

## Evaluation de la thérapie psychomotrice : à propos de 61 cas

*Psychomotor therapy evaluation : on 61 subjects.*

Jean Michel ALBARET, Psychomotricien, Service Médico-Psychologique, CHU Rangueil,  
1 avenue Jean Poulhès, 31054 TOULOUSE CEDEX.

Roberte DRUET, Psychomotricienne.  
Régis SOPPELSA, Psychomotricien.

### RESUME

Deux groupes de sujets sont étudiés. Le premier groupe (n = 20) est constitué d'individus qui, malgré une indication de rééducation psychomotrice, n'ont pu en bénéficier. Le deuxième groupe (n = 41) a, par contre suivi une prise en charge psychomotrice spécifique. L'efficacité thérapeutique est évaluée à l'aide de l'échelle de développement psychomoteur de Lincoln-Oseretsky. Les résultats indiquent une stagnation ou une dégradation des capacités psychomotrices du premier groupe alors qu'il y a amélioration significative dans le deuxième groupe.

**MOTS CLES :** efficacité thérapeutique, thérapie psychomotrice, échelle de développement psychomoteur.

### SUMMARY

A study is made on two groups of individuals. The first group (n = 20) consists of individuals that, in spite of an indication for psychomotor therapy, couldn't benefit of it. On the other hand, the second group has been taken in charge for a specific psychomotor therapy. Therapeutic efficiency is estimated with the help of the Lincoln-Oseretsky Motor Development Scale. Results indicate a stagnation or a deterioration of psychomotor skills in the first group, whereas a significant improvement is noted in the second.

**KEY WORDS :** therapeutic efficiency, psychomotor therapy, psychomotor development scale.

Le premier geste thérapeutique du psychomotricien est l'examen psychomoteur. Sans bilan des capacités du sujet et de ses carences au niveau psychomoteur, il ne saurait être question de rééducation. De plus, si cet examen ne s'attache pas à repérer, préciser, mettre en évidence le trouble psychomoteur dans son acception la plus commune (Albaret, 1993), il ne saurait durablement continuer à s'appeler ainsi, bien que l'on trouve dans une publication récente des affirmations curieuses comme celle-ci : "ils (les troubles psychomoteurs) ne constituent pas l'objet de la psychomotricité, si ce n'est à subir un déplacement du côté de la maladresse." (Raoult, 1993, p.19). La nécessité de l'examen psychomoteur semble faire l'unanimité, mais malgré l'existence de ce cadre minimum indispensable, la dérive est rapide tant au niveau de ses éléments constitutifs que de la thérapie qui en découle. Le contenu de l'examen psychomoteur a considérablement varié au fil des ans (Bucher, 1976 ; Guilmain, 1971 ; Masson, 1983 ; Soubiran et Coste, 1974) mais s'oriente fort heureusement vers un abord plus objectif de la pathologie psychomotrice (Corraze, 1984) si l'on excepte quelques déviations qui, sous couvert de "nouveau", ne font que réintroduire des concepts obsolètes et fort éloignés de la notion même de trouble psychomoteur. On trouve, par exemple, une étude de "la fonction onirique" ou encore du "contre-transfert émotion-

nel" (Calza et Contant, 1989) dans une conception pour le moins originale de l'examen psychomoteur. Steffen (1988) insiste sur l'illusion qui consiste à vouloir, au sein d'un seul et même examen "cerner ces deux mondes du sujet humain" que sont les conduites et capacités psychomotrices et le vécu fantasmatique.

L'examen psychomoteur doit être resitué dans une investigation médicopsychologique plus large qui nous permettra d'éclairer nos résultats aux lumières de l'abord médical et psychiatrique, en association avec les données des examens psychologique et orthophonique qui sont des compléments indispensables.

L'évaluation du trouble psychomoteur comporte trois parties : l'entretien avec les parents et l'enfant, l'utilisation d'échelles de développement psychomoteur et celle de tests spécifiques (dominance latérale, praxies et gnosies, tonus, attention, orientation spatiale, rythme, style cognitif pour les principaux) en tenant compte des particularités du patient.

Il est également important d'évaluer les résultats de la thérapie psychomotrice et de se poser la question de son efficacité. Le but de cette étude est de mettre en évidence l'évolution d'un trouble psychomoteur avec et sans intervention thérapeutique.

Ce travail porte sur 61 sujets, 11 filles et 50 garçons, de 6 à 16 ans. L'évaluation psychomotrice initiale a été faite à l'aide de l'échelle de développement psychomoteur de Lincoln-

Oseretsky (LOMDS ; Rogé, 1984) complétée des épreuves spécifiques habituelles. A l'issue de ces examens une indication de rééducation psychomotrice a été posée. Tous ces patients ont été revus à un intervalle de 1 à 2 ans en moyenne pour effectuer une nouvelle évaluation. Un tiers des enfants n'avait pas été pris en charge en psychomotricité, pour des raisons diverses : refus de la famille ou de l'enfant, absence de psychomotricien dans l'établissement d'accueil ou liste d'attente, orientation vers une autre forme de prise en charge (psychothérapie verbale, le plus souvent). Nous avons donc comparé deux groupes d'enfants, selon qu'ils avaient ou non suivi une thérapie psychomotrice. Les comparaisons et traitements statistiques ont été effectués à partir du LOMDS.

	Moyenne	D.S.	Mini.	Maxi.
G1	2ans 1mois	1an 2	6 mois	4ans 6
G2	8mois	6 mois	2 mois	4ans

Durée écoulée entre test et retest pour G1 ; durée totale de la prise en charge pour G2.

## L'échelle de développement psychomoteur de Lincoln Oseretsky

L'échelle de développement psychomoteur de Lincoln-Oseretsky (Rogé, 1984) comporte 36 items regroupés en 6 facteurs (contrôle-précision au niveau manuel, coordinations globales, activité alternative des deux membres, vitesse poignets-doigts, équilibre et coordinations manuelles). Les tâches proposées sont unilatérales ou bilatérales.

Chaque item est coté de 0 à 3 points, le nombre d'essai est variable. La note globale est convertie d'une part en classe (normalisation en 11 classes) et d'autre part en moyenne et écart type par tranche d'âge.

Au sein de chaque facteur, on

peut calculer le nombre d'items réussis et le pourcentage de réussite pour chaque facteur. Chaque pourcentage de réussite est reporté sur le profil psychomoteur. Les qualités du test (fidélité, validité) sont, par ailleurs, satisfaisantes.

## Présentation des différents groupes

Cette étude comprend 61 sujets répartis en 2 groupes. Le premier groupe G1 concerne les individus n'ayant pas de suivi de thérapie psychomotrice. Ils sont au nombre de 20, soit 8 filles et 12 garçons. Le deuxième groupe G2 comprend les sujets qui ont bénéficié d'une prise en charge psychomotrice spécifique (Albaret 1991), c'est-à-dire directement en relation avec les difficultés mises en évidence lors de l'évaluation, par opposition à globale ou relationnelle. Il est représenté par 41 personnes, 3 filles et 38 garçons.

Les groupes G1 et G2 suivent, pour les différentes variables étudiées, une loi normale ce qui nous autorise à utiliser le test t de Student pour comparer les deux populations.

	Moyenne	D.S.	Mini.	Maxi.
G1	11ans 2mois	2 ans 6	6 ans	16ans 4
G2	12ans 2mois	3 ans 5	6 ans	16ans 5

Age des sujets des deux groupes

## Les variables

### Le quotient intellectuel (Q.I.)

La mesure du Q.I. a été faite avec la WISC-R et la WAIS-R. Tous les sujets n'ont pas eu cette évaluation en particulier pour G2 (n=24)

	Moyenne	D.S.	Mini.	Maxi.
G1	73,44	18,37	40	121
G2	88,33	16,4	54	119

Dans les deux groupes, la répartition est large, de 40 à 121, et n'est pas homogène au sein d'un même groupe lorsque l'on compare G1 et G2.

La majorité des sujets de G1 se situe dans les trois premières tranches comprises entre 40 et 85. Seulement 15 % des sujets sont représentés entre 85 et 130.

Pour G2, le plus grand nombre se situe entre 70 et 115, les autres tranches représentent seulement 20% de la population.

La comparaison G1-G2 révèle une différence significative ( $t = 2,86$  ;  $ddl = 40$  ;  $p < .01$ ).

Cette particularité n'est pas négligeable et peut expliquer, au moins en partie, la dégradation observée lors du retest pour G1 et, à l'opposé pour G2, une meilleure adhésion thérapeutique.

## Résultat au test

La variable correspond à la transformation du score total obtenu au LOMDS, en écart par rapport à la moyenne de la tranche d'âge, exprimé en nombre de déviation standard (DS). Il s'agit du résultat à la première évaluation.

	Moyenne	D.S.	Mini.	Maxi.
G1	- 2,69	1,66	- 6,52	- 0,41
G2	- 3,3	2,04	- 9,92	- 0,48

Score total, obtenu au LOMDS par les sujets des deux groupes, exprimé en écart à la moyenne

A une exception près en G3, tous les individus sont en-dessous de la moyenne.

Il y a une certaine homogénéité entre les deux groupes, la majorité des sujets se situe entre - 4,5 DS et - 1 DS. La différence entre G1 et G2 n'est pas significative ( $t = 1,15$  ;  $ddl = 59$ ).

Dans les deux groupes, le retard psychomoteur est flagrant et non négligeable.

## Variable retest

Ce retest correspond au score obtenu au cours de l'examen de contrôle au LOMDS.

	Moyenne	D.S.	Mini.	Maxi.
G1	-3,35	1,71	-7,86	-0,56
G2	-1,38	1,98	-8,98	+1,73

En G1, il y a une tendance au regroupement des sujets de -2 à -8 DS, avec une présence importante et nouvelle entre -4 DS et -6 DS. Il y a une dérive vers un point négatif opposé à la moyenne. Quant à G2, le glissement s'est effectué en sens inverse avec apparition de scores supérieurs à la moyenne. La différence entre G1 et G2 est très hautement significative ( $t = 3,8$  ;  $ddl = 59$  ;  $p = 0,0002$ ).

## Ecart Test-Retest

Cette valeur correspond à la différence entre les 2 variables précédentes (test-retest). Elle mesure l'évolution du déficit psychomoteur dans le sens d'une diminution ou disparition du trouble (score positif), ou dans le sens d'une aggravation (score négatif).

	Moyenne	D.S.	Mini.	Maxi.
G1	-0,65	1,19	-2,96	+1,11
G2	+1,92	1	+0,31	+5,3

Ecart Test-retest des deux groupes

Les résultats obtenus divisent G1 et G2 en deux populations distinctes qui ne se ressemblent en rien. La différence est très hautement significative

( $t = 8,87$  ;  $ddl = 59$  ;  $p = 8,9 \cdot 10^{-13}$ ).

On note pour 65% de G1 une aggravation allant de -0,5 DS à -3 DS. Alors que pour G2, 95% des sujets ont

un gain de +0,5 DS à +5 DS, avec moins de 5% des sujets qui ne présentent aucune modification (0 DS). Il est évident qu'en l'absence de prise en charge psychomotrice, les troubles psychomoteurs n'ont pas tendance à disparaître ou à diminuer d'intensité. Bien au contraire, l'importance du déficit constaté à l'écart test-retest met en évidence la nécessité du travail en psychomotricité, l'amélioration spontanée n'existant pas dans la population examinée. Les améliorations sont nettes, importantes et concernent tous les sujets quelques soient leur QI, leur âge ou leur sexe.

## Conclusion

Les résultats obtenus dans cette étude montrent de façon claire la nécessité et l'efficacité d'une prise en charge psychomotrice devant un trouble psychomoteur et/ou un retard psychomoteur. Les prises en charge réalisées sont toutes de type spécifique, symptomatiques, reliées aux déficits présentés par chaque patient dans l'un ou l'autre des domaines étudiés par l'examen psychomoteur dans son ensemble.

Si l'évaluation préalable est un impératif, l'évaluation à l'issue de la thérapie est une nécessité pour pouvoir apprécier l'efficacité du traitement proposé et, le cas échéant, le remettre en cause ou l'ajuster. Une étude préliminaire montre que des individus ( $n = 5$ ) ayant suivi une prise en charge psychomotrice "relationnelle", durant deux ans en moyenne, présentent des résultats similaires à ceux de G1. Le petit nombre de sujets et les réticences concernant l'évaluation de la thérapie ne permettent pas, dans l'immédiat, de plus amples développements, mais de telles évidences sont déjà bien connues (Laszlo, 1990). Les conséquences des difficultés psychomotrices sont lourdes et multiples, avec leur lot de difficultés scolaires, professionnelles et adaptatives sur le plan social.

Peut-on soustraire le patient à une thérapie digne de ce nom ? Peut-on faire l'économie d'une évaluation régulière de l'efficacité thérapeutique ? La réponse à ces questions comporte des prises de position, parfois déchirantes, mais nécessaires à la survie tout à la fois des patients et des professionnels qui les soignent. ♦

## BIBLIOGRAPHIE

**ALBARET J.-M.**, Les troubles psychomoteurs chez l'enfant, *Encycl. Méd.-Chir., Pédiatrie*, 4-101-H-30, Psychiatrie, 37-201-F-10, Paris : Editions Techniques, 1993, 10 p.

**ALBARET J.-M.**, Rééducation psychomotrice : vers une approche pragmatique des pratiques corporelles, *Approche neuro psychologique des apprentissages chez l'enfant*, 1991, 1, 3, 44-49.

**BUCHER H.**, *Troubles psychomoteurs chez l'enfant*, Paris : Masson, 1976.

**CONTANT M. et CALZA A.**, *L'unité psychosomatique en psychomotricité*, Paris : Masson, 1989.

**CORRAZE J.**, Préface du *Manuel de l'échelle de développement psychomoteur de Lincoln-Oseretsky*, Paris : Editions du Centre de Psychologie Appliquée, 1984.

**GUILMAIN**, *L'activité psychomotrice de l'enfant, son évolution jusqu'à 12 ans*, Paris : Vigné, 1971.

**LASZLO J.I.**, Child perceptuo-motor development : normal and abnormal development of skilled behaviour, in HAUERT C.-A. (ed.), *Developmental Psychology : cognitive, perceptuo-motor and neuropsychological perspectives*, Amsterdam : North-Holland, 1990.

**MASSON**, *Généralités sur la rééducation psychomotrice et l'examen psychomoteur*, Paris : PUF, 1983.

**ROGE B.**, *Manuel de l'échelle de développement moteur de Lincoln-Oseretsky*, Paris : Editions du Centre de Psychologie Appliquée, 1984.

**RAOULT P.-A.**, Cadre thérapeutique, in CALZA A. et CONTANT M., *Psychomotricité*, Paris : Masson, 1993.

**STEFFEN C.**, *Contribution à l'étude de quelques épreuves de psychomotricité manuelle*, Travail de diplôme en psychologie génétique, Université de Genève, 1988.

**SOUBIRAN G.B. et COSTE J.C.**, *Psychomotricité et relaxation psychosomatique*, Paris : Masson, 1975.