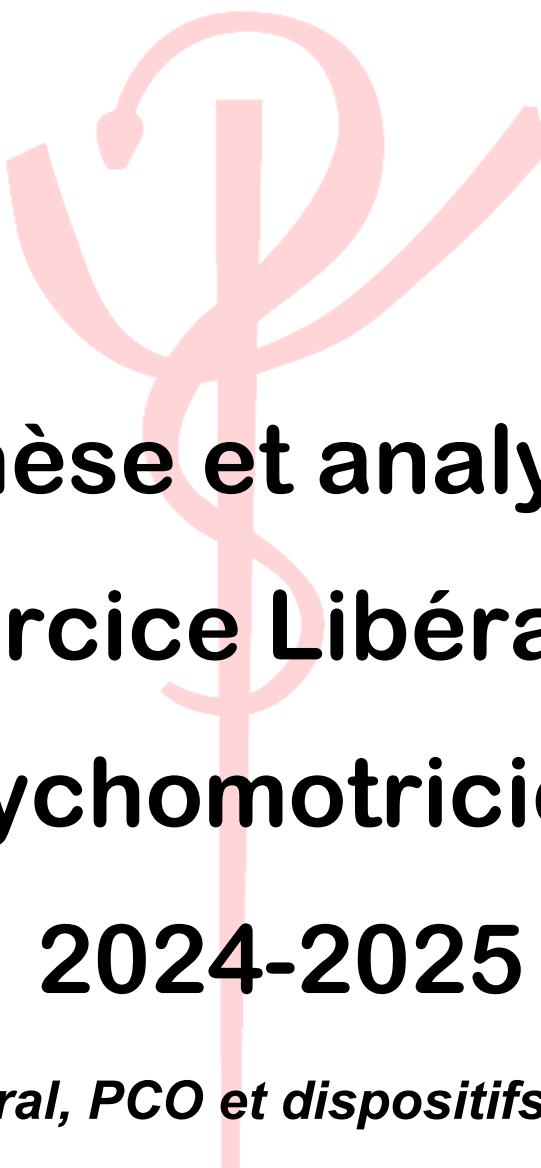




Synthèse et analyse de l'Exercice Libéral des Psychomotriciens 2024-2025

Exercice libéral, PCO et dispositifs forfaitaires

Une nouvelle forme d'exercice

octobre 2025

Table des matières

Introduction.....	1
1. Profil des consultations de psychomotricité en cabinet libéral.....	6
1.1 Etude de la patientèle reçue en cabinet libéral (hors dispositif forfaitaire).....	6
1.2 Mise en relation du motif d'orientation et du motif de suivi	7
1.3 Répartition des séances en fonction du motif de suivi.....	8
<i>Tableau 1 : répartition des séances moyennes et médianes selon le motif de suivi (1)</i>	<i>9</i>
1.4 Profil par âge de la 1 ^{ère} consultation en psychomotricité et de l'âge moyen de consultation ...	10
2. Enquête : Etat de l'exercice libéral en 2024 - 2025.....	11
2-1 Forme d'exercice.....	11
2-2 Chiffre d'affaires et répartition de l'activité libérale des psychomotriciens :.....	12
<i>Tableau 2 : Répartition hebdomadaire de l'activité libérale – Durée – C.A.</i>	<i>12</i>
<i>Tableau 3 : Répartition par temps hebdomadaire d'activité libérale</i>	<i>12</i>
<i>Tableau 4 : Répartition par taille d'agglomération de l'activité libérale.....</i>	<i>13</i>
<i>Tableau 5 : Répartition par taille d'agglomération de l'activité libérale.....</i>	<i>13</i>
3 Exercice libéral et Plate-forme de Coordination et d'Orientation PCO	13
3-1 Répartition des taux d'accueil PCO en fonction du lieu de consultation :.....	14
<i>Tableau 6 : Répartition en pourcentage de la mise à disposition de matériel ou locaux par les PCO</i>	<i>14</i>
3-2 Proportion de patients acceptés en PCO :	14
<i>Tableau 5 : Répartition hebdomadaire médiane actuelle et prévisionnelle maximale de l'activité dans le cadre des plateformes actuelles PCO.....</i>	<i>14</i>
3-2 Estimation de la rémunération du dispositif PCO par rapport à la pérennité du cabinet libéral	15
<i>Tableau 7 : Estimation de la rémunération par PCO par les psychomotriciens libéraux</i>	<i>15</i>
3-3 Ressenti du fonctionnement des PCO vis-à-vis des cabinets libéraux.....	16
<i>Tableau 8 : Ressenti par les psychomotriciens libéraux du dispositif PCO</i>	<i>16</i>
<i>Tableau 9 : Analyse par les psychomotriciens libéraux des conditions de paiements par le dispositif PCO..</i>	<i>16</i>
3-4 Variations de fonctionnement des PCO	16
3-4.1 Modalité d'orientation et de coordination	16
<i>Tableau 10 : Analyse par les psychomotriciens libéraux des conditions d'adressage des patients vers les professionnels par les PCO</i>	<i>17</i>
<i>Tableau 11 : Analyse par les psychomotriciens libéraux de la présence et de la qualité des coordinations de soins par les PCO.....</i>	<i>17</i>
<i>Tableau 12 : Répartition en pourcentage des niveaux d'analyse par les psychomotriciens libéraux de la présence et de la qualité des coordinations de soins par les PCO</i>	<i>17</i>

3-4.2	Mise à disposition de formations.....	17
	Tableau 13 : Répartition en pourcentage de l'accès à des formations proposées par les PCO	18
3-4.3	Mise à disposition de matériels ou de salle.....	18
	Tableau 14 : Répartition en pourcentage de la mise à disposition de matériel ou locaux par les PCO	18
3-5	Répartition des taux d'accueil PCO en fonction du lieu de consultation :.....	18
	Tableau 15 : Répartition en pourcentage de la mise à disposition de matériel ou locaux par les PCO	18
3-6	Evolution de la proportion de patients issus des PCO parmi la patientèle :.....	19
	Tableau 16 :	19
	Tableau 17 :	19
4	Synthèse et analyse.....	20
4-1	Exercice libéral des psychomotriciens.....	20
4-2	Situation économique de l'exercice libéral en psychomotricité.....	20
4-3	Situation économique de l'exercice libéral en psychomotricité dans le cadre du dispositif PCO21	
4-4	Retours sur le vécu du fonctionnement des PCO	21
4-5	Actions.....	22

Introduction

Cette étude, s'inscrit dans un programme d'analyse de la situation des psychomotriciens en exercice libéral. Elle vise à dresser un état des lieux sur les conditions d'exercice de la psychomotricité en exercice libéral et notamment :

- Dresser une analyse de la situation économique et démographique
- Identifier les besoins en informations et en gestion,
- Evaluer la situation concernant les risques psychosociaux,
- Recueillir les données et avis concernant la pratique libérale dans le cadre des dispositifs de rémunération forfaitaire.

Le cadre d'exercice libéral de la psychomotricité émerge particulièrement depuis 1998 et se distingue de l'exercice institutionnel par la totale indépendance de fonctionnement, la diversité de patientèle accueillie au sein d'un même cabinet, la relation directe avec le patient, ainsi que par les enjeux et les relations économiques inhérents à ce mode de consultation.

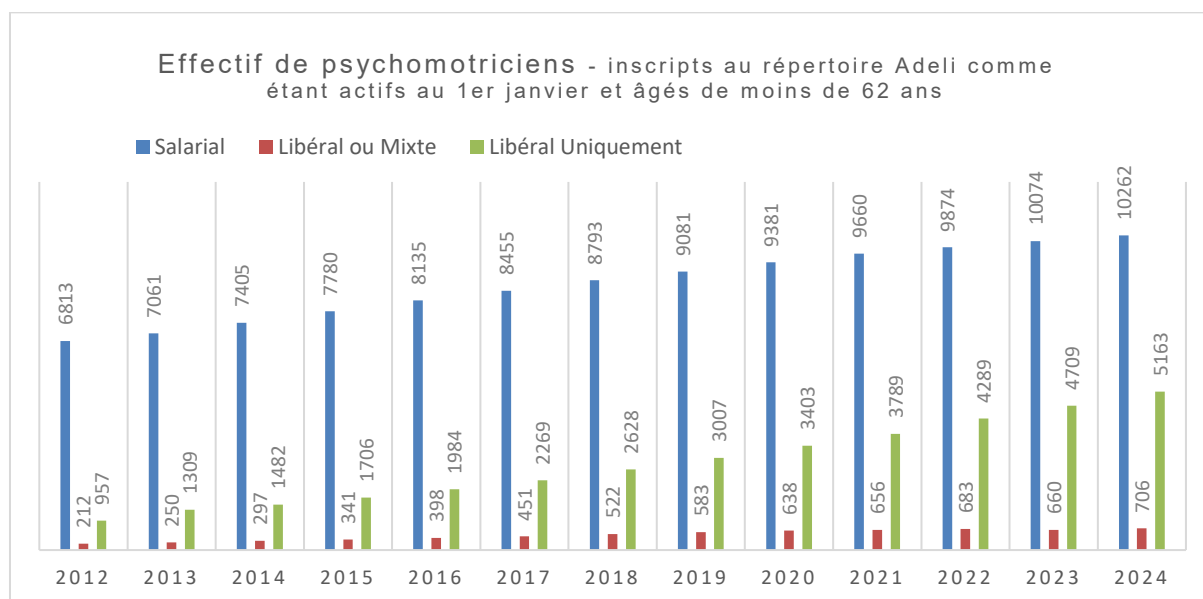
Les premiers cabinets de psychomotriciens libéraux sont apparus, dès le décret d'acte de mai 1988, lequel mentionnait la prescription médicale pour l'exercice du métier de psychomotricien. Depuis, le mode d'exercice libéral est de plus en plus répandu en France.

Au fil des dernières décennies, la profession de psychomotricien a connu une évolution notable dans la répartition entre exercice libéral et salarié, comme l'illustre le graphique (1) ci-après. Historiquement, la quasi-totalité des psychomotriciens exerçaient en milieu salarié, notamment dans les hôpitaux, les centres médico-psychologiques ou les institutions spécialisées. Cependant, alors que le nombre de praticiens est resté relativement stable jusqu'en 1990 (environ 300 praticiens en exercice libéral), depuis le nombre de praticiens installés en libéral ne cesse d'augmenter, porté par une demande croissante de bilans et de suivis personnalisés. Cette tendance s'explique par la recherche d'une plus grande autonomie professionnelle, la diversification des publics pris en charge et le développement du travail en réseau avec d'autres paramédicaux.

Ainsi, l'évolution régulière du nombre de psychomotriciens actifs, se caractérise par une part exerçant en activité salariée qui a augmentée de 3% alors même que celle de l'activité libérale a elle augmentée de 15% en moyenne depuis les 30 dernières années. Ces éléments nous ont d'ailleurs incité à mener cette étude sur deux années pour intégrer les éléments d'évolution dans cette analyse.

Ce qui fait qu'aujourd'hui la proportion de professionnels exerçant en libéral, qui jusque dans les années 1990 était extrêmement minoritaire, représente en 2025, plus de 36% tout mode d'exercice confondu (libéral uniquement ou mixte salarial-libéral). Cependant, au regard des différents sondages effectués, il est avéré que les données du répertoire Adeli comporte de très nombreuses erreurs, notamment s'agissant de la

mise à jour des données non réalisé par les psychomotriciens au cours de l'évolution de leur carrière et surtout des formes d'activité principales et secondaires.



Graphique 1 (Data.drees.solidarites-sante.gouv.fr)

Alors que le contexte démographique a évolué de manière relativement homogène au cours de ces 50 dernières années, du point de vue législatif, le métier de psychomotricien a été marqué essentiellement par deux grandes dates comme le décret d'acte en 1988, et le statut d'auxiliaire de la médecine en 1995.

Dans le même temps, la pratique libérale ne s'est que très peu distinguée de ce point de vue de l'exercice salarial et n'a pas vu de grand changement. Cependant, depuis 2018 plusieurs grands changements ont eu lieu concernant cette forme spécifique d'exercice. Plusieurs textes de loi ou décrets ont encadré, voire bouleversé son cadre d'exercice notamment :

- **Loi du 30 mai 2018** relative à l'information des personnes destinataires d'activités de prévention, de diagnostic et/ou de soins.

Cette loi, demandée par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, et visant les professionnels de santé conventionnée, a inclus de facto y compris des professionnels non conventionnés. Dès lors, il est obligatoire pour le professionnel de santé, dont les psychomotriciens, de fournir au patient une information écrite concernant la tarification du soin, ce qui constitue un devis.

Or, les psychomotriciens n'ont pas à leur disposition de codification ni de référentiel leur permettant de proposer une réponse concernant la durée du soin psychomoteur prévu. Ce manque de références a abouti à la réalisation par l'AFPL de plusieurs études permettant d'établir un premier profil d'activité libérale. Celles-ci ont permis d'établir le profil de patient accueilli, le nombre moyen de consultations par motif de consultation, les outils utilisés-

- **Décret du 28 décembre 2018** n° 2018-1297 « relatif au parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement » qui a modifié le code de la santé publique pour y intégrer un chapitre concernant le parcours précoce pour les troubles du neuro-développement (TND) et la création des plateformes de coordination et d'orientation (PCO) ainsi qu'un forfait « bilan et intervention précoce ». Ce dispositif, qui vise à « apporter une solution pour tous » s'inscrit dans le plan Piveteau « Zero sans solution » vise deux objectifs principaux :
 - Donner accès précocement, à des soins coordonnés et adaptés à des enfants de moins de 0 à 6 ans, présentant des troubles neurodéveloppementaux
 - Optimiser les ressources en soin en utilisant les ressources de cabinet de ville, de proximité et plus adaptatives.
 - Financer des interventions des psychomotriciens, ergothérapeutes et psychologues en amont du diagnostic.

L'arrêté du 16 avril 2019 « relatif au contrat type pour les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du code de la santé publique et les psychologues pris en application de l'article L. 2135-1 du code de la santé publique »

Cet arrêté encadre et précise les modalités du contrat établi entre la structure PCO et les ergothérapeutes, psychomotriciens et psychologues.

- Age 0 à 6 ans révolus
- Forfait de **35 séances + 1 bilan** = 1500 € pour des soins par un psychomotricien et/ou un ergothérapeute et forfait de consultation en psychologie (forfait non indexé sur le coût de la vie)
- Renouvelable 6 mois (puis suite à un nouveau décret 2021 augmenté à 1 an)
- Adressage vers PCO uniquement en cas de première intention (Zéro sans solution)
- Le patient ne peut pas bénéficier d'un autre dispositif de soin en sus du forfait (CAMSP, Institution, MDPH,...)
- Compte rendu d'évolution quantitatif et qualitatif tous les 3 mois (pas de rémunération prévue)
- Obligation de respecter les référentiels Bonne pratique de la HAS
- Recommandation d'utilisation de tests et évaluation standardisées parmi la liste (non exhaustive dès lors qu'ils respectent les recommandations)
- Des réunions d'équipes pluri-professionnelles organisées par la PCO, dont au moins une pour le diagnostic (pas de rémunération prévue)
- Des formations doivent être proposées aux professionnels de santé par la plateforme sur les thèmes de l'application des recommandations de bonnes pratiques, du développement des connaissances sur les TND et de l'amélioration des parcours des personnes
- Les séances se déroulent **dans le cabinet du professionnel libéral** ou, si nécessaire, dans le ou les **lieux de vie de l'enfant** (domicile, lieu d'accueil de la petite enfance, école)

- **Décret 1^{er} avril 2021** n°2021-383, « modifiant le parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement »
 - **Extension à 12 ans** du forfait de 35 séances + 1 bilan = 1500 €
 - Renouvellement possible du forfait augmenté à 1 an.
 - Avec accord du médecin coordinateur, un patient bénéficiant d'un autre dispositif de soin (Allocation MDPH, institution,...) peut être inclus dans le dispositif PCO.

- **Décret 5 août 2025** n° 2025-770, « relatif à l'organisation des parcours mentionnés aux articles L. 2134-1, L. 2135-1 et L. 2136-1 du code de la santé publique »
 Ce décret vise à **harmoniser et étendre certains dispositifs par forfait existants**.
 Le dispositif par forfait anciennement PCO, se décline désormais en trois catégories :
 - **Forfait PCO 0–6 ans**
 - Comprend un bilan et **35 séances**, pour un montant de **1 500 €**
 - Durée : **1 an**, renouvelable **une seule fois**
 - Concerne les troubles du neurodéveloppement, mais aussi tout trouble de santé **durable et invalidant, quel qu'en soit la nature**
 - **Forfait PCO 7–12 ans (TND)**
 - Désormais **généralisé** sur tout le territoire
 - Modalités identiques au forfait 0–6 ans
 - **Nouveau forfait “paralysie cérébrale / polyhandicap”**
 - Forfait allant jusqu'à **48 séances par an**, pour les enfants et jeunes jusqu'à leurs 20 ans révolus.

Ces dernières modifications transforment complètement le cadre de l'exercice libéral. Et, la pratique libérale des soins psychomoteurs, dans ce contexte de dispositif forfaitaire assortis de contraintes, d'obligation (rémunérées ou non) et de contrôles, soulève plusieurs spécificités de la consultation de psychomotricité en cabinet libéral, concernant :

- Le maintien de l'indépendance du professionnel de santé,
- Le maintien de la condition d'exercice libérale, en évitant toute confusion avec un exercice salarial déguisé dans lequel il y aurait un lien de subordination, des horaires imposés, des éléments de bilans imposés, un lien de dépendance économique, un droit de contrôle et pourquoi pas de sanction en interdisant de bénéficier du dispositif,...
- Le ciblage et les choix d'orientation de patients par les plateformes,
- Les enjeux et relations économiques,
- Le besoin de formation sur le thème spécifique des TND

Enfin, les psychomotriciens libéraux habitués historiquement à recevoir des patients engagés économiquement, ne sont pas nécessairement préparés à l'accueil de patients consultants « totalement gratuitement » et pour lesquels de surcroît, ils auront à assumer des tâches administratives supplémentaires et imposées par un tiers. Alors même que, dans tous les cas, l'approche systémique et holistique du patient impose

au professionnel de laisser, dans le soin, une place importante à la famille, ce qui d'ailleurs est une approche commune à tous les cabinets de ville.

C'est donc dans ce contexte de bouleversement des paradigmes de l'exercice libéral que cette étude dresse le tableau de l'exercice libéral, tout juste 50 ans après le diplôme d'Etat du métier de psychomotricien.

Rappel du contexte :

L'Association Française des Psychomotriciens Libéraux et la Fédération Française des Psychomotriciens se sont particulièrement investis dans les plans Autismes et elle partagent les constats présentés dans le rapport « Zéro sans solution » de Denis Piveteau en 2014, qui ont été à l'initiative du projet de plateforme TSA. Nous nous étions félicités de la création des Plateformes de Coordination et d'Orientation (PCO).

Le dépistage précoce étant un enjeu de politique de santé extrêmement important, il était évident que nous apportions notre soutien à cette mesure, même si les conditions peuvent être par certains aspects insatisfaisantes ou demandent à être expérimentées pour en mesurer la pertinence.

Par ailleurs le premier dispositif ayant été lancé sur la période de Covid, les phases d'adaptation et de retour ont été bouleversées et les constats n'ont pas pu être correctement pris en compte lors de la phase d'extension aux 7- 12 ans.

Il n'a notamment pas été pris en compte que la tranche d'âge de population concernée par le dispositif PCO représente, pour les moins de 6 ans jusqu'à 33% de la patientèle accueillie par les psychomotriciens et 85% de la population s'agissant des moins de 12 ans. (*chapitre 1-4 Figure 2 : Répartition de l'échantillon par âge de 1^{ère} consultation*)

Considérant qu'il s'agit d'une première orientation en psychomotricité au motif d'une perturbation du parcours développemental, tous les patients accueillis en cabinets peuvent potentiellement être concernés par les dispositifs forfaitaires. D'ailleurs, dans les enquêtes de 2024 et 2025, certains collègues rapportent réaliser la totalité de leur activité dans le cadre du dispositif PCO. La tranche des plus de 12 ans ne représente quant à elle que 15% de la patientèle accueillie en cabinet de ville, et 1% seulement pour les plus de 18 ans. Malheureusement l'enquête portant sur la population accueillie en cabinet ayant été réalisée pour la mise en place du premier dispositif PCO de 2018, il n'est pas possible d'établir la part de la population de plus de 12 ans qui serait concernée par une paralysie cérébrale ou un polyhandicap.

1. Profil des consultations de psychomotricité en cabinet libéral

Pour nous assurer de la cohérence des orientations et étant donné le contexte, il s'est avéré indispensable de réaliser une première étude permettant de dresser un profil de consultation, bien que cela ne puisse pas être exhaustif. Cette étude a été menée pour le compte de l'AFPL dans le cadre d'un mémoire de recherche de master ¹, à partir d'un échantillon de 761 patients d'âges et de motifs de consultation divers sur une période de 15 ans auprès de 14 psychomotriciens et réparti sur un territoire dont l'indice Gini, de la répartition des richesses entre les populations (0,37) est dans la moyenne nationale. Elle est menée grâce à une méthodologie qualitative d'analyse par théorisation ancrée. Les sémiologies conservées ont volontairement sélectionné de manière à faire un consensus entre celles utilisées en 2002 et celles de 2019, notamment s'agissant des troubles du développement des coordinations (TDC), des troubles du Spectre de l'Autisme (TSA), des Troubles de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) ou encore Haut Potentiel Intellectuel (HPI). Enfin parmi les Troubles spécifique du langage on compte les troubles de la lecture, de l'expression écrite, du calcul et les troubles du langage

Etant donné la complexité d'une telle étude longitudinale, il n'était pas possible de la réaliser sur un échantillonnage représentatif du territoire français. Il faut donc prendre les données de cette étude, en tenant absolument en compte qu'il s'agit d'un échantillonnage réduit de professionnels, avec un biais certain d'adressage. On peut d'ailleurs noter la faible représentation des nourrissons et des personnes âgées. Enfin, tous exercent en cabinet sans déplacement dans les lieux de vie, ce qui limite notamment les deux populations précédemment citées.

1.1 Etude de la patientèle reçue en cabinet libéral (hors dispositif forfaitaire)

La comparaison entre les différentes catégories déterminées par le motif de suivi permet de dresser un premier état des lieux des caractéristiques de la consultation de psychomotricité en cabinet libéral. L'exposé de cette analyse permet de faire ressortir une prévalence pour chaque catégorie.

Cette première mise en relation nous apprend que les patients consultent en cabinet libéral de psychomotricité le plus fréquemment, en première intention pour :

- Un retard scolaire sans trouble identifié (19%),
- Un trouble de la latéralité (17%),
- Un TDAH (17%),
- Un HPI (13%).

¹ Etude des caractéristiques des consultations de psychomotricité en cabinet libéral francilien de 2002 à 2017, « L'analyse par théorisation ancrée ». Idriss ISSOP 2019 MIP, Universidad de Murcia

A l'inverse, les catégories de troubles les moins rencontrées et qui représentent 5,4% de tous les patients sont :

- Le TSA (3%)
- Le retard psychomoteur (2%),
- Les troubles spécifiques du langage (0,4%),
- La déficience intellectuelle (0%),

Le vide (NA) constaté dans la catégorie de la déficience intellectuelle s'explique par l'étape de codification. Dans le cadre d'une déficience intellectuelle, l'importance a été portée sur la raison du suivi en psychomotricité. Pour cela, un patient présentant une déficience intellectuelle peut apparaître dans d'autres catégories, notamment celle des maladies rares pouvant engendrer une déficience intellectuelle.

Enfin, le score de 3% de patients concernés par un TSA n'est probablement plus d'actualité, puisque l'étude porte sur les 15 dernières années, alors que les campagnes d'information et de dépistage et n'avaient pas encore pris toute leurs ampleurs.

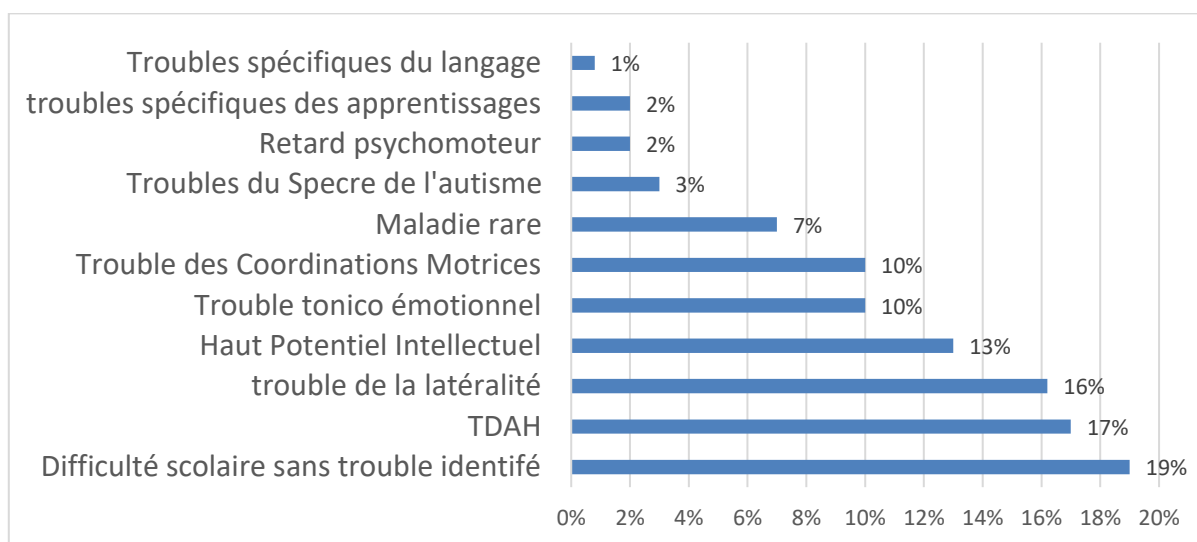


Figure 1 : Répartition en % de l'échantillon par critère de suivi (1)

1.2 Mise en relation du motif d'orientation et du motif de suivi

La comparaison entre le motif d'orientation et le motif de suivi fait apparaître un degré de corrélation entre ces deux données. Pour chaque patient de l'échantillon, une comparaison entre ces deux motifs permet d'établir un pourcentage total de corrélation.

Dans 92% des cas, la mise en relation fait ressortir une concordance entre le motif d'orientation et le motif de suivi. Cette cohérence valide la construction du

questionnaire de départ, car il permet dans plus de neuf cas sur dix d'anticiper la raison du suivi en psychomotricité. Il démontre une capacité des parents à fournir au psychomotricien des informations justes et au plus proches de la réalité. Ces résultats justifient et rappellent la place centrale de l'environnement familiale proche dans le cas d'un suivi en psychomotricité, ainsi que l'importance des campagnes d'information et de dépistage précoce.

1.3 Répartition des séances en fonction du motif de suivi

L'étude fait apparaître une grande disparité selon les patients et les motifs de consultations, et ce quel que soit le professionnel. Ce qui explique d'ailleurs les écarts très importants entre les moyennes et les médianes. Ainsi les motifs concernés par les plus grands nombres moyens de séances, les écarts avec les médianes sont très significatifs ; ce qui se justifie par certains suivis très longs et la plupart avec un nombre de séance inférieur à la médiane, cependant cela peut aussi se justifier par une réorientation ou arrêt momentané au profit d'autres thérapies.

Parmi les résultats de cette étude, encore une fois limitée à quelques professionnels, les patients atteints d'une maladie rare ou d'un syndrome génétique bénéficient d'un suivi d'une durée moyenne de 90,5 séances, tandis que ceux présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ont un suivi moyen de 79,4 séances.

Il est essentiel de corréliser le nombre total de séances avec la durée du suivi en années. Cette approche met en évidence qu'avec des séances d'une durée moyenne de 45 à 60 minutes, les patients réalisent entre 15 et 20 séances par an. Ce critère demeure toutefois biaisé par la charge financière supportée par les familles.

L'analyse individualisée des situations montre que, lorsque le coût financier ne constitue pas un frein, la fréquence moyenne atteint environ 35 séances par an. Ce constat a conduit la commission à proposer l'établissement de forfaits basés sur ce rythme de suivi.

La médiane d'un ensemble de valeurs permet de les diviser en deux groupes égaux. C'est un indicateur d'une tendance centrale d'un phénomène. La médiane est considérée comme un indicateur particulièrement pertinent, dans la mesure où, contrairement à la moyenne, elle répartit de manière égale le nombre de patients de part et d'autre de sa valeur. Le nombre de séances médian le plus élevé est observé chez les patients présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA), un trouble du développement de la coordination (TDC), un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou une maladie rare.

En fonction du motif de suivi, la durée de la prise en charge s'étend de moins d'un an à cinq ans. Les suivis les plus prolongés concernent principalement les patients présentant une maladie rare, un syndrome génétique, un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou un trouble du développement de la coordination (TDC). L'étalement

des séances sur plusieurs années favorise la continuité du soin, prévient toute régression et contribue au maintien des acquis. Cette observation est à mettre en relation avec la figure 7, qui illustre la fréquence du suivi (nombre de séances rapporté à la durée moyenne du suivi en années).

Motif consultation	nombre médian d'années de suivi	moyenne du nombre total de séances	médiane du nombre de séances annuelle	moyenne du nombre de séances annuelle
Maladie rare	5	90,5	42	18,1
Troubles du Specre de l'autisme	4	79,4	53	19,85
Trouble des Coordinations Motrices	4	52,5	33,5	13,13
Troubles spécifiques des apprentissages	3	45,7	14	22,85
TDAH	2	35,3	28	17,65
Haut potentiel intellectuel	2	15	11	7,5
Troubles spécifiques du langage	3	14	11	9,7
Trouble tonico émotionnel	1	10,3	9	10,3
Retard psychomoteur	1	6,6	9	6,6
Trouble de la latéralité	1	6,2	5	6,2
Difficulté scolaire sans trouble identifié	1	4,8	2	4,8

Tableau 1 : répartition des séances moyennes et médianes selon le motif de suivi (1)

En fonction du motif de suivi, la durée de la prise en charge s'étend de moins d'un an à cinq ans. Les suivis les plus prolongés concernent principalement les patients présentant une maladie rare, un syndrome génétique, un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou un trouble du développement de la coordination (TDC). L'étalement des séances sur plusieurs années favorise la continuité du soin, prévient toute régression et contribue au maintien des acquis. Cette observation est à mettre en relation avec les données du tableau (1), qui illustre la fréquence du suivi .

La mise en relation du nombre de séances moyen en fonction de la durée moyenne du suivi fait apparaître une fréquence moyenne par année. Cette fréquence moyenne varie de 4,6 séances par an pour les patients présentant un trouble spécifique du langage à 22,8 séances par an pour les patients porteurs d'un trouble spécifique des apprentissages. L'analyse de cette fréquence moyenne est à nuancer car elle se base elle-même sur un nombre de séances moyen et une durée moyenne.

1.4 Profil par âge de la 1^{ère} consultation en psychomotricité et de l'âge moyen de consultation

En mettant en lien l'âge du patient et la date de 1^{ère} consultation, on constate une répartition quasi homogène des tranches d'âge entre 3 et 12 ans.

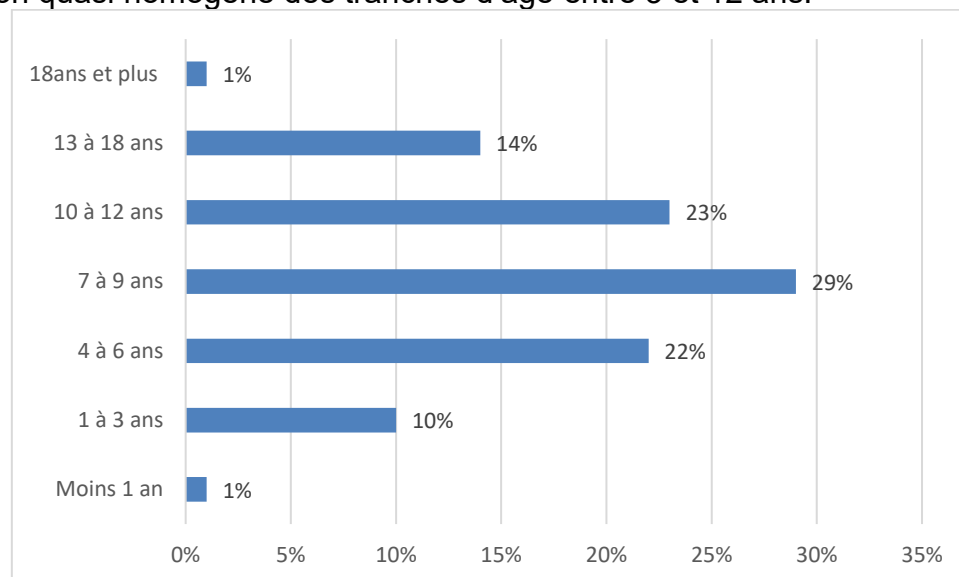


Figure 2 : Répartition de l'échantillon par âge de 1^{ère} consultation (1)

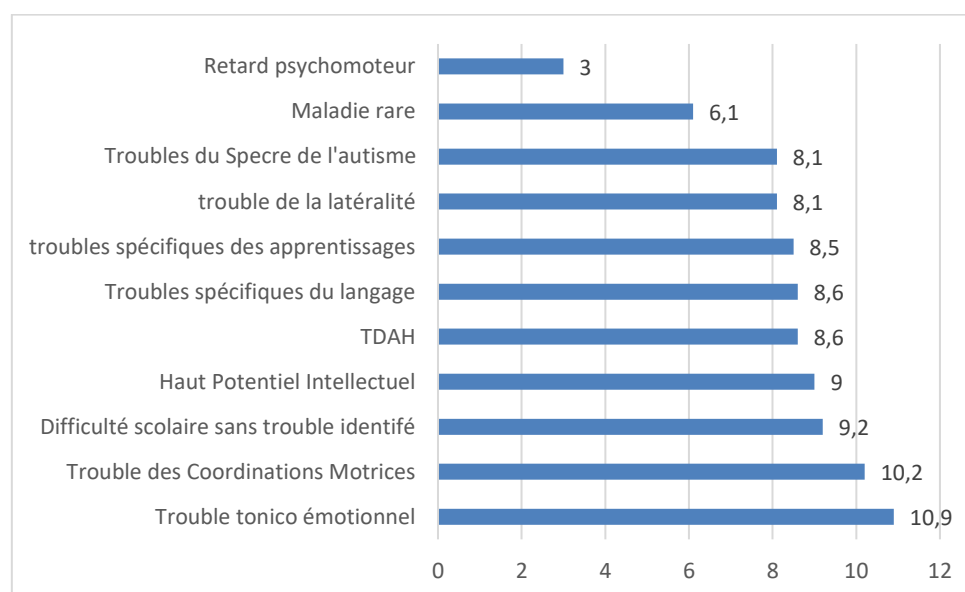


Figure 3 : âge moyen de première consultation (1)

Dans l'interprétation de ces données, il est indispensable de prendre en compte le délai moyen d'accès à la consultation. Ainsi, bien que l'âge moyen au moment de la première consultation s'établisse autour de 9 ans, ce résultat demeure cohérent au regard des motifs de recours observés.

Cependant, l'analyse croisée de l'âge de première consultation selon le motif de suivi met en évidence un âge d'accès au diagnostic particulièrement élevé au regard des connaissances actuelles, notamment pour les troubles du spectre de l'autisme (TSA),

les troubles du développement de la coordination (TDC) ou encore certaines maladies rares. Or, l'efficacité d'une prise en charge précoce, idéalement avant l'âge de 4 ans, est aujourd'hui largement documentée.

Une consultation dès l'apparition des premiers signes d'alerte permet en effet de confirmer ou d'écarter un diagnostic, et le repérage précoce favorise la mise en place d'interventions adaptées et coordonnées, visant notamment à réduire les risques de sur-handicap (HAS, 2018).

Ainsi, l'association entre l'âge moyen de première consultation et le motif de suivi montre que les enfants accèdent encore tardivement au diagnostic, avec une moyenne avoisinant 9 ans, soit un âge nettement supérieur aux recommandations actuelles.

2. Enquête : Etat de l'exercice libéral en 2024 - 2025

Plusieurs enquêtes ont été menées à une année d'intervalle, dont deux principales, la première essentiellement par mailing, avec 1036 réponses sont recevables, la seconde par mailing et appel à contribution par les réseaux sociaux avec 1464 réponses.

Les répondants se répartissent sur l'ensemble du territoire, y compris outre-mer, en cohérence avec la répartition des psychomotriciens sur le territoire, excepté le second sondage pour lequel il y a une absence de réponse sur 3 départements : Creuse, Orne, Guyane.

2-1 Forme d'exercice

Initialement l'exercice professionnel se faisait en salarial. Cependant comme nous l'avons vu en introduction, nous constatons une augmentation de 15% en moyenne par an de nouvelles installations en exercice libéral.

Les enquêtes de 2020 ; 2024 et 2025 permettent de dresser plus précisément la forme de l'exercice, à défaut d'autre données plus fiables, puisque celles de la Dress et du fichier ADELI ou RPPS ne sont manifestement pas à jour.

Exercice libéral ou Mixte (salarial / libéral) :

Tous n'exercent pas exclusivement en libéral. Et que ce soit en 2024 ou 2025 la proportion de professionnels exerçant sous la forme mixte, salariale et libérale, se confirme à hauteur de **39%** (38,9% en 2024, 39,1% en 2025).

Statut :

Titulaire **83,1%**, Collaborateurs **16,4%**, Remplaçant **0,5%**

Modalité d'exercice :

Cabinet isolé **18,6%**, Cabinet de psychomotriciens **18,4%**,
Cabinet pluriprofessionnel **43,4%**, Maison de santé **19,5%**.

Etant donné certaines situations dont nous avons eu des retours, il a été demandé combien parmi les psychomotriciens, exerçait dans des locaux mis à la disposition par la PCO. Bien que cette dernière modalité contrevienne à l'arrêté du 16 avril 2019, puisque les séances doivent se dérouler « dans le cabinet du professionnel libéral ou, si nécessaire, dans le ou les lieux de vie de l'enfant ». Parmi les répondants 2 personnes sont concernées par cette situation soit 0,1%, alors que lors de l'enquête de 2024, 13 personnes ont déclarées pouvoir bénéficier d'une mise à disposition d'un local pour recevoir des patients, et 75 peuvent utiliser des tests ou du matériel.

2-2 Chiffre d'affaires et répartition de l'activité libérale des psychomotriciens :

	Médiane	Moyenne	Ecart type
Nombre de jour hebdomadaire	4	3,43	1,17
Nombre de séance hebdomadaire	28	27,09	10,94
Durée moyenne séance en min.	45	43,28	5,2
Chiffre d'affaires moyen en €	25000	31880	15669

Tableau 2 : Répartition hebdomadaire de l'activité libérale – Durée – C.A.

Répartition en pourcentage des professionnels par Temps hebdomadaire d'activité au cabinet : 2025 (n=1464)	
Entre 1/2 et une journée	5,0%
Entre 1,5 et 2 journées	14,0%
Entre 2,5 et 3 journées	25,0%
Entre 3,5 et 4 journées	26,5%
Entre 4,5 et 5 journées	26,5%
Plus de 5 journées	2,8%

Tableau 3 : Répartition par temps hebdomadaire d'activité libérale

Etant donné l'écart très important entre les différentes réponses, seul un échantillonnage plus complet permettrait d'apporter une fiabilité à ces données. Cependant elles sont quand même cohérentes par rapport aux informations recueillies lors de précédents sondages et à la répartition démographiques des psychomotriciens.

	<i>n</i>	Pourcentage
Village (0 à 500 hab.)	26	2%
Petite Commune (entre 500 et 2.000 hab.)	179	11%
Commune moyenne (2.000 à 20.000 hab.)	688	41%
Grande ville (20.000 à 100.000 hab.)	572	34%
Très grandes ville (+100.000 hab.)	216	13%

Tableau 4 : Répartition par taille d'agglomération de l'activité libérale

Enfin, 29% ($n=1464$) réalisent des soins dans les lieux de vie de leur patient, sans corrélation avec la zone d'exercice comme le montre le tableau suivant :

% Psychomotriciens intervenant dans les lieux de vie	<i>n</i>	Moyenne
Village (0 à 500 hab.)	26	46,2%
Petite commune (500 à 2.000 hab.)	179	26,8%
Commune moyenne (2.000 à 20.000 hab.)	688	27,3%
Grande ville (20.000 à 100.000 hab.)	356	48,6%
Très grandes ville (+100.000 hab.)	216	30,1%

Tableau 5 : Répartition par taille d'agglomération de l'activité libérale

3 Exercice libéral et Plate-forme de Coordination et d'Orientation PCO

L'enquête de 2025 fait apparaître que 84% ($n=1464$) des répondants, ont contractualisé un contrat avec la PCO, en moyenne en 2023 ($\sigma = 1,67$)

D'autre part, 57,8% ont confirmés avoir rencontré plus de difficultés avec les patients dans le cadre du dispositif PCO.

Parmi les difficultés il est rapporté :

71,9% Situation clinique plus complexe ou plus lourde

37,4% Plus d'absentéisme

36,8% Difficulté de coordination avec la PCO

34% Manque d'investissement des familles

Les commentaires pointent notamment :

Problèmes financiers et rémunération :

De nombreux commentaires expriment des préoccupations concernant la rémunération insuffisante dans le cadre PCO. Les tarifs actuels ne permettent pas de couvrir les coûts réels des soins et des charges professionnelles. On note de plus des retards de paiement fréquents

Lourdeur administrative :

Plusieurs commentaires mentionnent la lourdeur administrative associée aux dispositifs PCO. Les démarches administratives sont complexes et chronophages, ce qui ajoute une charge de travail supplémentaire par rapport aux patients non-PCO.

Problèmes de coordination et de communication :

On relève fréquemment des problèmes de coordination et de communication entre les différents acteurs impliqués dans les dispositifs PCO. Sont mentionnée des difficultés à obtenir des informations et à coordonner les soins avec les autres professionnels, ce qui nuit à l'efficacité des prises en charge.

Impact sur la vie professionnelle et personnelle :

Certains commentaires soulignent l'impact négatif de ce dispositif sur leurs conditions de travail. De nombreux répondants mentionnent des niveaux de stress élevés, des risques de burn-out et des difficultés à maintenir un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle

3-1 Répartition des taux d'accueil PCO en fonction du lieu de consultation :

L'enquête de 2025 a permis de constater que plus les cabinets sont situés dans des zones de faible nombre d'habitants, plus la part de patients adressés dans le cadre de la PCO était grande. On peut probablement corrélérer cela au coût du m² de cabinet qui représente la charge financière la plus importante, ainsi qu'au plus faible nombre de personnes concernées (26) par rapport aux grandes et très grandes villes (572).

	<i>n</i>	Moyenne	écart type
Village (0 à 500 hab.)	26	45,5%	29
Petite commune (500 à 2.000 hab.)	179	33%	23
Commune moyenne (2.000 à 20.000 hab.)	688	30%	22
Grande ville (20.000 à 100.000 hab.)	356	25%	20
Très grandes villes (+100.000 hab.)	216	28%	21

Tableau 6 : Répartition en pourcentage de la mise à disposition de matériel ou locaux par les PCO

3-2 Proportion de patients acceptés en PCO :

Enquête PCO 2024 (n=1044)	Médiane	Moyenne	Ecart type
Nbr séance PCO	2,5	3,0	6,4
nombre de séances max PCO envisagé	4,5	6,5	16,8
% de séances PCO actuel	25,0	27,2	47,8
% de séances max envisagé	45,0	37,5	27,5

Tableau 5 : Répartition hebdomadaire médiane actuelle et prévisionnelle maximale de l'activité dans le cadre des plateformes actuelles PCO

L'enquête de 2025, fait ressortir une médiane équivalente : 25,4 et une moyenne de file active de 29,27% (avec $\sigma = 22$ et $n=1464$) tout à fait cohérente par rapport aux précédentes données notamment de 2024, et confirme le fait que les professionnels souhaitent conserver une activité très majoritairement en dehors de ce dispositif.

3-2 Estimation de la rémunération du dispositif PCO par rapport à la pérennité du cabinet libéral

(note de 0 à 10)	Médiane	Moyenne	Ecart type
Rapport entre le tarif PCO et les tarifs de séances pratiqués (0) très en dessous – (10) très au-dessus	4,0	3,4	1,3
Cadre PCO, pénalise (0) ou garantit (10) le chiffre d'affaires	2,2	3,0	3,4
Dispositif de paiement est pénalisant (0) ou facilitant (10)	2,4	2,0	2,9

Tableau 7 : Estimation de la rémunération par PCO par les psychomotriciens libéraux

En cohérence avec les informations recueillies par l'AFPL et en raison du principe de libre concurrence auquel nous sommes contraints, nous ne pouvons pas afficher le tarif moyen des séances pratiquées. Toutefois, les deux premières données confirment que les tarifs imposés dans le cadre des PCO sont significativement en dessous (la valeur 2 correspondant à la réponse « très en dessous ») des tarifs pratiqués habituellement en cabinets libéral. Surtout il est confirmé que ces tarifs PCO pénalisent significativement le chiffre d'affaires des professionnels libéraux (médiane à 2,2 sur une échelle de 0 à 10).

Qui plus est le dispositif de paiement est vécu comme une charge supplémentaire et un risque supplémentaire menaçant l'activité (médiane à 2,4 sur une échelle de 0 à 10).

Les commentaires et réponses recueillis portant sur le tarif minimum qui pourrait être accepté dans le cadre d'une séance dans la cadre des PCO, confirme un souhait de séance au minimum au-dessus de 45€ ($n=1044$, médiane= 45, moyenne= 45,1 $\sigma=3,8$). L'augmentation significative du montant du tarif du bilan est, elle aussi, pointée comme étant indispensables, notamment au regard de l'investissement en tests nécessaires à sa réalisation.

Enfin il a été pointé, avec une forte majorité, l'absence de révision des tarifs en fonction du coût de la vie, ainsi que l'interdiction de dépassement d'honoraire.

3-3 Ressenti du fonctionnement des PCO vis-à-vis des cabinets libéraux

Note /10	Médiane	Moyenne	Ecart type
Avis sur les conditions de règlement et de gestion	2,0	2,9	2,4
Communication PCO sur condition d'accueil	1,0	2,0	2,3
Qualité Coordination PCO	5,0	5,0	2,5
Indépendance professionnelle vis-à-vis de la PCO	6,0	5,5	2,2

Tableau 8 : Ressenti par les psychomotriciens libéraux du dispositif PCO

Ce volet permet d'estimer qualitativement la perception qu'ont les professionnels libéraux du dispositif PCO. En cohérence avec les points précédents, l'avis sur les modalités de gestion est fortement défavorable ou encore sur l'absence d'information portant sur les contraintes et efforts consentis par les professionnels pour accueillir des patients dans le cadre de ce dispositif. Les commentaires font état de très nombreux dysfonctionnements, de retards, d'absence de paiements, de difficultés ou de surcharges administratives ou encore d'absences répétées des patients.

Concernant la qualité de la coordination, bien que se situant dans la moyenne, on note un écart type indiquant une grande variation des résultats. Ce qui est conforme aux commentaires qui font état soit d'absence de coordination, soit au contraire de PCO dont le travail de coordination est très appréciable.

L'écart de fonctionnement entre les PCO peut probablement expliquer aussi, une forte variation de ressenti de menace de l'indépendance professionnelle indispensable à notre pratique dont le facteur humain est particulièrement important.

Conditions de paiement par les PCO	Pourcentage
Pénalisantes	20,10%
Peu facilitantes	38,25%
Modérément facilitantes	31,75%
Bien facilitantes	7,94%
Totalement facilitantes	1,96%

Tableau 9 : Analyse par les psychomotriciens libéraux des conditions de paiements par le dispositif PCO

3-4 Variations de fonctionnement des PCO

3-4.1 Modalité d'orientation et de coordination

Il est rapporté, entre les PCO, une grande variation des typologies de patients adressés en « consultations de ville » versus « services de soins », ainsi que des modalités d'orientation des patients vers les cabinets de ville. Notamment il est pointé des orientations vers un seul professionnel ou une liste restreinte

La PCO :	n	Pourcentage
Communique la liste complète des professionnels du secteur	583	55,8%
Communique une liste partielle des professionnels du secteur	96	9,2%
Cible le professionnel vers lequel elle souhaite adresser le patient	91	8,7%
Ne communique pas sur les modalités d'orientation	274	26,2%

Tableau 10 : Analyse par les psychomotriciens libéraux des conditions d'adressage des patients vers les professionnels par les PCO

Par ailleurs, les enquêtes menées font état d'une variation importante, qualitativement et quantitativement, de coordination selon les PCO concernées. Ce qui fait qu'environ 66% des psychomotriciens déclarent ne tirer aucun bénéfice de la coordination.

Note /10	Médiane	Moyenne	Ecart type
Coordination des soins :	5,0	4,99	2,45

Tableau 11 : Analyse par les psychomotriciens libéraux de la présence et de la qualité des coordinations de soins par les PCO

Coordination des soins :	Pourcentage
0 -1 Absence totale de contact	9,9%
2 – 3	19,6%
4- 5	25,5%
6- 7	28,1%
7-9 Exercice coordonné et de qualité	16,9%

Tableau 12 : Répartition en pourcentage des niveaux d'analyse par les psychomotriciens libéraux de la présence et de la qualité des coordinations de soins par les PCO

3-4.2 Mise à disposition de formations

L'intérêt du dispositif PCO pour l'exercice libéral, réside dans la possibilité d'exercer avec une coordination assurée par une équipe médicale, mais aussi de pouvoir bénéficier de formations proposées par la plateforme sur les thèmes de l'application des recommandations de bonnes pratiques, du développement des connaissances sur les TND et de l'amélioration des parcours des personnes

Or le tableau ci-dessous fait état d'une forte majorité de professionnels, qui n'ont pas été informés de formation, ou surtout dont la PCO n'a organisé aucune formation conforme au cadre précité. Car, parmi ceux à qui il a été proposé une formation ; seules 89 personnes ont annoncé avoir pu participer, et 77 ont confirmé que la formation était bien adaptée à leur besoin, 24 ont déclarées ne pas avoir pu y participer faute de place.

	<i>n</i>	Pourcentage
Absence ou non informé d'une proposition de formation	626	59,9%
Est informé de formation, ou a pu bénéficier d'une formation	418	40,1%

Tableau 13 : Répartition en pourcentage de l'accès à des formations proposées par les PCO

3-4.3 Mise à disposition de matériels ou de salle

Alors que les textes réglementaires précisent bien le cadre de l'exercice au domicile ou au cabinet du professionnel, on ne peut que s'étonner de propositions de la part de PCO, certainement avec une intention louable, mais qui s'opposent au principe de l'exercice indépendant et libéral de la profession. Et l'on peut noter un nombre conséquent de professionnels bénéficiant de largesses de la part des PCO, mais qui met en péril les cabinets qui se retrouvent dans une situation de concurrence déloyale.

	<i>n</i>	Pourcentage
Aucune mise à disposition	904	91,1%
Tests ou matériel mis à disposition	75	7,6%
Local mis à disposition	13	1,3%

Tableau 14 : Répartition en pourcentage de la mise à disposition de matériel ou locaux par les PCO

Du fait de notre communication sur ce thème, lors de l'enquête de 2025 seules 2 personnes ont confirmé bénéficier d'un local. Cependant certaines PCO ont continué de communiquer et d'appeler au conventionnement en contre-partie de la mise à disposition de matériel ou de local.

3-5 Répartition des taux d'accueil PCO en fonction du lieu de consultation :

L'enquête de 2025 a permis de constater que plus les cabinets sont situés dans des zones de faible nombre d'habitants, plus la part de patients adressés dans le cadre de la PCO était grande. On peut probablement corrélér cela au coût du m² de cabinet qui représente la charge financière la plus importante, ainsi qu'au plus faible nombre de personnes concernées (26) par rapport aux grandes et très grande villes (572).

	<i>n</i>	Moyenne	écart type
Village (0 à 500 hab.)	26	45,5%	29
Petite commune (500 à 2.000 hab.)	179	33%	23
Commune moyenne (2.000 à 20.000 hab.)	688	30%	22
Grande ville (20.000 à 100.000 hab.)	356	25%	20
Très grandes ville (+100.000 hab.)	216	28%	21

Tableau 15 : Répartition en pourcentage de la mise à disposition de matériel ou locaux par les PCO

3-6 Evolution de la proportion de patients issus des PCO parmi la patientèle :

Mise à part dans les zones à faible densité d'habitants, la tendance à l'évolution de l'accueil de patients dans le cadre du dispositif PCO se situe dans la moyenne et confirme une forte intention de maintenir cette proportion. Ce qui incite à penser que le seuil de 30% de patients dans le cadre du dispositif PCO, devrait rester tel qu'il est actuellement au sein des cabinets.

Evolution prévue :	Pourcentage
Maintenir	53,10%
Augmenter	25%
Diminuer	8,50%
Suspendre	7%
Stopper	6,30%

Tableau 16 : Tendance générale envisagée par les psychomotriciens concernant la proportion de patients PCO dans la patientèle

Parmi ceux qui souhaitent diminuer, suspendre ou stopper

	Moyenne	écart type
Village (0 à 500 hab.)	non pertinent	
Petite commune (500 à 2.000 hab.)	28%	21,3
Commune moyenne (2.000 à 20.000 hab.)	23%	14,6
Grande ville (20.000 à 100.000 hab.)	23%	14,7
Très grandes villes (+100.000 hab.)	23%	18,3

Parmi ceux qui souhaitent maintenir ou augmenter

	Moyenne	écart type
Village (0 à 500 hab.)	56%	23
Petite commune (500 à 2.000 hab.)	53%	24
Commune moyenne (2.000 à 20.000 hab.)	48%	27
Grande ville (20.000 à 100.000 hab.)	41%	24
Très grandes villes (+100.000 hab.)	43%	21

Nombre de journée d'activité	0,5 à 1	1,5 à 2	2,5 à 3	3,5 à 4	4,5 à 5	5 et plus
<i>Nombre de répondants</i>	74	207	366	388	389	41
<i>Maintenir en %</i>	59,5	54,6	55,4	53,8	50,1	34
<i>Augmenter en %</i>	21,8	26	22,9	26	25,7	26,8
<i>Diminuer en %</i>	7,4	7,2	10,1	6,7	9,5	12,2
<i>Suspendre en %</i>	6,5	6,7	4,4	7,9	8,4	17
<i>Stopper en %</i>	7,9	5,3	7,1	5,9	6,1	9,7

Tableau 17 : Tendance envisagée par les psychomotriciens concernant la proportion de patients PCO dans la patientèle, par nombre de jours d'activité

4 Synthèse et analyse

4-1 Exercice libéral des psychomotriciens

Cette étude analyse les conditions d'exercice des psychomotriciens en libéral, en évaluant leur situation économique, démographique et psychosociale, ainsi que leurs besoins en gestion et en information. L'exercice libéral, (marginal jusqu'aux années 1990), connaît depuis une forte croissance : il représente aujourd'hui plus de 36 % des professionnels, porté par la recherche d'autonomie et la diversification des prises en charge. L'activité libérale a augmenté de 15 % en trente ans,

La pratique libérale a été profondément transformée depuis 2018 par une succession de lois et décrets structurant les parcours de prise en charge des enfants avec TND. Le système de forfaits PCO, initialement centré sur les 0–6 ans, a été étendu puis harmonisé en 2025 en trois catégories : PCO 0–6 ans, PCO 7–12 ans et un forfait spécifique paralysie cérébrale/polyhandicap. Ces dispositifs imposent devis, référentiels HAS, compte rendus réguliers, participation à des réunions et obligations administratives non rémunérées. De plus, ils posent la question du maintien de l'indépendance du psychomotricien face au risque d'un exercice salarié déguisé et d'une orientation des patients pilotée par les plateformes. L'accueil de patients sans engagement financier direct modifie également les pratiques des cabinets. Dans ce contexte de transformation profonde, l'étude dresse un état des lieux d'un exercice libéral en pleine mutation, cinquante ans après la création du diplôme d'État.

L'AFPL et la FFP, engagées depuis longtemps dans les plans Autisme, ont soutenu la création des Plateformes de Coordination et d'Orientation (PCO), en cohérence avec les constats du rapport « Zéro sans solution » (2014). Le dépistage précoce constituant un enjeu majeur de santé publique, ces organisations ont appuyé le dispositif malgré certaines limites nécessitant expérimentation et ajustements. Le lancement durant la période Covid a perturbé les retours d'expérience, compliquant l'adaptation du dispositif lors de son extension aux 7–12 ans. Les PCO concernent pourtant une large part de la patientèle : 62 % des enfants suivis en psychomotricité ont moins de 6 ans, et 85 % moins de 12 ans, ce qui rend potentiellement éligible la quasi-totalité des patients accueillis. Certaines enquêtes montrent même des psychomotriciens qui exercent exclusivement sous ce dispositif. Enfin, les plus de 12 ans ne représentent que 15 % de la patientèle, dont seulement 1 % d'adultes, et les données manquent pour évaluer la part concernée par la paralysie cérébrale ou le polyhandicap.

4-2 Situation économique de l'exercice libéral en psychomotricité

La dynamique de l'exercice libéral en psychomotricité met en évidence une présence notable de professionnels exerçant sous un statut mixte, combinant activité salariée et pratique en cabinet. Cette modalité concerne **près de 39 %** des psychomotriciens, témoignant d'un équilibre recherché entre sécurité salariale et autonomie

professionnelle. Sur le plan économique, le **chiffre d'affaires annuel moyen** se situe autour de **25 000 €**, avec des écarts observés allant de **15 669 €** à **31 880 €**, reflétant la diversité des organisations d'activité et des contextes d'exercice. La **répartition du temps de travail en libéral** apparaît relativement homogène : **25 %** des praticiens consacrent **entre 2,5 et 3 journées** par semaine à leur activité en cabinet, tandis que **26,5 %** y dédient **entre 3,5 et 4 journées**, et une proportion équivalente de **26,5 %** travaille **entre 4,5 et 5 journées** hebdomadaires. Ces données soulignent la pluralité des modes d'exercice et la capacité d'adaptation des psychomotriciens aux besoins de leurs patients comme aux réalités du terrain.

4-3 Situation économique de l'exercice libéral en psychomotricité dans le cadre du dispositif PCO

L'enquête menée en 2025 met en évidence une forte adhésion des psychomotriciens au dispositif PCO : **84 % des répondants** (n = 1 464) déclarent avoir contractualisé avec une PCO, avec une ancienneté moyenne d'engagement établie à **2023** ($\sigma = 1,67$), avec un taux d'accueil de patients issus de ce dispositif, représentant environ 29% de l'activité.

Pour autant, il apparaît, que le maintien d'une activité autour de ce seuil soit le maximum de ce qui est envisageable, ceci quel que soit la zone d'activité. Surtout, plus l'activité est importante en volume, plus la tendance à suspendre ou stopper l'activité avec la PCO se confirme.

Concernant les évolutions liées au déploiement des dispositifs PCO et aux conditions de fonctionnement qui en découlent, il apparaît que l'écart entre les tarifs habituellement pratiqués en libéral et ceux fixés dans le cadre du forfait PCO constitue un élément fortement compromettant pour l'organisation et la pérennité de l'activité. Cette transition impliquerait une réévaluation de la charge de travail, de la rentabilité des prises en charge et, plus largement, du modèle économique global du cabinet, compte tenu des contraintes tarifaires imposées par le dispositif. Ainsi, un professionnel qui choisirait de basculer l'intégralité de sa pratique vers ce modèle forfaitaire verrait, en moyenne son chiffre d'affaires **diminuer de 17%**, soit un **chiffre d'affaires passant de 25.000€ à 20.750€** annuel.

Cette diminution significative du chiffre d'affaires est d'autant plus vraie, que contrairement à la demande initiale dès 2017 des trois professions concernées par ce dispositif, il n'a jamais été prévu d'ajustement du tarif par rapport au coût de la vie.

4-4 Retours sur le vécu du fonctionnement des PCO

Le conventionnement important des psychomotriciens avec les PCO s'accompagne de difficultés notables : **57,8 %** des professionnels indiquent avoir rencontré davantage de problématiques dans le cadre des prises en charge relevant du dispositif.

Parmi les obstacles les plus fréquemment rapportés, ressortent une **complexité accrue des situations cliniques (71,9 %)**, un **absentéisme plus important des patients (37,4 %)**, des **difficultés de coordination avec les équipes PCO (36,8 %)**, ainsi qu'un **manque d'implication des familles (34 %)**.

Par ailleurs, parmi les professionnels actuellement ou anciennement conventionnés, ceux qui travaillent trois jours ou plus expriment majoritairement leur intention de réduire ou de suspendre leur conventionnement, estimant que **ce dispositif menace la pérennité et la stabilité** de leur activité.

Les commentaires qualitatifs apportent un éclairage complémentaire sur ces chiffres. Sur le plan **financier**, de nombreux professionnels soulignent l'insuffisance de la rémunération prévue dans le cadre forfaitaire, estimant que les tarifs ne couvrent ni le temps réel des prises en charge ni les charges inhérentes à l'exercice libéral. Des **retards de paiement** récurrents sont également signalés. La **lourdeur administrative** constitue un autre point de vigilance : les démarches exigées par le dispositif sont perçues comme plus complexes et plus chronophages que celles associées aux prises en charge habituelles hors PCO, renforçant la charge de travail quotidienne. Les difficultés **de coordination et de communication** entre les différents acteurs du dispositif sont également fréquemment évoquées, certains professionnels rapportant des obstacles dans la circulation des informations et dans l'articulation des interventions, au détriment de la fluidité et de l'efficacité des suivis. Enfin, plusieurs répondants mentionnent un **impact négatif sur leurs conditions de travail et leur équilibre de vie**, évoquant une augmentation du stress, un risque accru d'épuisement professionnel et la difficulté de concilier exigences administratives, complexité clinique et rythme d'activité.

4-5 Actions

Dans ce contexte, on retient notamment :

- Un souhait fort de préserver l'exercice libéral et l'indépendance des professionnels vis-à-vis des PCO.
- Un seuil de participation limité à 26 %, compromettant le développement de l'extension du dispositif, malgré les alertes déjà lancées par l'AFPL.
- Un tarif insuffisant et sans intégration d'une indexation au coût de la vie, menaçant la pérennité du dispositif et des cabinets exerçant majoritairement dans ce cadre.
- Une surcharge administrative importante, aggravée par de nombreux dysfonctionnements internes aux PCO et un manque d'homogénéisation des procédures.

- Une orientation des patients qui s'éloigne du projet initial, notamment par l'envoi vers les PCO de patients déjà suivis en cabinet libéral.
- Un manque global de coordination entre les PCO et les psychomotriciens (orientation, ré-adressage, formation, gestion des forfaits, démarches administratives, règlement...

En réponse, plusieurs actions apparaissent indispensables, et ont conduit l'AFPL à créer un comité « PCO et dispositifs forfaitaires » chargé de :

- Renforcer et participer aux échanges entre professionnels de terrains et les PCO de leur secteur, en faveur d'une amélioration et optimisation des fonctionnements
- Veiller à la bonne application des cadres de fonctionnement par les plateformes et les professionnels.
- Accompagner et soutenir les psychomotriciens et les PCO sur les points suivants :
 - Maintien strict de l'indépendance professionnelle.
 - Respect des critères d'inclusion, notamment l'accueil de patients primo-accédants pour un TND.
 - Ciblage adapté par les PCO, tenant compte des spécificités de l'exercice libéral non pluridisciplinaire.
 - Rappel des engagements de présence des patients et application de la sortie du dispositif en cas de non-respect.
 - Mise en place de formations adaptées aux besoins des professionnels libéraux, tant sur le contenu que sur la zone d'activité.

Merci à tous ceux qui nous ont permis de réaliser cette présentation de l'exercice libéral ; 50 ans après son décret d'acte ; notamment tous ceux qui ont consacré du temps pour répondre aux sondages, et tous ceux qui nous ont communiqué leurs expériences.

Sans eux, nous n'aurions jamais pu réaliser ces enquêtes indispensables au développement de notre exercice libéral.

*Le Président
Alexandre Prouteau*