentées dans le tableau 1. Au regard des données de la DREES de 2019, la répartition en genres est représentative de celle des psychomotricien.ne.s exerçant actuellement en France (Figure 1).

Tableau 1 : Caractéristiques d'âge et de sexe de l'échantillon des psychomotricien.ne.s ayant répondu à l'enquête

	Echantillon			Données DREES 2019		
	H	F	total	H	F	total
Effectif (%)	101 (7.3%)	1275 (92.7%)	1376	1408 (10.4%)	12192 (89.6%)	13600
Age moyenne ± écart-type	37.3 ± 10.5	34.4 ± 9.7	34.6 ± 9.7	46.1	39.2	39.9
étendue	23-70	21-66	21-70			

Figure 1 : Répartition de l'échantillon de psychomotricien.ne.s par sexe

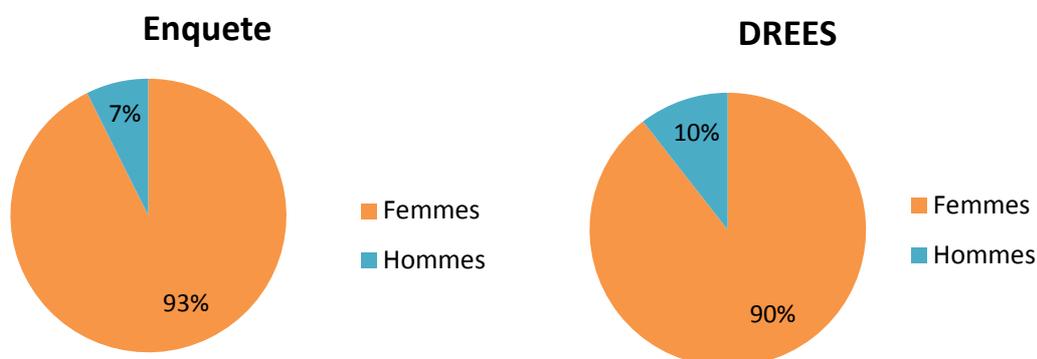


Tableau 2 : Répartition de l'échantillon de psychomotricien.ne.s par région

Régions	Echantillon % (n)	DREES 2019 (n ; %)
Auvergne-Rhône-Alpes	11.1 (153)	12 (1628)
Bourgogne-Franche-Comté	3.5 (48)	3.1 (416)
Bretagne	6.1 (84)	3.7 (506)
Centre-Val de Loire	4.7 (64)	3.1 (416)
Corse	0.3 (4)	0.4 (58)
Grand Est	6.7 (92)	4.6 (631)
Hauts de France	5 (69)	8.7 (1190)
Ile-de-France	23.5 (323)	27.3 (3718)
Normandie	5.3 (73)	3.7 (504)
Nouvelle aquitaine	10.1 (139)	9.7 (1318)
Occitanie	7.4 (102)	9.6 (1304)
Pays de la Loire	3.9 (53)	4.1 (563)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	7.6 (104)	7.6 (1037)
DROM	4.7 (64)	2.3 (311)
TOM	0.3 (4)	NC

Les psychomotricien.ne.s de la région Ile de France sont les plus représenté.e.s dans notre échantillon comme c'est le cas dans les données 2019 de la DREES.

Il existe une variation maximale de plus ou moins 4% dans la répartition des psychomotricien.ne.s de notre échantillon selon leur région d'exercice par rapport à celle

issue des données DREES 2019, ce qui témoigne d'une bonne représentativité de notre échantillon concernant la répartition des professionnel.le.s sur le territoire.

La figure 2 montre la proportion des psychomotricien.ne.s enquêté.e.s par région, de la région la plus représentée à la moins représentée.

Figure 2 : Répartition de l'échantillon de psychomotricien.ne.s par région

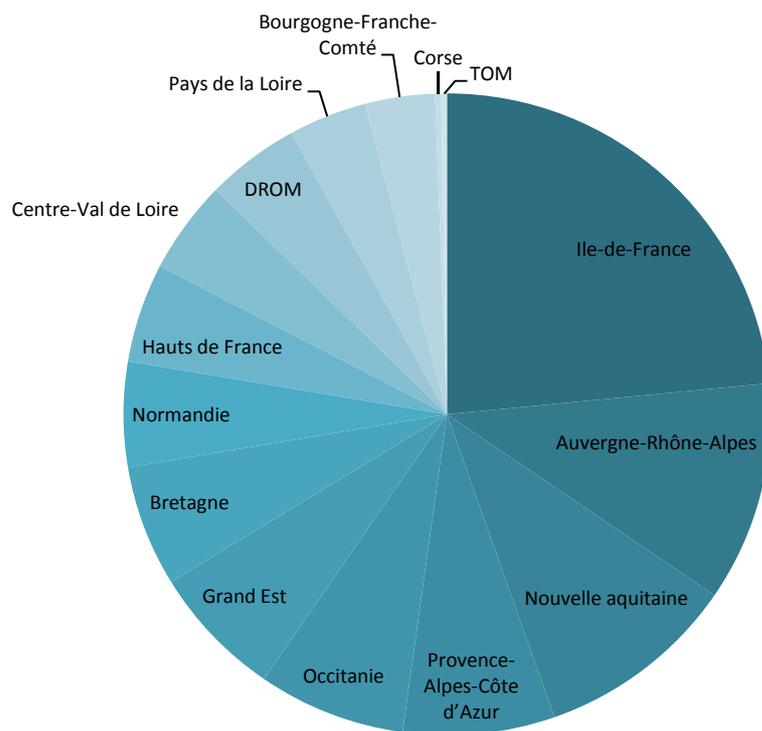


Tableau 3 : Répartition des psychomotricien.ne.s de l'échantillon par département

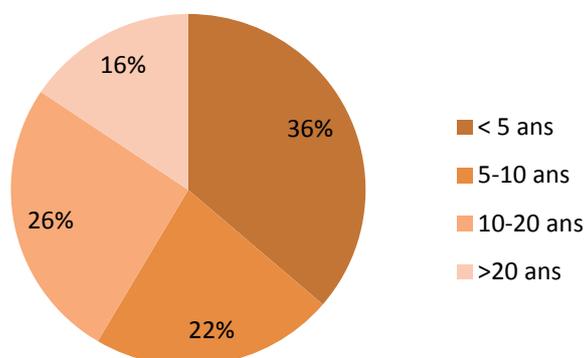
Départements	Echantillon % (n)	DREES % (n)
01-Ain	0.9 (13)	0.9 (126)
02-Aisne	0.4 (5)	0.4 (55)
03-Allier	0.1 (1)	0.3 (38)
04-Alpes-de-Haute-Provence	0.4 (5)	0.4 (51)
05-Hautes-Alpes	0.2 (3)	0.3 (48)
06-Alpes-Maritimes	20 (1.5)	1.3 (175)
07-Ardèche	2 (0.1)	0.3 (45)
08-Ardenne	3 (0.2)	0.3 (42)
09-Ariège	1 (0.1)	0.2 (29)
10-Aube	5 (0.4)	0.4 (51)
11-Aude	8 (0.6)	0.4 (55)
12-Aveyron	1 (0.1)	0.4 (57)
13-Bouche du Rhône	3.4 (47)	3.4 (465)
14-Calvados	1.2 (17)	0.8 (111)
15-Cantal	0.1 (1)	0.1 (20)
16-Charente	0.7 (9)	0.6 (84)
17-Charente-Maritime	0.7 (9)	0.7 (101)
18-Cher	0.9 (12)	0.3 (44)
19-Corrèze	0.4 (6)	0.3 (45)
2A-Corse du Sud	0 (0)	0.2 (29)
2B-Haute-Corse	0.3 (4)	0.2 (29)
21-Côte-d'Or	0.4 (6)	0.7 (92)
22-Côte d'Armor	0.5 (7)	0.7 (101)
23-Creuse	0.3 (4)	0.1 (17)
24-Dordogne	0.2 (3)	0.7 (97)
25-Doubs	0.7 (10)	0.6 (79)
26-Drôme	0.7 (9)	0.9 (129)
27-Eure	0.4 (6)	0.6 (83)
28-Eure-et-Loir	1 (14)	0.4 (62)
29-Finistère	1.8 (25)	1.1 (146)
30-Gard	0.6 (8)	0.8 (109)
31-Haute-Garonne	3.2 (44)	3.3 (451)
32-Gers	0.1 (2)	0.4 (61)
33-Gironde	2.9 (40)	3 (410)
34-Hérault	0.9 (13)	1.4 (194)
35-Ile-et-Vilaine	1.8 (25)	0.9 (120)
36-Indre	0.4 (6)	0.2 (31)
37-Indre-et-Loire	0.8 (11)	0.8 (117)
38-Isère	1.5 (20)	2 (272)
39-Jura	0.7 (10)	0.3 (39)
40-Landes	0.7 (10)	0.6 (81)
41-Loir-et-Cher	0.9 (8)	0.4 (50)
42-Loire	0.1 (13)	0.9 (125)
43-Haute-Loire	0.1 (2)	0.3 (38)
44-Loire-Atlantique	1.7 (23)	1.6 (221)
45-Loiret	0.9 (13)	0.8 (112)
46-Lot	0.2 (3)	0.3 (38)
47-Lot-et-Garonne	0.4 (5)	0.5 (35)
48-Lozère	0.1 (2)	0.2 (22)
49-Maine-et-Loire	0.3 (4)	0.9 (121)
50-Manche	13 (0.9)	0.5 (66)
51-Marne	1.2 (16)	0.6 (85)
52-Haute-Marne	0.1 (1)	0.1 (20)
53-Mayenne	0.1 (2)	0.3 (46)
54-Meurthe-et-Moselle	1.2 (16)	0.4 (59)
55-Meuse	1 (0.1)	0.1 (19)
56-Morbihan	2 (27)	0.9 (139)
57-Moselle	0.9 (12)	0.6 (81)
58-Nièvre	0.2 (3)	0.3 (44)
59-Nord	2.1 (29)	4.9 (673)
60-Oise	1.2 (16)	1.2 (161)
61-Orne	0.5 (7)	0.3 (46)
62-Nord-Pas-de-Calais	1 (14)	1.6 (220)
63-Puy-de-Dôme	0.5 (7)	0.6 (80)
64-Pyrénées-Atlantiques	1.5 (21)	1.6 (226)
65-Hautes-Pyrénées	0.1 (2)	0.5 (68)
66-Pyrénées-Orientales	0.4 (6)	0.5 (72)
67-Bas-Rhin	1 (14)	0.8 (107)
68-Haut-Rhin	1.1 (15)	0.9 (124)
69-Rhône	4.7 (64)	3.5 (473)
70-Haute-Saône	0.1 (2)	0.2 (26)
71-Saône-et-Loire	0.7 (10)	0.5 (58)
72-Sarthe	0.8 (11)	0.4 (67)
73-Savoie	0.8 (11)	0.7 (100)
74-Haute-Savoie	0.7 (10)	1.3 (165)
75-Paris	4.1 (57)	5.2 (706)
76-Seine-Maritime	2.2 (30)	1.4 (198)
77-Seine-et-Marne	3.7 (51)	2.6 (356)
78-Yvelines	3.9 (53)	3.9 (525)
79-Deux-Sèvres	0.3 (4)	0.4 (59)
80-Somme	0.4 (5)	0.6 (81)
81-Tarn	0.5 (7)	0.6 (87)
82-Tarn-et-Garonne	0.4 (5)	0.4 (61)
83-Var	1.4 (19)	1.5 (209)
84-Vaucluse	0.7 (10)	0.6 (89)
85-Vendée	0.9 (13)	0.8 (115)
86-Vienne	0.5 (7)	0.5 (69)
87-Haute-Vienne	1.5 (21)	0.5 (65)
88-Vosges	0.7 (9)	0.3 (43)
89-Yonne	0.4 (6)	0.3 (44)
90-Territoire de Belfort	0.1 (1)	0.2 (25)
91-Essonne	2.1 (29)	2.6 (332)
92-Hauts-de-Seine	4.2 (58)	3.9 (533)
93-Seine-Saint-Denis	2 (27)	3.2 (435)
94-Val-de-Marne	1.9 (26)	3.2 (433)
95-Val-d'Oise	1.6 (22)	2.5 (340)
971-Guadeloupe	0.1 (2)	0.4 (60)
972-Martinique	0.2 (3)	0.5 (63)
973-Guyane	0.4 (5)	0.3 (37)
974-La Réunion	3.9 (53)	1 (144)
976- Mayotte	0.1 (1)	0.05 (7)
987- Polynésie Française	0.1 (1)	NC
988- Nouvelle Calédonie	0.2 (3)	NC

3.1.2 Caractéristiques professionnelles des psychomotricien.ne.s

- Début d'exercice

Les psychomotricien.ne.s ayant répondu à l'enquête ont une ancienneté dans la profession variable : de moins de 5 ans d'activité à plus de 20 ans d'activité (Figure 3). L'échantillon est majoritairement constitué de professionnel.le.s ayant moins de 10 années d'exercice (58%).

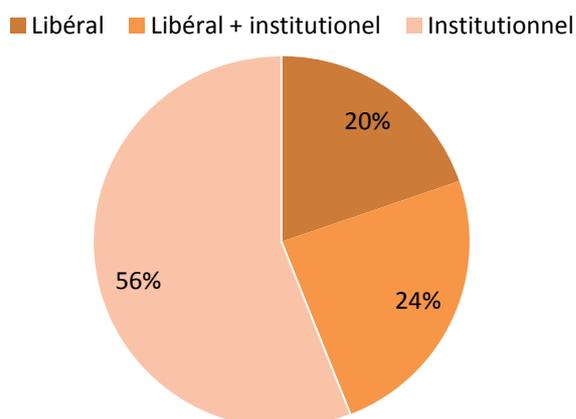
Figure 3 : Répartition des psychomotriciens.ne.s selon l'ancienneté dans la profession



- Mode d'exercice

L'échantillon est majoritairement représenté par des professionnel.le.s exerçant en institution (Figure 4). Toutefois 44% des psychomotricien.ne.s ont une activité libérale, qu'elle soit associée ou non à une activité institutionnelle (Figure 4). Ce pourcentage est supérieur à celui de la DREES concernant la répartition des professionnel.le.s en 2019, puisque les libéraux (activité mixte ou libérale seule) représentent 24% des professionnel.le.s.

Figure 4 : Mode d'exercice des psychomotricien.ne.s de l'échantillon



Parmi ces 44% de professionnel.le.s exerçant une activité libérale (seule ou mixte), 36% ont moins de 5 ans d'exercice, 23% ont entre 5 et 10 ans d'exercice, 26% ont entre 10 et 20 ans d'exercice, et 15% ont plus de 20 ans d'exercice.

Parmi les institutions dans lesquelles exercent les psychomotricien.ne.s, les instituts médico-sociaux sont les plus représentés, avant les centres hospitaliers (Tableau 4).

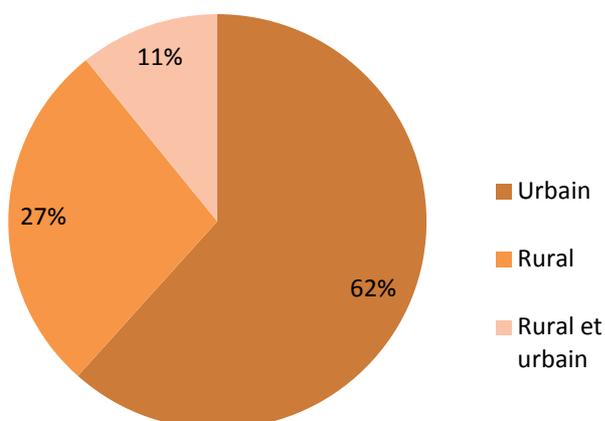
Tableau 4 : Types d'institutions dans lesquelles les psychomotricien.ne.s de l'échantillon exercent

Type d'institution	
Institut médico-social	63%
Centre hospitalier	26%
Etablissement de santé privé	6%
Crèche, PMI, pouponnière	2%
Autre (association, école maternelle, prison etc.)	3%

- Milieu d'exercice

Une majorité des psychomotricien.ne.s de l'échantillon exerce en milieu urbain (Figure 5).

Figure 5 : Répartition des psychomotricien.ne.s de l'échantillon selon le milieu urbain ou rural



- Population concernée

74,4% des psychomotricien.ne.s enquêté.e.s exercent auprès d'enfants de moins de 12 ans (Figure 6). Ils/Elles exercent majoritairement auprès de personnes ayant des troubles du neuro-développement (20%), ou des déficiences intellectuelles et/ou troubles cognitifs (17%) (Figure 7). Le suivi de jeunes enfants sans précision sur la psychopathologie ou les difficultés représente 11% de l'activité des psychomotricien.ne.s enquêté.e.s. Les autres publics auprès desquels les psychomotricien.ne.s exercent sont présentés dans la figure 7.

Figure 6 : Tranches d'âge auprès desquelles les psychomotricien.ne.s interviennent

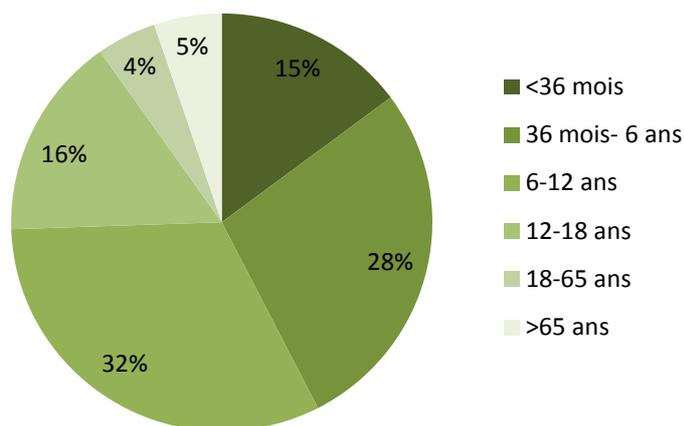
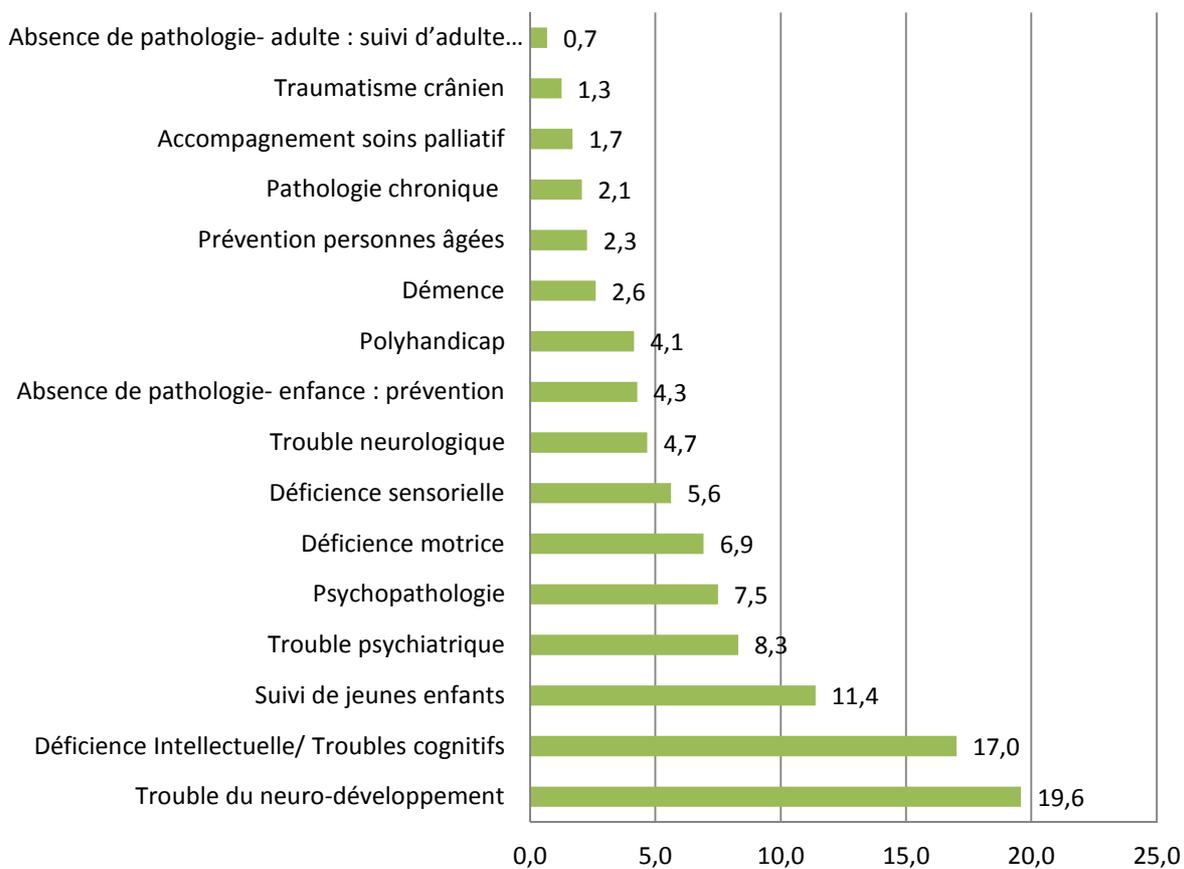


Figure 7 : Répartition des pathologies des patients auprès desquelles les psychomotricien.ne.s exercent (%)



3.2 Résultats relatifs aux outils standardisés

3.2.1 Formation aux outils standardisés

60% des professionnel.le.s déclarent avoir été formé.e.s pendant de leur Diplôme d'Etat de psychomotricien (Tableau 5). Plus d'un quart des professionnel.le.s déclare avoir appris de façon autodidacte ou grâce au bouche à oreille.

Tableau 5 : Répartition des moyens de formation aux outils standardisés

Formation % (n)	
N'a pas été formé	5% (69)
Formation pendant les études : DE de psychomotricité	60% (822)
Formation pendant les études : hors DE de psychomotricité	2% (25)
Formation par un organisme	6% (77)
Bouche à oreille (collègues, étudiants)	12% (166)
A appris seul	16% (217)

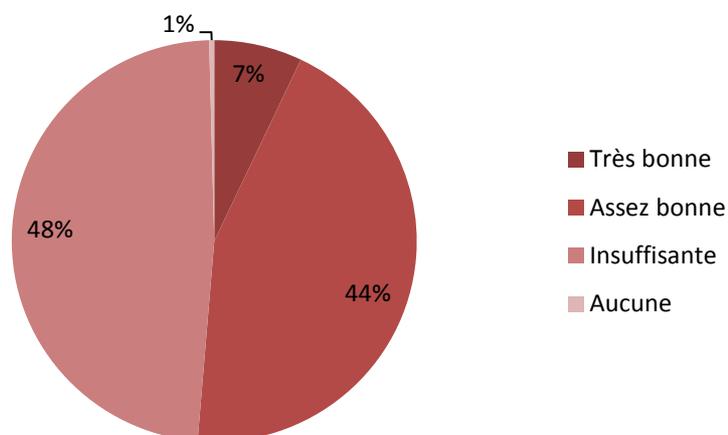
Parmi les professionnel.le.s déclarant ne pas avoir été formé.e.s (5%), 22% ont moins de 5 ans d'exercice, 22% ont entre 5 et 10 ans d'exercice, 30% ont entre 10 et 20 ans d'exercice et 26% ont plus de 20 ans d'exercice.

Parmi les 554 professionnel.le.s qui déclarent ne pas avoir été formé.e.s pendant leur DE de psychomotricité (40%), 21,5 % exercent depuis moins de 5 ans, 21,1% exercent depuis 5 à 10 ans, 32,% exercent depuis 10 à 20 ans et 25,3% exercent depuis plus de 20 ans. Des proportions similaires sont retrouvées quelle que soit la durée d'exercice.

3.2.2 Connaissance des outils standardisés et de leur utilisation

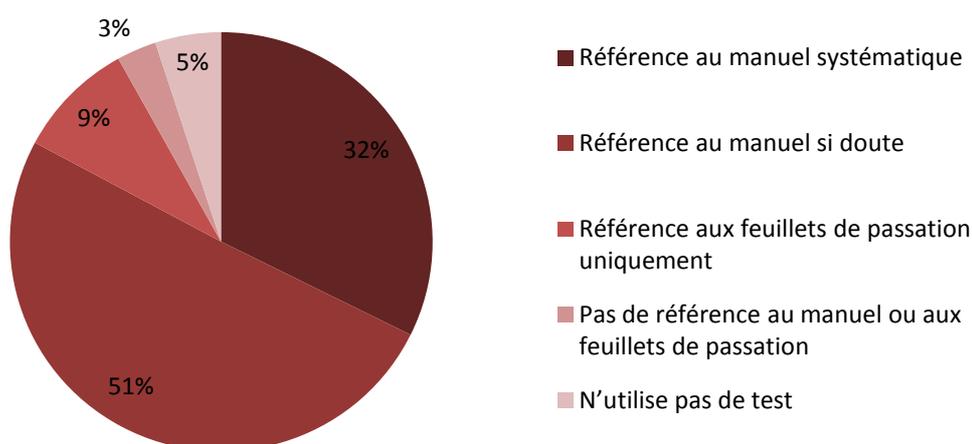
Il existe une différence de répartition des professionnel.le.s concernant la connaissance des OS, 7 % des psychomotricien.ne.s de l'enquête déclarent avoir une très bonne connaissance des OS et de leur utilisation alors que 49% déclarent une connaissance insuffisante ou nulle (Figure 8). Curieusement, parmi ces derniers, 57% sont des professionnel.le.s exerçant depuis moins de 10 ans alors qu'ils/elles sont 15% à exercer depuis plus de 20 ans. L'ancienneté dans la profession n'explique pas cette insuffisance de connaissance.

Figure 8 : Répartition du niveau de connaissance des outils standardisés par les psychomotricien.ne.s (%)



Concernant les procédures et passations de test, 32% des utilisateurs d'OS se réfèrent au manuel du test de façon systématique, et 51% en cas de doute (Figure 9). L'enquête ne permet pas de préciser si les psychomotricien.ne.s se réfèrent aux manuels pour connaître les tables d'étalonnage et/ou la procédure de passation et/ou les aspects psychométriques du test, ou si la totalité des manuels est consultée.

Figure 9 : Répartition des modes de références à la procédure des tests parmi les utilisateurs d'outils standardisés (%)



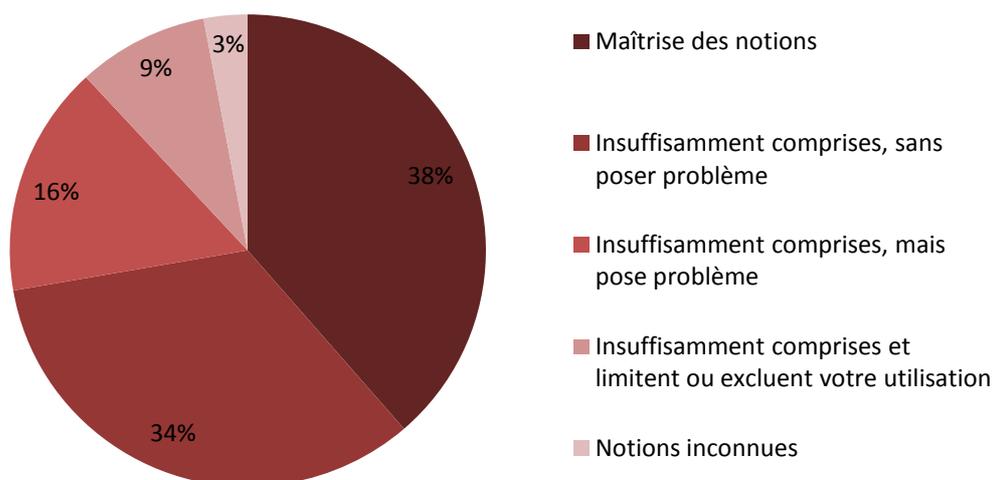
Concernant la cotation des tests, 83% des utilisateurs déclarent se référer aux tables d'étalonnage (Figure 10) et 17% ne cotent pas les tests, peut-être par choix ou impossibilité, soit parce qu'ils ne savent pas coter les tests (6%).

Figure 10 : Répartition des modes de cotation parmi les utilisateurs d'outils standardisés (%)



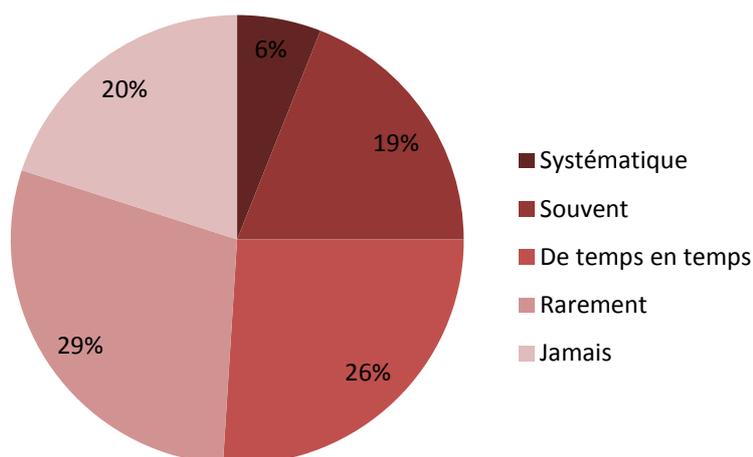
Concernant les connaissances en psychométrie, 38% des psychomotricien.ne.s déclarent maîtriser ou bien comprendre les notions de percentile, d'écart-type, de note standard ou de médiane (Figure 11). Quasiment la même proportion (34 %) déclare ne pas maîtriser ces notions, sans pour autant que cela limite leur utilisation des OS. Vingt huit pour cent de professionnel.le.s sont gêné.e.s, voir peuvent être limité.e.s dans leur utilisation des OS, car les notions de psychométrie leur sont inconnues ou insuffisamment comprises.

Figure 11 : Répartition des connaissances en psychométrie des psychomotricien.ne.s (%)



Six pour cent des professionnel.le.s s'intéressent systématiquement aux qualités psychométriques des tests (effectifs, validité, sensibilité etc.) et 49% ne s'y intéressent jamais ou rarement (Figure 12).

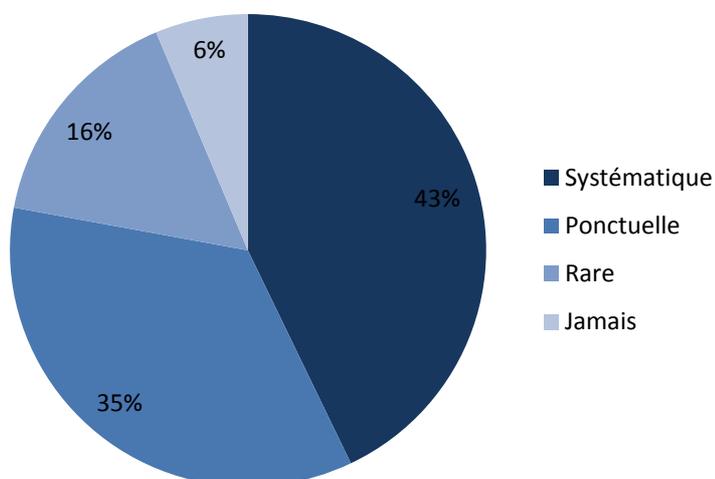
Figure 12 : Répartition de l'intérêt des psychomotricien.ne.s pour les qualités psychométriques des tests (%)



3.2.3 Utilisation des outils standardisés

La fréquence d'utilisation des OS la plus citée par les psychomotricien.ne.s est « systématique » (43%, n=590) (Figure 13).

Figure 13 : Répartition des fréquences d'utilisation des outils standardisés (%)



Six pour cent de professionnel.le.s mentionnent ne pas utiliser d'OS dans leur pratique. La répartition des raisons pour lesquelles les psychomotricien.ne.s n'utilisent pas d'OS est présentée dans le tableau 6 : L'inadaptation des OS à la population d'exercice est la raison la plus fréquemment mentionnée.

Tableau 6 : Raison pour lesquelles les psychomotricien.ne.s n'utilisent pas d'outils standardisés

Raison pour la/lesquelle.s vous n'utilisez pas d'OS % (n)	
Les outils standardisés ne vous semblent pas adaptés à la population avec laquelle vous travaillez	64% (56)
Vous n'êtes pas à l'aise avec les tests et échelles ou ne vous sentez pas suffisamment formé.e	16% (14)
Pour vous les outils standardisés sont un frein à la clinique	6% (5)
Seule l'observation vous semble importante ou nécessaire et la mesure n'est pas utile	0% (0)
Les tests vous semblent réducteurs	1% (1)
Autres raisons ou sans réponse	13% (11)
L'absence d'outils dans l'institution	6% (5)
Le coût trop élevé ou le manque de budget	3% (3)
L'intervention professionnelle dans un cadre de prévention, suggérant que l'utilisation d'OS n'est pas nécessaire	2% (2)

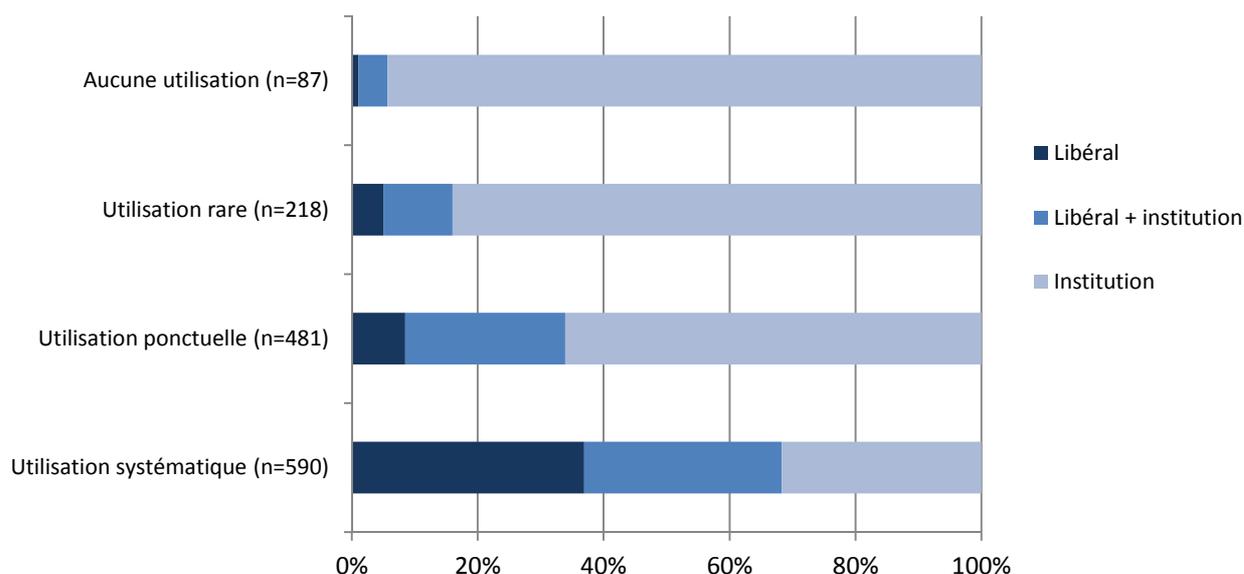
3.2.4 Profils des utilisateurs d'outils standardisés

Dans les parties suivantes nous décrirons le profil des utilisateurs d'OS en fonction de leur mode d'activité, de leur ancienneté dans la profession, de leur connaissance des OS et de leur formation.

3.2.4.1 Selon le mode d'activité

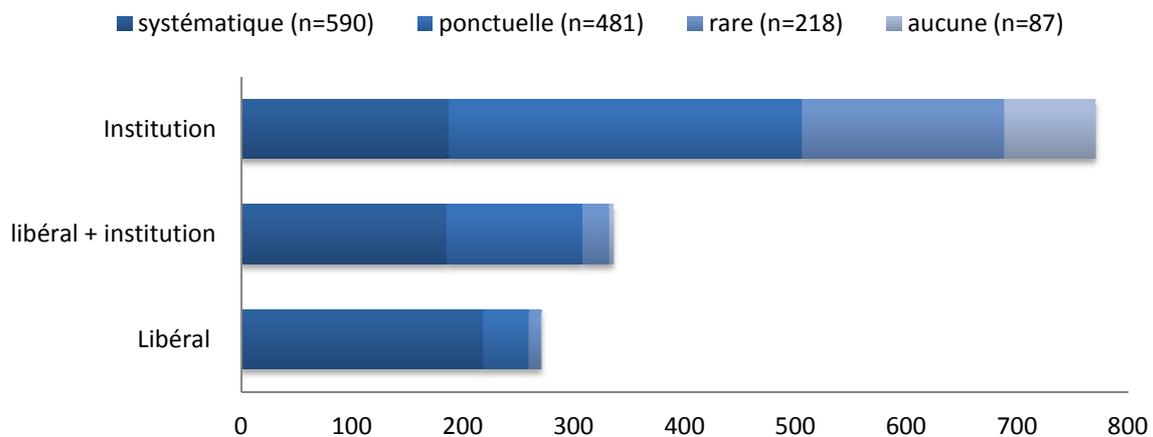
Parmi les professionnel.le.s qui utilisent le plus fréquemment les OS (n=590) 37% exercent en libéral, 31% ont une activité mixte (libérale + d'institution) et 32% exercent en institution. Parmi les professionnel.le.s n'utilisant que rarement ou jamais d'OS, les psychomotricien.ne.s en institution sont les plus représenté.e.s (Figure 14).

Figure 14 : Proportion du mode d'exercice en fonction de la fréquence d'utilisation d'outils standardisés (%)



La figure 15 montre comment les psychomotricien.ne.s utilisent les OS en fonction de leur mode d'activité. Parmi les 271 libéraux, une très grande majorité (plus de 200) déclarent avoir une utilisation systématique des OS. C'est auprès des psychomotricien.ne.s exerçant en institution que la proportion d'utilisateur rare et de non utilisateur d'OS est la plus grande.

Figure 15 : Répartition de la fréquence d'utilisation d'outils standardisés en fonction du mode d'exercice



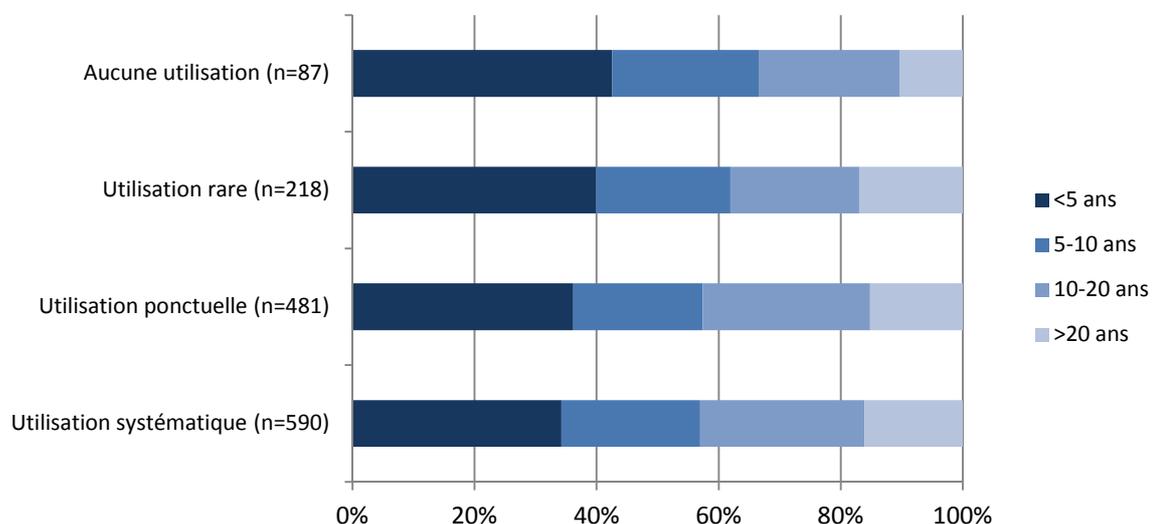
3.2.4.2 Selon l'ancienneté dans la profession

La fréquence d'utilisation des OS ne diffère pas selon l'ancienneté d'exercice des psychomotrien.ne.s.

Parmi les utilisateurs systématique d'OS, 34% sont de jeunes professionnel.le.s (< 5 ans d'exercice) et 16% des professionnel.le.s ayant plus de 20 ans d'exercice.

Parmi celles et ceux n'utilisant jamais d'OS, 43% sont également de jeunes professionnel.le.s contre 10% des professionnel.le.s ayant plus de 20 ans d'exercice (Figure 16).

Figure 16 : Proportion de l'ancienneté en fonction de la fréquence d'utilisation d'outils standardisés (%)

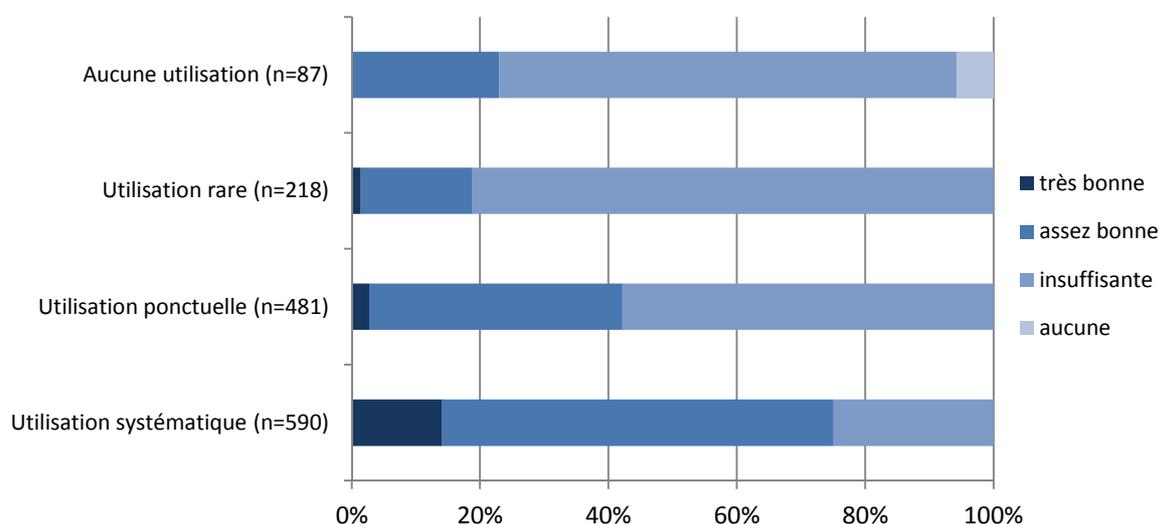


3.2.4.3 Selon le niveau de connaissance des outils

Une grande majorité des utilisateurs systématiques (75%) déclarent une très bonne ou assez bonne connaissance des OS. Ils sont toutefois 25% à déclarer une connaissance insuffisante des OS et de leur utilisation.

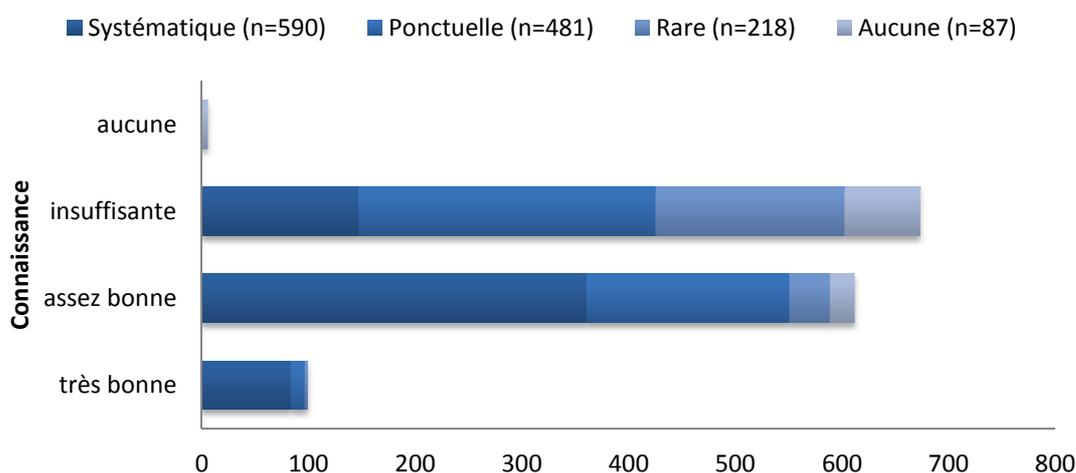
Parmi celles et ceux n'utilisant pas d'OS, plus de 75% déclarent avoir une connaissance insuffisante, voire une méconnaissance, des OS.

Figure 17 : Proportion du niveau de connaissance et d'utilisation des outils standardisés par les psychomotricien.ne.s en fonction de la fréquence d'utilisation (%)



La figure 18 montre comment les psychomotricien.ne.s utilisent les OS en fonction du niveau de connaissance qu'ils en ont

Figure 18 : Répartition de la fréquence d'utilisation d'outils standardisés en fonction du niveau de connaissance et d'utilisation des outils



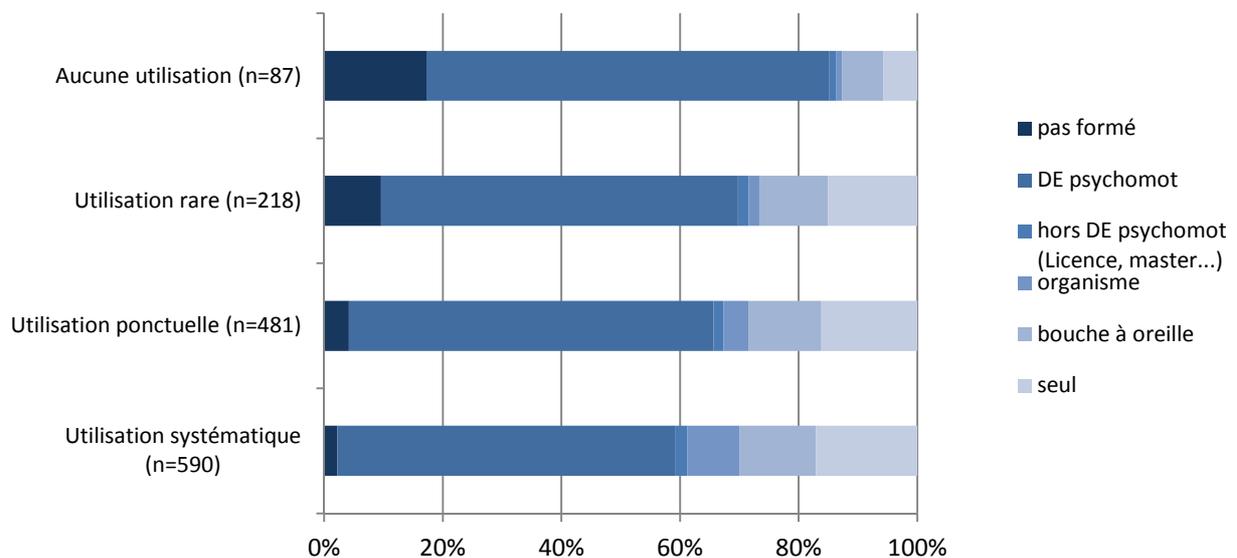
Les figures 17 et 18 montrent que ce qui semble freiner les psychomotricien.ne.s dans leur utilisation des OS est leur connaissance insuffisante des OS et de leur utilisation.

3.2.4.4 Selon leur formation

Quelques soient les fréquences d'utilisation des OS, la majorité des psychomotricien.ne.s déclare avoir été formée au cours du DE de psychomotricien.

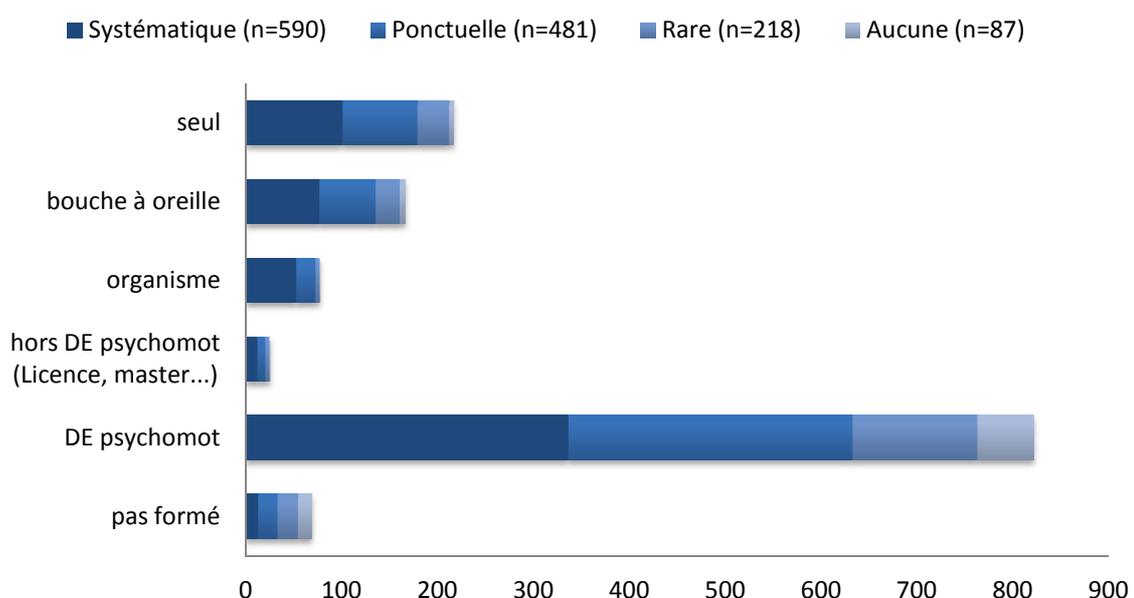
Parmi les utilisateurs systématiques est retrouvée une majorité des professionnel.le.s déclarant avoir été formé.e.s pendant leurs études (57% lors du DE de psychomotricien, 2% en Licence, Master ou autre). Toutefois, près de 41% des utilisateurs systématiques ont utilisé d'autres moyens de formation : 17% ont appris seul, 13% ont appris de bouche à oreille (Figure 19).

Figure 19 : Proportion des moyens de formation aux outils standardisés en fonction de leur fréquence d'utilisation (%)



La figure 20 montre comment se répartit la fréquence d'utilisation des OS par les psychomotricien.ne.s en fonction de leur formation aux OS.

Figure 20 : Répartition de l'utilisation d'outils standardisés en fonction de la formation déclarée aux outils standardisés



Parmi les psychomotricien.ne.s formé.e.s aux OS au cours de leur formation au DE de psychomotricien tous les types d'utilisateurs sont retrouvés. Toutefois un grand nombre



de professionnel.le.s déclarant avoir été formé.e.s pendant leur DE ont une utilisation rare ou aucune utilisation des OS (Figure 19).

Une proportion importante d'utilisateur systématique d'OS est également retrouvée parmi les professionnel.le.s ayant été formé.e.s par des organismes spécifiques ou de bouche à oreille. Les psychomotricien.ne.s déclarant avoir appris seul.e.s sont majoritairement des utilisateurs systématiques ou ponctuels d'OS.

→ Les professionnel.le.s qui utilisent plus systématiquement les OS sont plutôt des libéraux, qui déclarent une meilleure connaissance des OS et qui déclarent en majorité avoir été formé.e.s lors du DE de psychomotricien, pour autant un pourcentage non négligeable déclarent s'être formé.e.s autrement, notamment seul.

Il est également très intéressant de noter que l'ancienneté dans la profession n'est pas un critère discriminant les utilisateurs d'OS des non-utilisateurs d'OS. En effet, nous retrouvons la même répartition concernant l'ancienneté dans la profession chez tous les profils d'utilisateurs. En d'autre terme, les professionnel.le.s qui utilisent le moins les OS ne sont pas forcément celles/ceux qui exercent depuis le plus longtemps (> 20 ans d'exercice), et inversement, parmi les utilisateurs systématiques d'OS il n'y a pas une plus grande proportion de jeunes professionnel.le.s (<5 ans d'exercice).

Une connaissance insuffisante des OS et de leur utilisation semble être ce qui freine les psychomotricien.ne.s dans leur utilisation des OS.

3.2.5 Nature des outils standardisés connus et utilisés

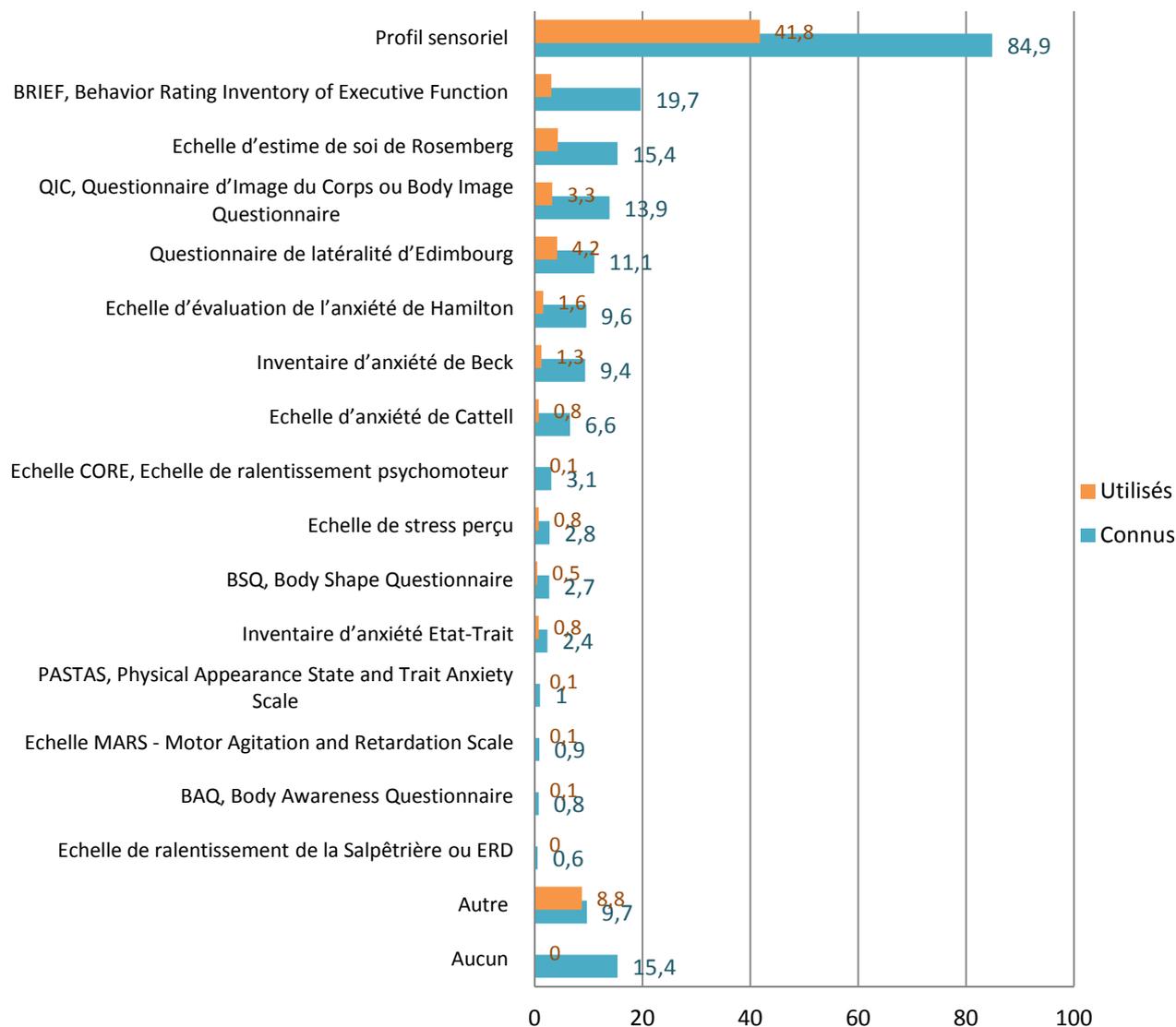
3.2.5.1 Echelles, questionnaires ou auto-questionnaires

Les échelles/ questionnaires, et les auto-questionnaires sont utilisés par 71% et 15% des psychomotricien.ne.s, respectivement.

La figure 21 présente la proportion d'utilisation des différents OS, du plus connu au moins connu des professionnel.le.s. Le profil sensoriel de Dunn est connu par près de 85% des psychomotricies.ne.s et utilisé par presque la moitié.

Les autres échelles et questionnaires ne sont que très peu connus et la plupart ne sont pas utilisés (<1%).

Figure 21 : Répartition des échelles et questionnaires connus et utilisés par les psychomotricien.ne.s (%)



Près de 10% des psychomotricien.ne.s ont répondu connaître ou utiliser d'autres OS (réponse « autre » ci-dessus).

Autres échelles/ questionnaires connus et utilisés :

Autres connus	Autres utilisés
L'échelle de Connors (x22)	L'échelle de Connors (x27)
Le questionnaire M-ABC (x14)	Le questionnaire M-ABC (x14)
Le Q-TAC/ DCDQ-FC : Developmental Coordination Disorder Questionnaire-French Canadian (x11)	Le Q-TAC/ DCDQ-FC : Developmental Coordination Disorder Questionnaire-French Canadian (x9)
La CARS (x10)	La CARS (x7)
La Vineland (x9)	La Vineland (x8)
Le NPI-ÉS (x5)	Le NPI-ÉS (x2)
FES : falls efficacy scale (x5)	
Doloplus / Algoplus (x5)	

M-CHAT (x4)	M-CHAT (x4)
GDS : Geriatric depression scale (x3)	GDS : Geriatric depression scale (x3)
Echelle de Denver (x3)	Echelle de Denver (x3)
ESAA : Évaluation Sensorielle de l'Adulte avec Autisme (x2)	ESAA : Évaluation Sensorielle de l'Adulte avec Autisme (x2)
R-CMAS : Echelle d'anxiété manifeste pour enfant (x2)	
RAWS : Echelle de déambulation d'Algases (x2)	
MCRO : Modèle Canadien du rendement occupationnel (x2)	MCRO : Modèle Canadien du rendement occupationnel (x3)
IDE : inventaire de développement de l'enfant (x2)	IDE : inventaire de développement de l'enfant (x3)
Echelle de Brown ADD (x2)	
Echelle Alarme Détresse Bébé (ADBB) (x2)	
	Echelle de Zarit (x2)
	Toronto Alexithymia Scale (TAS) (x2)
	BPI- brief pain inventory (x2)
	Echelle de Brown (x2)

Les autres échelles/ questionnaires mentionnés une fois sont :

Autism Diagnostic Interview (ADI), Brief Pain Inventory (BPI), Grille d'Evaluation de la Douleur Déficience Intellectuelle (GED-DI), Batterie d'Evaluation Cognitive et socio-émotionnelle (BECS), l'EuroQol 5 dimensions (EQ-5D), Profil de santé de Duke, questionnaire de Swanson, Nolan & Pelham (SNAP), Questionnaires on Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) for children and adults, Echelle Australienne du Syndrome d'Asperger (Atwood), Echelle d'agitation de Cohen Mansfield, Test de Relation Topologique et Directionnel (RDT) , Questionnaire d'affirmation de soi de Rathus, Test reconnaissance faux pas, Evaluation du potentiel suicidaire (R.U.D), Toronto Alexithymia Scale (TAS), Echelle de Zarit, Instrumental activities of daily living, Epreuve des 5 mots de Dubois, Echelle pour l'observation des comportements d'adultes avec autisme (EPOCAA), Phobie échelle des peurs (FSS 3), Maslach Burnout inventory (MBI), Social Responsiveness Scale (SRS), l'inventaire d'estime de soi de Coopersmith	Echelle Alarme Détresse Bébé (ADBB), Grille d'Evaluation de la Douleur Déficience Intellectuelle (GED-DI), Batterie d'Evaluation Cognitive et socio-émotionnelle (BECS), Echelle d'évaluation des comportements autistiques révisée (ECA-R), Profil de santé de Duke, Echelles Doloplus/Algoplus, l'EuroQol 5 dimensions (EQ-5D), Questionnaires on Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) for children and adults, Echelle d'agitation de Cohen Mansfield, Five Facets Mindfulness Scale (FFMQ), Face Pain Scale – Revised, Body Appreciation Scale (BAS-2), Questionnaire d'affirmation de soi de Rathus, questionnaire de Mac Nair, Echelle d'anxiété manifeste pour enfant (R-CMAS), Echelle de déambulation d'Algases (RAWS), Falls Efficacy Scale (FES), Echelle pour l'observation des comportements d'adultes avec autisme (EPOCAA), Maslach Burnout inventory (MBI), Social Responsiveness Scale (SRS), Echelle Verbale de Douleur (EVS), Questionnaire de Communication sociale (SCQ), Questionnaire de Satisfaction Corporelle et de Perception Globale du Corps
--	--

Remarque : d'autres échelles/ questionnaires non standardisés ont été cités

Le Profil Sensoriel et Perceptif de Bogdashina (x24) L'entretien sur les représentations corporelles de Moyano (x8) Le questionnaire temporel pour enfant de Quartier (x5) La grille d'observation de Haag (x1) Le questionnaire sur les représentations corporelles de Royer (x1) L'échelle d'aide au repérage des troubles Dys (x1)	Le Profil Sensoriel et Perceptif de Bogdashina (x20) L'entretien sur les représentations corporelles de Moyano (x8) Le questionnaire temporel pour enfant de Quartier (x3) L'échelle d'aide au repérage des troubles Dys (x1) Le test des représentations corporelles de Royer (x1)
--	---

3.2.5.2 Batteries de tests

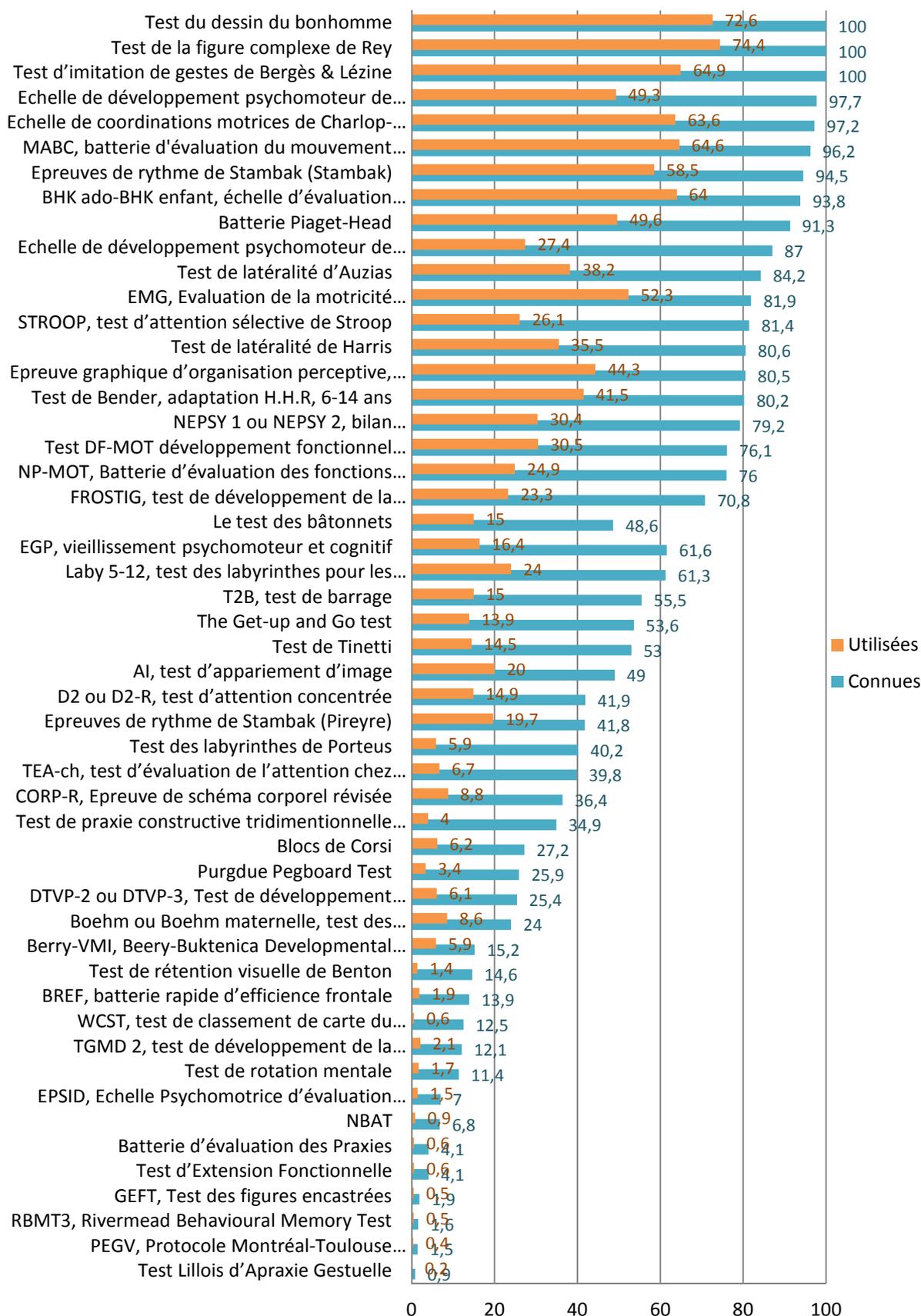
Quatre vingt trois pour cent des psychomotricien.ne.s utilisent des batteries de tests.

La figure 22 présente les différentes batteries de tests dans l'ordre des plus connues au moins connues et présente la proportion d'utilisation de chacune de ces batteries.

Les tests du dessin du bonhomme, de la figure complexe de Rey et d'imitation de geste de Bergès et Lézine sont à la fois les tests les plus connus et les plus utilisés.

Beaucoup d'OS ciblant les enfants sont cités comme des tests connus et utilisés. 76% des professionnel.le.s de l'échantillon exercent auprès d'enfant entre 3 et 18 ans, ce qui semble expliquer la proportion importante d'utilisation des tests dans cette tranche d'âge.

Figure 22 : Répartition des batteries de tests connues et utilisées par les psychomotricien.ne.s (%)



Autres batterie de test connues et utilisées :

Autres connues	Autres utilisées
Le Mini Mental State Examination (x13)	
Test des trajets au sol (9 points de Zazzo) (x13)	Test des trajets au sol (9 points de Zazzo) (x8)
La tour de Londres (x11)	La tour de Londres (x10)
Le Reversal test (x10)	Le Reversal test (x6)
Le test d'analyse des structures cognitives de Wachs (WACS) (x6)	Le test d'analyse des structures cognitives de Wachs (WACS) (x4)
Echelle E Ajuriaguerra (x6)	
Test de Corkum (x5)	Test de Corkum (x4)
Le test de latéralité gestuelle innée de Bergès (x5)	Le test de latéralité gestuelle innée de Bergès (x4)
Thurstone é été mentionné sans précision 4 fois, peut-être en référence au test de fluence verbale	Thurstone é été mentionné sans précision 4 fois. Test de fluence verbale
Les somatognosies de Bergès (x4)	Les somatognosies de Bergès (4)
Test de barrage Thomas (x4)	Test de barrage Thomas (x7)
Peabody Developmental Motor Scales (PDMS) (x3)	
Epreuve des 5 mots de Dubois (x3)	
Test de l'horloge (x3)	
Test de pointillage de Stambak (x3)	Test de pointillage de Stambak (x3)
Motricité faciale de Kwint (x3)	Motricité faciale de Kwint (x2)
Evaluation rapide des fonctions cognitive (ERCF) (x2)	
Protocole d'Examen de la Personne Agée (PECPA-2) (x2)	
Test de Relations Topologiques et Directionnelles (RTD) (x2)	
Test des cubes de Khos (x2)	Test des cubes de Khos (x2)
	Le Mini Mental State Examination (x2)

Les batteries de tests mentionnées une fois sont :

<p>Pediatric Balance Scale, l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI-ES), l'Evaluation de la motricité fonctionnelle globale (EMFG), Psycho Educational Profile (PEP-3), le B.E.C 96, Prechtl's Assessment of General Movements (GMS), Dynamic Gait Index, la Batterie Modulable de Tests informatisée (BTMi), Batterie EVA (Evaluation des troubles Visuo-Attentionnels), Test Minimum Moteur, la Wisc, Timed Up and Go test, ten meter walk test, l'Echelle de mémoire pour Enfant (CMS), Evaluation de la communication sociale précoce (ECSP), Manipulation des Outils Scolaires (ManOS), Echelles de Bayley, test Rappel Libre / Rappel Indice à 16 items (RL/RI 16), Montréal Cognitive Assessment (MoCA), Mini Mental Parkinson (MNP), Severe Impairment Battery (SIB), test de perception visuo-spatiale élémentaire, Test d'Evaluation de l'Attention chez l'Enfant (TEA-ch), Pediatric clinical Test of Sensory Integration for balance, test de la dame de Fay, Evaluation</p>	<p>Trail making test, Test de l'horloge, épreuve des 5 mots de Dubois, Psycho Educational Profile (PEP-3), l'Echelle de mémoire pour Enfant (CMS), Pediatric clinical Test of Sensory Integration for balance, Manipulation des Outils Scolaires (ManOS), Montréal Cognitive Assessment (MoCA), Severe Impairment Battery (SIB), test de perception visuo-spatiale élémentaire, ten meter walk test.</p>
---	--

Remarque : d'autres batteries de tests non standardisées ont été citées

<p>Le bilan sensori-moteur de Bullinger (x4) L'image de Rey (x7) Le test de Naville (x3) Les pas comptés de Marte Vyl (x14) L'EPMO a été cités 5 fois La pratique du bilan selon Soubiran (x3) notamment le test d'adaptation au rythme qui a été mentionné 2 fois. Le bilan psychomoteur de Buchet (1x) Epreuves de Feuillerat (jeu du marché et mémoire de dessin) (x4)</p>	<p>Le bilan sensori-moteur de Bullinger (x1) L'image de Rey (x5) Le test de Naville (x2) Le test des pas comptés de Marte Vyl (x12) L'EPMO (x1) La pratique du bilan selon Soubiran (x1), notamment le test d'adaptation au rythme qui a été mentionné 4 fois L'épreuve mémoire de dessin de Feuillerat (x1)</p>
---	---

3.2.6 Satisfaction relative à la disponibilité des outils standardisés

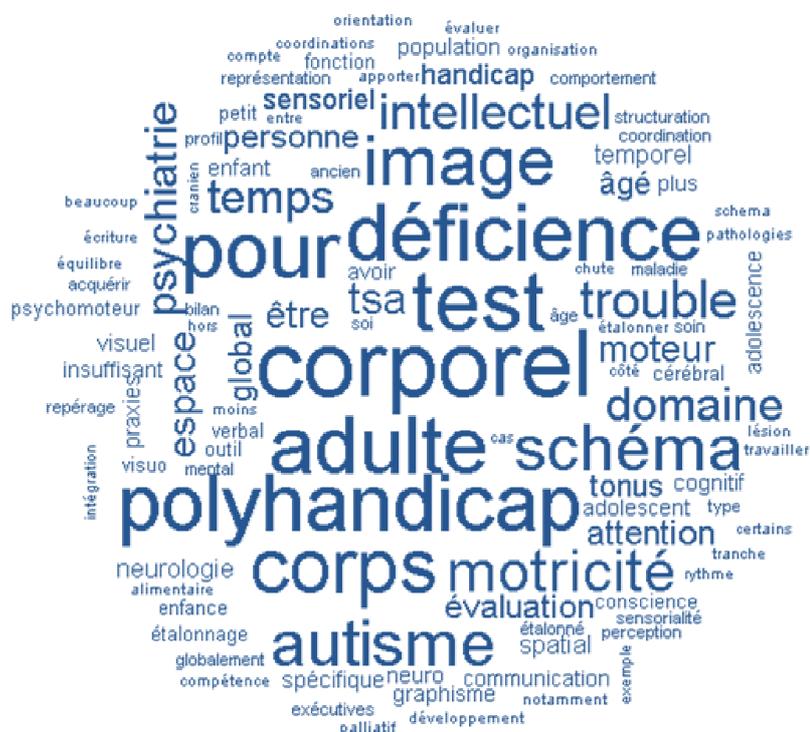
En réponse à la proposition suivante « vous trouvez que les outils d'évaluation standardisés actuellement disponibles en France pour l'évaluation psychomotrice sont: » les psychomotricien.ne.s répondent :

- « trop nombreux » à 7,3%
- « suffisants » à 25%
- « insuffisants dans certains domaines » à 53,2%
- « insuffisants dans tous les domaines » à 14,5%

3.2.6.1 Analyse des domaines insuffisamment explorés selon les enquêtés.e.s

Une analyse des différents mots associés aux domaines mentionnés comme étant insuffisamment explorés par les OS a été réalisée (Figure 23).

Figure 23 : Mots associés aux domaines insuffisamment évalués par les outils standardisés



Une analyse du vocabulaire a permis de faire ressortir les mots les plus souvent employés (au moins 3 fois) par les psychomotricien.ne.s (tableau 7).

Parmi les domaines qui ressortent comme étant insuffisamment ciblés par les OS, les psychomotricien.ne.s mentionnent le schéma-corporel ; l'investissement corporelle (ressenti, conscience, vécu...) ; l'image du corps ; la motricité globale ou fine ; le temps.

Ils mentionnent également des champs plus spécifiques comme l'autisme/ TSA, la déficience intellectuelle, les déficiences sensorielles, le polyhandicap, la psychiatrie. La plupart des outils étant construits et étalonnés sur des populations sans trouble, il ressort donc qu'il existe une difficulté pour les psychomotricien.ne.s à évaluer les personnes avec un handicap sensoriel, moteur, intellectuel ou un trouble psychiatrique à partir d'OS non spécifiques.

Tableau 7 : Domaines mentionnés comme étant peu ciblés par les outils standardisé

Mots utilisés	Fréquence	
corporel	40	associé 29 fois à schéma-corporel ; associé à : ressenti, représentation, éprouvé, conscience, orientation, vécu, investissement
déficience	36	associée 23 fois à intellectuelle ou cognitive ; associé 6 fois à visuelle ou auditive ou sensorielle
polyhandicap	34	
image du corps	29	
autisme	26	
TSA	16	
motricité	24	associée 12 fois à globale ; associée 9 fois à fine
temps	18	
temporel	10	
psychiatrie	17	
espace	14	
tonus	10	
handicap	9	associée 3 fois à moteur , 1 fois à mental , 1 fois à sensoriel
neurologie	8	
spatial	8	associé à : visuo, organisation, structuration
praxie	7	
coordination	7	
communication	6	associé 4 fois à non verbale
graphisme	6	
cérébrale	5	associé à lésion ou paralysie
fonction exécutive	5	
comportement	4	associé 2 fois à trouble du comportement alimentaire ; associé 2 fois à trouble du comportement
maladie	4	associé à neurodégénérative ou alzheimer
soin	4	associé 4 fois à palliatif
alimentaire	3	associé à trouble du comportement ou des conduites
chute	3	associé à risque de chute ou post-chute

3.2.6.2 Analyse des populations insuffisamment ciblées selon les enquêtés.e.s

Les populations qui sont insuffisamment ciblées par les OS, selon les enquêtés.e.s sont : les adultes et les adolescents (Tableau 8).

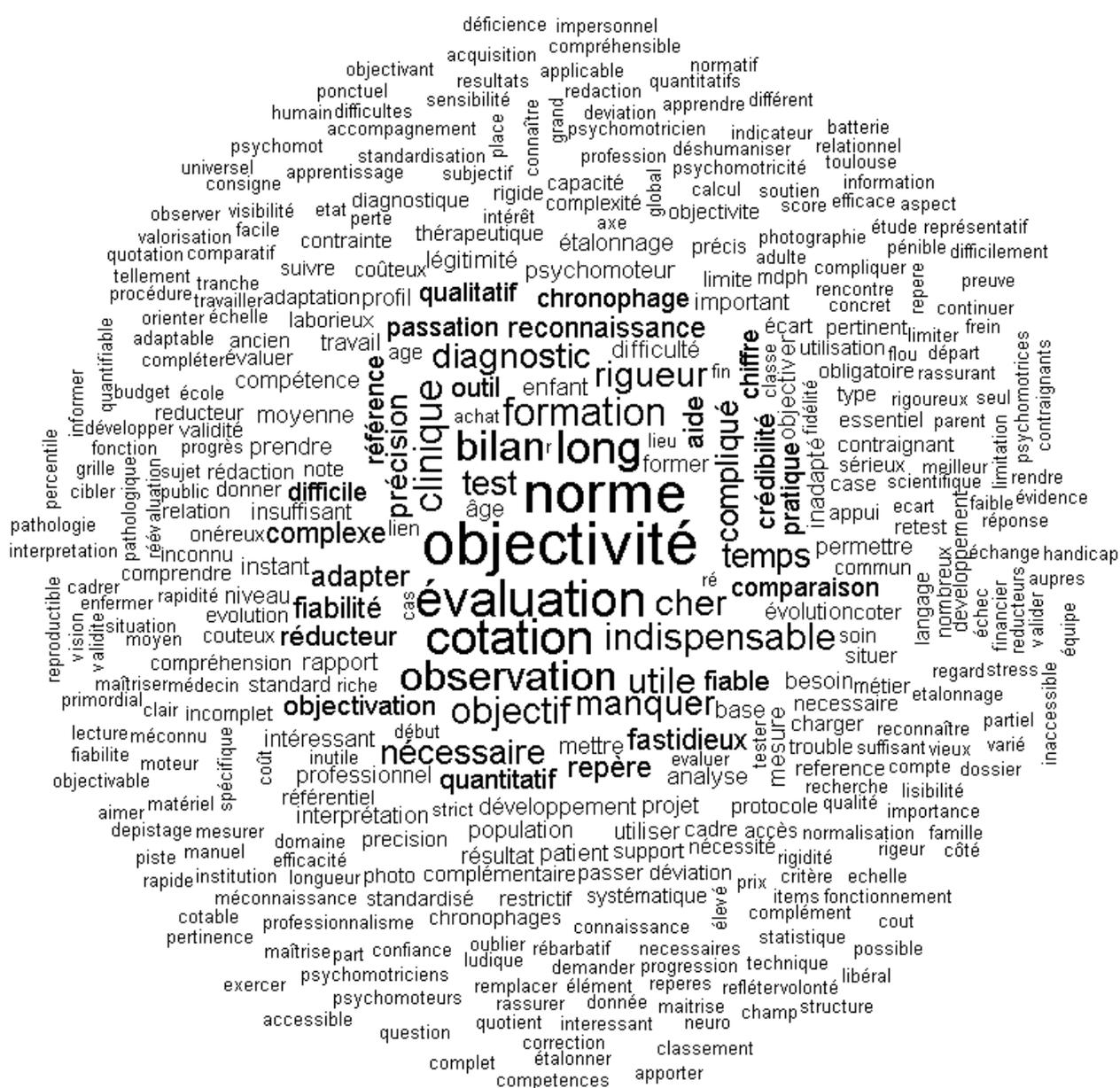
Tableau 8 : Populations mentionnées comme étant insuffisamment ciblées par les outils standardisés

Domaine	Effectifs (n)
Enfance	110
Petite enfance	208
Personnes âgées	208
Adultes	471
Adolescence	535

3.3 Représentations des psychomotricien.ne.s associées aux outils standardisés

Dans l'enquête, il est demandé au professionnel d'inscrire 3 mots qu'il/elle associe à la notion d'OS. Ces mots et leur association à la notion d'OS sont représentés dans La figure 25. Les mots les plus grands et écrits en gras ont été les plus mentionnés (Figure 25).

Figure 24: Mots associés par les psychomotricien.ne.s à « outils ou tests standardisés »





De nombreux.ses psychomotricien.ne.s ont utilisé des expressions ou des groupes de mots plutôt que 3 mots distincts. Lorsque plusieurs mots ont été utilisés comme par exemple « manque de formation », « compliqué à coter », « état des lieux », « besoin de formation », « manque de temps » etc., le lien entre les mots a été analysé. Ce lien est présenté dans la figure 25. Plus l'association est forte plus le trait représentant le lien est dessiné en gras.

Les mots *objectivité* (cité 153 fois), *normes* (cité 142 fois), *évaluation* (cité 123 fois) et *cotation* (cité 116 fois) ressortent en majorité (Figure 25).

L'importance des OS pour les psychomotricien.ne.s ressort à travers l'utilisation des mots *indispensable, nécessaire, utile, fiabilité*. L'utilisation des OS semble également apporter un crédit aux pratiques psychomotrices puisque les mots *crédibilité* et *reconnaissance* sont également bien représentés (Figure 25) et les notions de *reconnaissance professionnelle* et de *valorisation professionnelle* ressortent (Figure 25).

Il est aussi fait référence au temps mais dans ses aspects négatifs avec les termes *long* (cité 100 fois) et *chronophage* (cité 40 fois).

Une forte association est mise en évidence entre les termes *évaluation* et *objectivité* (Figure 25). Ces deux notions sont associées à des aspects plus pratiques liés au mot *test*. Des aspects plus négatifs sont associés aux OS, comme le coût (*cher*), la notion de difficulté (*difficile, complexe, difficulté, fastidieux, manque*) ou encore le sentiment de quelque chose de *réducteur* dans les OS. La figure 25 permet également d'observer les associations entre l'évaluation et les aspects matériels, notamment financiers, des OS. Les psychomotricien.ne.s rapportent que les *tests* sont *chers*. Le *manque de formation* ou la *formation nécessaire/utile* ressort également dans l'*évaluation*. Une notion de *manque de temps* ressort également avec la *perte de temps* ou un aspect *chronophage* des OS. Bien que moins fortes, les notions de *complexité d'utilisation, de procédure complexe* et de *maîtrise compliquée* sont évoquées.

Plusieurs termes font référence à la psychométrie et notamment à la mesure à travers les notions de *rapport à la norme, norme de référence, comparaison à la norme* (Figure 25). Les mots *cotation; chiffre, écart-types* et *notes* sont également très représentés.



Au *bilan* sont associés les mots *observation* et *clinique* d'une façon très forte. A proximité de l'*observation clinique* les mots *indispensable* et *rigueur* sont représentés laissant suggérer que l'*observation clinique* est une part importante du bilan des psychomotricien.ne.s. Toutefois, il est possible que cette notion soit opposée à la notion d'OS, avec l'idée que l'*observation clinique* existerait sans utilisation des OS. En effet, on retrouve plusieurs termes connotés négativement autour de la notion d'*observation clinique* (*chiffre ; réducteur ; déshumanisant ; enfermés*). Il semble exister un sentiment que l'OS enferme, réduit la rencontre, en opposant ainsi d'un côté ce qui est envisagé comme de l'*observation clinique* en dehors d'une évaluation standardisée et de tout outil, si ce n'est des *grilles* d'observation, et d'un autre côté les OS. Dans la perspective d'une vision qui opposerait l'*observation clinique* aux OS, il est mentionné que l'*observation clinique* est *complémentaire* et qu'elle ne doit pas être *oubliée*.

4 Conclusion

Cette enquête nationale auprès des psychomotricien.ne.s a permis de recueillir 1376 questionnaires sur l'utilisation des outils standardisés dans la pratique professionnelle des psychomotricien.ne.s. Des professionnel.les de toute la France (DROM-TOM inclus) ont participé.

Le grand nombre de participant.es a permis d'obtenir un échantillon représentatif de la profession (intervalle de confiance élevé, marge d'erreur faible). Sur le plan démographique, l'échantillon est composé d'une proportion de professionnels libéraux plus importante que celle rapportée par la DREES (2019).

Ce rapport met en évidence une utilisation variable des OS au sein de la profession. Si près de la moitié des psychomotricien.ne.s utilisent de façon systématique les OS, 1 sur 5 ont une utilisation rare ou n'utilisent jamais d'OS. La majorité des professionnels n'utilisant pas d'OS déclarent que ceux-ci ne sont pas adaptés à la population avec laquelle ils exercent. Ils/Elles déclarent en majorité avoir une connaissance insuffisante voire nulle des OS.

L'utilisation d'outils de mesure en psychomotricité ou dans d'autres domaines, nécessite une formation de la part des professionnels de santé qui les utilisent. Indépendamment de leur fréquence d'utilisation, la moitié des psychomotricien.ne.s de cette enquête déclare une connaissance insuffisante des OS et très peu déclarent en avoir une très bonne connaissance. L'analyse du vocabulaire utilisé concernant les représentations liées aux OS fait également ressortir ce sentiment de manque de formation. Un des freins à l'utilisation d'OS semble être le manque de connaissance des OS et de leur utilisation, ce qui pourrait être compensé par plus de formation dans ce domaine.

L'analyse du profil des utilisateurs d'OS a permis de montrer que les psychomotricien.ne.s utilisant systématiquement les OS dans leur pratique (43%) étaient caractérisé.es par une activité libérale ou mixte et qu'ils/elles avaient tendance à déclarer une meilleure connaissance des tests. Ils/Elles déclarent en majorité avoir été formé.e.s au cours de leur formation au DE de psychomotricien (57%) mais une proportion non négligeable (41%) déclare avoir utilisé d'autre moyen de formation. L'ancienneté dans la profession n'est pas une variable qui discrimine les utilisateurs systématiques des non-utilisateurs d'OS, puisque dans chaque profil d'utilisateur (les non-utilisateurs, les



utilisateurs rares, ponctuels ou systématiques) nous retrouvons des proportions comparables de professionnel.les selon leur ancienneté. Il n'est donc pas possible de conclure que la faible utilisation des OS est due à l'ancienneté dans la profession. Au contraire, bien que les professionnel.les de moins de 10 ans d'ancienneté soient très présents parmi les utilisateurs systématiques ou ponctuels d'OS, ils sont encore plus présents parmi les utilisateurs rares et les non-utilisateurs. Les professionnel.les de plus de 20 ans d'ancienneté sont moins nombreux de manière générale, mais ils/elles représentent tout de même 16% des psychomotricien.ne.s utilisant systématiquement des OS dans leur pratique, et 15% des déclarants ayant une connaissance insuffisante ou nulle des OS. Cette observation nous semble très intéressante car elle rend compte du dynamisme des psychomotricien.ne.s ayant le plus d'ancienneté dans la profession à utiliser des OS et à s'y former quelque soit le moyen.

Concernant la formation aux OS, la formation initiale au métier de psychomotrien.ne est la référence en matière de formation aux OS, comme le montre ce rapport, pourtant une proportion importante de psychomotricien.ne.s a déclaré avoir été formé.e.s aux OS par un autre moyen (40%). Un besoin important de formation ressort de cette enquête. Il est important de noter que l'actualisation des connaissances est nécessaire tout au long de sa carrière et que la formation, la veille scientifique sont des moyens importants et nécessaires au développement de ses connaissances en matière d'OS.

Ce rapport met également en évidence la nature des OS connus et utilisés par les psychomotricien.ne.s à l'heure actuelle. Dans l'ensemble, les échelles et questionnaires sont peu connus, en dehors du Profil Sensoriel de Dunn peu, et ces outils sont très peu utilisés par les psychomotricien.ne.s. Les batteries de tests sont mieux connues et utilisées mais il existe de nombreux outils spécifiques (fonctions exécutives, praxies, tests destinés aux adultes ou personnes âgées) moins connus et peu utilisés. Cela peu s'expliquer par la très grande proportion de professionnel.les de l'échantillon à exercer auprès d'enfants de moins de 18 ans. Par ailleurs, la demande est forte d'OS à utiliser auprès des adultes et des adolescents. Le développement de nouveaux outils ou l'adaptation d'outils existants à des tranches d'âges supérieures à l'enfance semble nécessaire aux besoins des psychomotriciens.



En conclusion, l'utilisation d'OS a toujours été encouragée dans l'examen psychomoteur, mais elle semble aujourd'hui indispensable comme cela est rappelé dans l'introduction du tome 5 du manuel d'enseignement de psychomotricité sur l'examen psychomoteur (Raynal, 2018).

Toutefois, dans l'examen psychomoteur la situation évaluative est complexe car elle s'inscrit dans une relation intersubjective. Ainsi la grille évaluative enseignée permet aux professionnel.le.s de choisir les variables qu'ils/elles souhaitent observer. Mais l'expérience permet, au fur et à mesure, au professionnel.le de savoir ce à quoi il/elle doit porter son attention. Quoi qu'il en soit, il est nécessaire d'avoir connaissance de ce que nous devons observer, car le cas contraire, ferait prendre le risque de n'observer que des faits saillants et ainsi de passer à côté d'éléments importants. L'examen psychomoteur doit permettre de rechercher ce qui est connu dans l'inconnu et d'en prendre des repères. En cela, l'utilisation d'OS doit être envisagée comme une aide à l'observable et à la prise de repère, dans le schéma de l'examen qui comprend les phases suivantes : choix des éléments à observer, choix des outils utilisés et évaluation au sens interprétation des données recueillies. Cette dernière phase ne peut en aucun cas être standardisée et doit permettre de comprendre et de mettre du sens sur ce qui vient d'être observé, afin de prendre une décision.

Ainsi, l'utilisation d'OS n'est pas une fin en soi dans l'évaluation psychomotrice mais une étape du schéma de l'examen clinique, une aide aux recueils d'éléments que le/la psychomotricien.ne choisit d'observer et d'analyser avec finesse afin de construire son projet de soin individualisé. Il s'agit d'un cadre possible à l'observation clinique. Observation, rapportée comme étant importante pour les psychomotricien.ne.s, comme vue à travers l'analyse du vocabulaire. L'objectif de l'examen psychomoteur étant toujours de mettre en valeur des éléments (ici psychomoteurs) réguliers stables dans le fortuit de la rencontre.

Références

- Albaret, J.-M. (2003). Intérêt de la mesure dans l'examen psychomoteur. *Evolutions Psychomotrices*, 15(60), 65-74.
- Bernier, J.-J., & Pietrulewicz, B. (1997). *La psychométrie: traité de mesure appliquée*. G. Morin.
- Blank, R., Smits Engelsman, B., Polatajko, H., & Wilson, P. (2012). European Academy for Childhood Disability (EACD): Recommendations on the definition, diagnosis and intervention of developmental coordination disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 54(1), 54-93. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2011.04171.x>
- HAS (Éd.). (2018, février). *Trouble du spectre de l'autisme: Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent*. Consulté à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent__recommandations.pdf
- Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. (2011). *Clinical Practice Guidelines We Can Trust* (R. Graham, M. Mancher, D. Miller Wolman, S. Greenfield, & E. Steinberg, Éd.). Consulté à l'adresse <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209539/>
- Ministère des Solidarité et de la Santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2019), *Age moyen des psychomotriciens par mode d'exercice global, zone d'activité principale, secteur d'activité et sexe*, consulté sur <http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/demographie-professionnels-sante/>
- Raynal, N. (2018). Introduction. In *Psychomotricité. Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 5: Examen psychomoteur et tests* (de Boeck supérieur, p. 1-5). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.