

Alessandra Skory Oppliger

# Le bilan psychomoteur à l'heure de la CIF et de la PES

## Résumé

*L'auteure pratique depuis plusieurs années dans une équipe pluridisciplinaire des Services auxiliaires scolaires du Canton de Fribourg. Elle présente ici l'approche de la demande d'intervention et le bilan psychomoteur comme ils sont pratiqués sur son lieu de travail. À la lumière des restructurations en cours, elle souligne l'importance de maintenir une vision globale de l'enfant, de ses relations avec son environnement social et physique, de ses capacités et de ses performances, afin de permettre la co-construction d'un projet thérapeutique réalisable, acceptable et accepté par toutes les personnes impliquées.*

*«Évaluer n'est ni juger, ni contrôler,  
c'est mettre en œuvre une méthodologie  
qui permet une estimation sincère  
d'une situation, d'un processus»*

*C. Portelli (2001)*

## Introduction

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF, OMS, 2001) et la Procédure d'évaluation standardisée (PES, Hollenweger, Lienhard & Guerdan, 2008) élargissent le regard sur les difficultés de l'enfant et la définition des mesures de soutien.

La CIF souligne l'importance de l'analyse des performances en parallèle à l'évaluation des capacités. Elle met en évidence l'influence de l'environnement social et physique de l'enfant sur ses prestations. «Depuis quelques années, du fait des changements de paradigmes introduits par la Classification internationale du fonctionnement, de la santé et du handicap (CIF) notamment, la notion de handicap devrait être comprise comme «situation de handicap» décrivant le fonctionnement d'une personne en termes d'interaction dynamique entre son état et les facteurs environnementaux» (OMS, 2001; cité par Wittgenstein Mani, 2009, p. 30).

La PES est une démarche de la CDIP qui se veut un modèle de procédure, à l'attention des cantons qui doivent depuis le 1er janvier 2008, procéder à l'attribution des ressources dans le domaine de la pédagogie spécialisée. Elle propose, pour la détermination des mesures de soutien aux élèves de 0 à 20 ans, de tenir compte d'une part des informations relatives à la santé, au handicap et au fonctionnement de l'enfant, et d'autre part de son contexte de vie ainsi que des événements passés et présents qui peuvent avoir ou avoir eu une influence marquante sur son développement et sa formation. Troisièmement, elle permet de relever ses besoins actuels (Hollenweger, Lienhard & Guerdan, 2008, dia 12–19). Hollenweger et Lienhard (2008, p. 3) précisent que «La procédure a pour but de piloter un processus très précis consistant à récolter et à comparer des informations issues de situations très diverses et mises à disposition par des personnes d'horizons différents dans des systèmes éducatifs très complexes».

Cet article est le fruit d'une réflexion autour du thème du bilan psychomoteur en regard de ces aspects. L'accent sera mis sur l'importance, lors de la définition du projet thérapeutique, de tenir compte non seulement des déficits, mais aussi et en égale mesure des attentes et des compétences des personnes qui viennent nous consulter, des besoins en matière de soutien et d'éducation de l'enfant ou du jeune et des ressources de ses différents contextes de vie.

### Le bilan

Il y a des mots qui font partie de notre vocabulaire professionnel, mais qui prêtent parfois à confusion, comme le terme *bilan*. Cette expression est couramment utilisée dans notre milieu comme synonyme d'*évaluation du développement psychomoteur*, tandis que, selon le dictionnaire en ligne Le Trésor de la langue française informatisé, le terme *bilan* signifie « inventaire général des éléments d'une situation ». Il précise aussi que le mot bilan est « emprunté à l'italien *bilancio*, [...] lui-même déverbal de *bilanciare* 'peser, mettre en équilibre' ».

L'*évaluation du développement psychomoteur*, à l'aide de différentes batteries de test et de l'observation de l'enfant en situation de jeu et de mouvement, n'est qu'une des composantes du *bilan psychomoteur*. Elle établit les compétences de l'enfant à un moment donné, dans une situation standardisée, par rapport à une échelle de développement définie et scientifiquement reconnue.

Le *bilan psychomoteur* comporte par contre beaucoup plus de volets, qui ne se suivent pas de façon strictement linéaire, mais sont présents tout au long du processus d'évaluation: l'analyse de la demande, l'anamnèse, l'observation dans différents contextes, l'investigation standardisée du développement psychomoteur, l'évaluation

des ressources du contexte, les questions et les hypothèses des différentes personnes concernées, la co-construction du projet thérapeutique. Cette manière de procéder nous permet de récolter les informations nécessaires pour répondre aux questions des différents recensements de la PES, concernant le contexte de vie de l'enfant, les informations relatives à sa santé, à son handicap et à son fonctionnement ainsi que, l'avis quant aux besoins en matière de développement et de formation.

Intéressons-nous de plus près à ces différents aspects.

### Le premier contact, la première rencontre et l'analyse de la demande

L'approche systémique a mis en évidence l'importance de la première rencontre avec le demandeur: il ne s'agit pas uniquement d'évaluer les compétences et les difficultés de l'enfant afin de proposer une intervention visant à l'aider à combler ses lacunes; il s'agit aussi de tenir compte de tous les aspects susceptibles d'influencer aussi bien ses difficultés que leur évolution. «C'est souvent dans les premières rencontres que la famille donne la trame autour de laquelle s'est tissé le problème» (Tilmans-Ostyn, 2004, p. 420). La même auteure (1987, pp. 230–238) nous rend attentifs à l'importance du choix du lieu de consultation, au symptôme annoncé, aux personnes présentes ou absentes à ce premier entretien, à la place du référent.

Le premier contact est souvent informel, sous forme d'appel téléphonique ou de rencontre à une permanence. Parfois ce n'est pas le demandeur<sup>1</sup> qui s'adresse à nous, mais

<sup>1</sup> Dans le contexte de travail de l'auteure, le demandeur est principalement le binôme parents/enseignant, souvent aussi un autre thérapeute du milieu pédago-thérapeutique, parfois un opérateur du milieu médical.

un porte-parole, par exemple la maman qui rapporte le souhait de l'enseignant, ou ce dernier celui du médecin. Occasionnellement nous recevons une demande d'intervention écrite, sans contact personnel préalable.

Le premier contact est suivi, si la demande est maintenue, par une rencontre plus structurée et programmée, où plusieurs personnes peuvent être conviées, (parents, enfant, enseignants, autres spécialistes intervenants ou susceptibles d'intervenir auprès de l'enfant, autres personnes qui assument un rôle significatif dans la vie de l'enfant) selon les souhaits du demandeur ou avec son accord explicite.

Il s'agit de deux moments importants, où il est possible de récolter toute une série d'informations utiles:

- Qui demande?
- Quelle est la demande?
- Pourquoi maintenant?
- Quel changement est souhaité?
- Qu'est-ce qui a déjà été essayé?
- Avec quels résultats?

Il est ici intéressant d'investiguer les raisons qui ont amené le demandeur à faire appel à un/une thérapeute en psychomotricité: le conseil d'un tiers, l'observation directe de difficultés psychomotrices, des expériences thérapeutiques précédentes, ou autres.

L'intervenant spécifie sa sphère d'intervention, qui comprend selon la CDIP les domaines de développement de la perception, des sentiments, de la pensée, du mouvement et du comportement, leur interaction ainsi que leur expression sur le plan corporel (CDIP, 2007, p. 6) et le confronte à la demande.

Ces questions permettent d'impliquer le demandeur dans la démarche d'évaluation, de le rendre actif dans l'analyse de la situation et la recherche de nouvelles solutions possibles.

De plus, il s'agit de poser les bases pour la création d'un projet qui puisse répondre aux attentes des différentes personnes impliquées, avoir du sens dans les contextes de vie de l'enfant et avoir ainsi plus de chances d'aboutir.

### L'anamnèse, l'écoute et l'observation

Ces aspects sont sources d'informations précieuses relatives à la santé de l'enfant, à sa situation familiale et sociale, à son histoire de vie. Il ne s'agit pas d'investiguer systématiquement les différentes étapes du développement de l'enfant, mais d'être à l'écoute des épisodes marquants et significatifs pour les personnes concernées, et de poser si nécessaire, des questions d'approfondissement.

Lors de ce premier entretien, souvent chargé d'émotions, l'enfant et ses parents parlent parfois d'épisodes particulièrement touchants, de souffrances jusque-là difficilement dites, d'espoirs perdus et retrouvés, d'épreuves douloureuses, de rejet et d'acceptation, de rencontres riches de compassion et de soutien, d'autres fragilisantes et blessantes. Ils parlent aussi de leurs attentes, de leurs projets. Ils disent souvent leur attachement réciproque.

Je pense à cette maman qui raconte, avec les larmes aux yeux, la naissance très prématurée de son enfant. Ou encore à ce papa, qui se sent touché en réalisant que son fils vit un rejet scolaire similaire à celui qu'il a vécu lui étant enfant, et à comment ce dernier le regarde et l'embrasse. Je pense aux seuls mots restés figés dans la mémoire des parents, prononcés parmi tant d'autres par un médecin à la naissance de leur enfant et qui font encore terriblement mal.

Le premier entretien nous permet aussi une observation directe de l'enfant dans ses attitudes, ses comportements et la quali-

té de ses interactions. Lors des séances d'investigation psychomotrice, nous approfondirons le regard sur le développement affectif et relationnel et sur les capacités d'interaction.

### L'évaluation du développement psychomoteur

L'étape d'investigation psychomotrice proprement dite comporte des séances en individuel pour l'enfant, parfois en présence d'un des parents et, là où il est possible, des observations dans des contextes différents, telle la classe ou la récréation.

Avet L'Oiseau-Tissot, Senn et Baligand Lecomte (2009, p. 35), nous rappellent que «la thérapie psychomotrice considère le corps comme le lieu d'ancrage et d'inscription des expériences sensorimotrices, émotionnelles et affectives, cognitives et sociales». L'évaluation ne peut donc uniquement se résumer en un inventaire des compétences instrumentales, mais doit aussi permettre d'apprécier l'interrelation et l'interdépendance de ces différentes expériences.

Wittgenstein-Mani (2009, p. 35) détaille avec précision les différents domaines à investiguer:

- «les domaines de connaissance liés aux dimensions sensorielles, motrices et perceptives du développement;
- les domaines de connaissance de la communication liés à ses dimensions émotionnelle, infra-verbale, préverbale et langagière dans les échanges interpersonnels ainsi qu'au travail psychique de symbolisation;
- le rôle de l'environnement physique (spatial, temporel et des objets) aussi bien que du milieu affectif et social dans le développement du sujet (construction de la relation d'objet et socialisation) ainsi que du contexte social et culturel;

- les points de jonction de ces différentes dimensions, au cœur d'une pratique qui s'appuie sur la mise en jeu et en corps corporelle et psychique d'expériences motrices, affectives et cognitives s'inscrivant dans une relation intersubjective ».

Si nous voulons approfondir les aspects relatifs à l'équipement psychomoteur et à son efficience, nous disposons de tests efficaces pour estimer les potentialités et les difficultés. Des batteries spécialement conçues pour la psychomotricité, comme l'adaptation française par Soppelsa et Albaret (2004) de la M-ABC de Handerson et Sudgen, la NEPSY de Korkman, Kirk et Kemp (2003) relativement au kit neuromoteur et sensorimoteur, ou la NP-MOT de Vaivre-Douret (2006), ont été mises sur le marché francophone ces dernières années. Elles ne sont pas encore suffisamment connues et certaines nécessitent une formation et un entraînement spécifique.

Cela ne doit pas nous faire oublier l'importance de l'observation des attitudes et comportements ainsi que des capacités relationnelles de l'enfant. Il s'agit tout d'abord d'une rencontre entre l'enfant et le/la thérapeute, lors de laquelle l'écoute et le décodage des attitudes et comportements de l'enfant, revêtent une importance primordiale dans la lecture des résultats aux tests et dans la compréhension des conséquences des difficultés instrumentales.

Wittgenstein Mani (2009, pp. 33-35) nous précise l'approche de ces aspects: «Lors du processus d'investigation [...] auprès des enfants/des jeunes, le psychomotricien aborde les situations de manière globale en tenant compte des différents domaines de leur développement et de leur évolution ». Elle ajoute que cela permet « (...)d'envisager l'investigation des facteurs d'altération (défi-

ciences et facteurs de risque) et des facteurs d'intégration (potentialités, ressources de la personne et de son environnement) du développement; ce dernier devant être considéré tout au long des différentes étapes de la vie, comme l'actualisation, la réalisation des potentiels de chacun dans des contextes familial, social, culturel et environnemental donnés ».

#### Les ressources des différents contextes

La CIF-EA (OMS, 2008, pp. xviii-xix) relève que « l'interaction personne-environnement, implicite dans le changement de paradigme du modèle médical du handicap au modèle biopsychosocial plus large, nécessite de porter une attention particulière aux facteurs environnementaux, concernant les enfants et les adolescents ». Il est donc important de considérer les ressources des différents contextes dans lesquels l'enfant évolue.

Le contexte familial et le contexte social peuvent être favorables en ce qui concerne l'attention portée aux difficultés, le soutien à l'enfant, l'acceptation de la diversité, la capacité et la volonté de changement. Ils peuvent être contraignants et défavorables selon la santé de ses membres, les difficultés financières ou professionnelles, la situation géographique (éloignement du lieu de thérapie, moyens de transport à disposition, disponibilité aux déplacements) par exemple.

Le contexte scolaire peut offrir des possibilités d'intégration, des classes à effectif réduit, des soutiens à l'enfant et à l'enseignant dans la classe même, des lieux de thérapie proches. Mais il peut aussi exiger de l'enfant de récupérer totalement le travail fait par les camarades pendant qu'il était en thérapie, ou limiter excessivement la disponibilité horaire pour les thérapies.

Le contexte thérapeutique comprend l'emplacement du lieu de thérapie (centrali-

sé, proche ou intégré aux écoles ), le temps de présence des thérapeutes (parfois limité, dans les cas extrêmes, à un seul demi jour par semaine), l'infrastructure (salles adéquates et bien équipées ou utilisation de salles destinées principalement à d'autres activités), la disponibilité suffisante en personnel compétent ou des listes d'attente trop longues, la variété des suivis à proposer (individuel, groupe, groupe en co-animation, suivi interdisciplinaire, suivi parent-enfant), leur fréquence (hebdomadaire, bi-hebdomadaire, plus intensif encore).

Tenir compte des ressources des différents contextes permet d'envisager un projet thérapeutique réalisable et acceptable. La CIF-EA précise que « le fonctionnement de l'enfant ne peut [...] pas être appréhendé isolément mais plutôt en considérant l'enfant dans le contexte du système familial. [...] De plus, dans la mesure où ces interactions structurent l'acquisition de diverses compétences [...], le rôle de l'environnement physique et social est capital » (OMS, p. xvii). La PES pour sa part insiste sur le fait que les besoins en matière de soutien doivent toujours être considérés dans leur contexte (Hollenweger, Lienhard & Guerdan, 2008, dia 10 & 18).

#### Les questions et les hypothèses dans le processus de co-construction du projet thérapeutique

Comme nous l'avons précisé dans un précédent article (Skory Oppliger & Andreetta Di Blasio, 2008, p. 49), « dès le premier contact avec la personne qui nous sollicite [...] nous explorons les différentes manifestations du problème annoncé. Nous élargissons notamment notre questionnement au-delà de la problématique évoquée par le *demandeur* afin d'établir si d'autres domaines sont concernés. L'objectif initial est de promou-

voir une compréhension holistique de l'être humain et de ses comportements ».

Le-la thérapeute en psychomotricité ne travaille pas seul-e. Tout au long des rencontres, il-elle reste attentif-ve à ses propres observations, questions et hypothèses et à celles qui sont exprimées par les parents, l'enfant ou les autres intervenants. Elles sont mises à l'épreuve en les partageant avec les demandeurs, afin de dégager leur pertinence et pour savoir si elles font sens. Elles nécessitent parfois des investigations ultérieures et plus approfondies, ou l'implication du réseau dans la définition des priorités d'intervention. Il s'agit d'un acte de co-construction qui allie les observations du/de la thérapeute en psychomotricité et les compétences des personnes qui viennent nous consulter.

Le-la thérapeute assume ainsi un rôle de garant de l'avancée de la réflexion en assumant la position encadrante dont parlent Curonici, Joliat et McCulloch (2006, p. 85): «Il ne s'agit pas de prendre le pouvoir, mais de prendre clairement la responsabilité de créer des conditions pour réaliser la tâche à accomplir». Il ne s'agit pas non plus d'une relation thérapeutique mais plutôt, comme le disent Gendron et Lafortune (2009, p. 129), «d'une co-construction réflexive dans laquelle les rôles sont clairement définis pour parvenir à une compréhension (toujours) nouvelle de la situation dans ses aspects relationnels et émotionnels».

Cette collaboration étroite entre tous les partenaires va permettre de vérifier si «tel déficit diagnostiqué correspond-il effectivement à tel besoin éducatif» (Hollenweger, Lienhard & Guerdan, 2008, dia 9).

Le but d'une démarche de co-construction est celui de faire émerger les ressources des systèmes qui demandent et de ceux qui proposent de l'aide, afin de les valoriser et les optimiser.

En citant McCulloch (1993, p. 11), nous rappelons que «les idées, les explications, les théories, les observations, les préjugés, les expériences de chacun sont justes pour lui». Le but d'une co-construction est donc d'arriver à créer quelque chose de nouveau qui n'est plus le savoir de l'un ou de l'autre mais le savoir construit ensemble et donc partagé et juste pour les personnes concernées. Souvenons nous aussi que «la collaboration est la rencontre de deux (ou plusieurs) perspectives différentes concernant une même situation» (McCulloch, 1993, p. 14).

### Conclusions

Dans cette contribution, j'ai abordé le thème de l'évaluation non seulement en tant qu'investigation de l'équipement psychomoteur et de son efficience, mais davantage comme une démarche clinique et méthodologique, où la rencontre, l'échange et la collaboration avec les personnes qui viennent nous consulter revêtent une importance primordiale. Cette approche est en accord avec l'optique de la CIF et de la PES, qui nous incite à mettre en équilibre les différents facteurs influençant le fonctionnement de l'enfant, dans une perspective biopsychosociale. Hollenweger, Lienhard et Guerdan (2008, dia. 11) précisent que la procédure diagnostique comprend aussi bien l'évaluation individuelle que celle contextuelle, et que les deux sont à la base de toutes recommandations de mesures de soutien.

D'autre part, l'évaluation individuelle de l'équipement psychomoteur reste un sujet d'actualité pour les praticiens, qui désirent approfondir leurs connaissances et perfectionner l'utilisation d'outils performants et scientifiquement reconnus. La pratique actuelle varie en fonction du contexte de travail, de la formation et de l'expérience des thérapeutes. Il serait souhaitable d'arriver à

une meilleure connaissance des outils, à une certaine uniformisation des procédures et à des références communes. Ceci faciliterait la communication et les échanges entre professionnels, avec les personnes qui viennent nous consulter et avec les instances responsables de l'attribution des mesures.

Nous serons confrontés, ces prochains mois, à un important changement dans la procédure de demande et d'attribution des mesures d'aide. Nous devons être prêts à reconsidérer notre approche du bilan psychomoteur, à savoir justifier nos demandes avec compétence et à défendre notre spécificité. Par nos réflexions au sujet du bilan, nous pouvons apporter notre contribution à la définition des critères de reconnaissance de la thérapie psychomotrice en tant que mesure renforcée.

Alessandra Skory Oppliger  
Thérapeute en psychomotricité  
diplômée (CDIP),  
al.skory@hispeed.ch  
Services auxiliaires scolaires  
de la Broye et du Lac  
Rte d'Yverdon 19  
CH - 1470 Estavayer-le Lac



## Bibliographie

- Avet L'Oiseau-Tissot, S., Senn, B. & Baligand Lecomte, K. (2009). La recherche suisse en psychomotricité: un enjeu d'actualité. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 7-8, 35-36.
- CDIP (2007). *Terminologie uniforme pour le domaine de la pédagogie spécialisée adoptée par la CDIP du 25 octobre 2007*. Berne: CDIP. Internet: [edudoc.ch/record/25918/files/Terminologie\\_f.pdf](http://edudoc.ch/record/25918/files/Terminologie_f.pdf) [consulté le 13 août 2009].
- Curonici, C., Joliat, F. & McCulloch, P. (2006). *Des difficultés scolaires aux ressources de l'école. Un modèle de consultation systémique pour psychologues et enseignants*. Bruxelles: De Boeck.
- Gendron, B. & Lafortune, L. (2009). *Leadership et compétences émotionnelles: dans l'accompagnement au changement*. Québec: Presse de l'Université du Québec (coll. Education-intervention).
- Hollenweger, J. et Lienhard, P. (2009). *Elaboration d'une procédure d'évaluation standardisée*. [Article disponible uniquement en format électronique]. 1-9. Internet: [http://www.csp-szh.ch/fileadmin/data/1\\_szhcsp/7\\_zeitschrift/Archiv/Hollenweger\\_\\_Lienhard.pdf](http://www.csp-szh.ch/fileadmin/data/1_szhcsp/7_zeitschrift/Archiv/Hollenweger__Lienhard.pdf) [consulté le 8 septembre 2009].
- Hollenweger, J., Lienhard, P. & Guerdan, V. (2008). *Conception d'une procédure d'évaluation standardisée*. Internet: [http://www.sav-pes.ch/webautor-data/57/sav-pes\\_diapos\\_comm\\_explic.pdf](http://www.sav-pes.ch/webautor-data/57/sav-pes_diapos_comm_explic.pdf) [consulté le 8 septembre 2009].
- Korkman, M., Kirk, U. & Kemp, S. (2003). *Bilan neuropsychologique de l'enfant (NEPSY)*. [Adaptation française]. Paris: ECPA.
- Le Trésor de la langue française informatisé*. Internet: <http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=4261516905> [consulté le 8 septembre 2009].
- McCulloch, P. (1993). Collaboration enseignants-« spécialistes »: une co-crédation. *Paroles d'Or*, 3, 11-14.
- OMS (2008). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, version pour enfants et adolescents (CIF-EA)*. Paris: Presses universitaires de France.

- Portelli, C. (2001). Les classifications représentent-elles un risque de blocage de l'évaluation in *Quelles évaluations pour la psychiatrie infanto-juvénile, Psychiatrie française*, 7, 2. Internet: [http://www.psychiatrie-francaise.com/psychiatrie\\_francaise/2001/2/psyfr201b.htm#4](http://www.psychiatrie-francaise.com/psychiatrie_francaise/2001/2/psyfr201b.htm#4) [consulté le 8 septembre 2009].
- Skory-Oppliger, A. & Andreetta Di Blasio, R. (2008). L'interdisciplinarité: un cadre et un outil en thérapie psychomotrice. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 156, 45–67.
- Soppelsa, R. & Albaret, J.-M. (2004). *Batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant (M-ABC)*. [Adaptation française]. Paris: ECPA.
- Tilmans-Ostyn, E. (1987). La création de l'espace thérapeutique lors de l'analyse de la demande. *Thérapie familiale*, 3, 229–246.
- Tilmans-Ostyn, E. (2004). Le petit prince a dit ... et les anciens l'ont entendu. *Thérapie familiale*, 4, 417–432.
- Vaivre-Douret, L. (2006). *Batterie d'évaluation des fonctions neuro-psychomotrices de l'enfant (NP-MOT)*. Paris: ECPA.
- Wittgenstein Mani, A.-F. (2009). Concept d'intégration et études en psychomotricité. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 15, 1, 30–36.