

Rééducation psychomotrice : vers une approche pragmatique des pratiques corporelles

J.-M. ALBARET

Psychomotricien, Directeur Adjoint, Chargé de Cours, Service Psychomotricité, Faculté de Médecine Toulouse-Rangueil, 133, route de Narbonne, 31062 Toulouse Cedex.

En marge des conceptions archaïques qui, trop souvent, dominant encore la rééducation psychomotrice, un courant se dessine depuis quelques années, influencé par la neuropsychologie du mouvement et les théories cognitivo-comportementales.

La rééducation psychomotrice est un des moyens qui permettent de restaurer l'adaptation de l'individu au milieu par le biais d'apprentissages psycho-perceptivo-moteurs. A côté de l'aspect purement instrumental de la thérapie, portant sur la réorganisation du geste par exemple, les mécanismes cognitifs sont pris en compte et jouent un rôle important dans la recherche de l'amélioration symptomatique.

Notre démarche s'articule autour de quatre axes immuables.

1 — Le diagnostic repose sur l'entretien et l'utilisation de tests fidèles et valides qui permettent de mettre à jour et de préciser la nature et l'ampleur des troubles psychomoteurs (syndrome déficitaire de l'attention, dyspraxies de développement, mouvements anormaux, troubles du tonus, etc.). Une telle investigation mettra en relief l'aspect plurifactoriel de bon nombre de symptômes psychomoteurs. L'absence de facteur g en psychomotricité nécessite l'emploi d'échelles de développement comme celle de Lincoln-Oseretsky.

2 — La mise en place du projet thérapeutique détermine les buts à atteindre et fractionne ceux-ci à partir des possibilités initiales du sujet. Précis dans sa conception mais plastique dans sa réalisation, il suit les progrès du patient pas à pas. Ce projet vise la résolution ou la réduction des symptômes et la réadaptation de l'individu au milieu par une approche spécifique. Une telle approche donne des résultats nettement supérieurs à toute approche « globale » ou « relationnelle ».

3 — Le choix des moyens thérapeutiques découle des objectifs et du caractère spécifique de la pathologie présentée. Ils s'organisent en deux niveaux :

— le cadre général commun à tout apprentissage dans lequel s'inscrivent les principes du renforcement positif, les notions fondamentales du façonnement et de l'enchaînement de réponses motrices, l'utilisation de l'imitation et de la connaissance des résultats ;

— les techniques spécifiques telles que les programmes d'auto-instruction pour enfant hyperactif, la relaxation et ses dérivés, le biofeedback et les méthodes découlant de la neuropsychologie du mouvement.

4 — L'évaluation des résultats de la rééducation s'opère essentiellement au moyen du retest mais les échelles d'évaluation et l'auto-enregistrement sont également employés en attendant des études statistiques plus élaborées. De plus, au sein de chaque séance, l'analyse des réussites par exercice et leur retranscription graphique fournissent au patient et au thérapeute une indication contingente des résultats accomplis.

Mots clés : Cognitivo-comportemental,
Évaluation,
Rééducation psychomotrice,
Spécificité.

Psychomotor therapy : toward a pragmatic approach to corporal practices

Contrasting with archaic conceptions which still dominate psychomotor therapy, a new trend has emerged over the last few years, influenced by the neuropsychology of movement and the cognitive behavioral theories.

The psychomotor therapy is a treatment to restore an individual's adaptation to his environment, by means of psycho-perceptivo-motor learnings.

In addition to the purely instrumental aspect of the therapy, its effect on motor skill's rehabilitation for example, the cognitive mechanisms are taken into account and play an important role in the research into symptomatic improvement.

There are four stages to the process :

1 — The diagnosis is based on an interview and tests to specify characteristics and extent of psychomotor disorders. The absence of a G factor in the domain requires the use of development scales such as that of Lincoln-Oseretsky.

2 — The therapeutic project determines objectives from subject's possibilities. Precise in its conception, but plastic in its realization, it follows, step by step, the patient's progress. This project aims at the disappearance or reduction of symptoms and individual rehabilitation by a specific approach which had better results than any « holistic » or « relational » approach.

3 — The choice of therapeutics tools is derived from the therapeutic project and with the specific symptomatology. There are two levels :

— general principles, as in all learning, namely positive reinforcement, shaping and chaining of motor skills, use of imitation and knowledge of results ;

— specific technic as self-teaching programs for hyperactive children, relaxation, bio-feedback and methods proceeding from movement neuropsychology.

4 — The evaluation of therapy results is made by test-retest but also rating scales and self-recording pending statistical studies. During the session, success analysis by exercise and graphic representation provides the patient and the therapist with contingent indication of progression.

Key words : *Cognitivo-behavioral,
Evaluation,
Psychomotor therapy,
Specificity.*

La psychomotricité cherche par des méthodes originales à améliorer l'adaptation perceptivo-motrice de l'individu au milieu. Elle étudie donc à la fois, les mécanismes perceptifs, c'est-à-dire comment et avec quelle efficacité le sujet extrait du milieu les informations pertinentes pour la réalisation de son projet moteur et, par ailleurs, le comportement moteur

lui-même et ses caractéristiques.

Ainsi, la psychomotricité se centre sur l'action du sujet (Corraze, 1984) et, dans les difficultés que celui-ci rencontre dans sa réalisation, cherche à déceler les causes du dysfonctionnement au niveau perceptif, pratique et/ou gnosique, avant de chercher les moyens d'y remédier.

SITUATION DE LA PSYCHOMOTRICITÉ

Nous nous situons d'emblée dans une optique thérapeutique et psychothérapique et sommes, de toute évidence, soumis aux contraintes inéluctables de toute thérapie, à savoir l'évaluation et l'efficacité.

Souvent par le passé, et encore aujourd'hui, la psychomotricité s'est trouvée confrontée aux mêmes avatars que les disciplines voisines dont certaines ne jurent que par les théories psychodynamiques.

De la même façon, la psychomotricité n'a pas su résister à la tentation psychanalytique et a failli y perdre son identité (Calza & Constant, 1986 et Buxant, 1982). Ainsi certains qualifieront de superficiel tout travail ne s'attaquant qu'au symptôme, critique bien connue qui véhicule avec elle le mythe de la substitution du symptôme (Marmor, 1962 et 1973), alors qu'à l'inverse le travail relationnel en tant que but de la thérapie sera, seul, valorisé, sublimé. La question qui se pose alors est de savoir si cette « sublimation » ne contribue pas à la formation de « la brume de médiocrité où se dissimule trop souvent la psychomotricité » (Corraze, 1984).

Quelques auteurs vont même jusqu'à affirmer que reconnaître un symptôme, le mettre en évidence, le nommer, c'est le « structurer », alors qu'à l'opposé, ne pas y accorder d'attention lui permet de s'effacer (Lapierre & Aucouturier, 1975). Ce qui semble une utilisation abusive du concept de distribution sélective des renforcements appliqué à l'évaluation clinique.

Il est vrai que le trouble psychomoteur rentre parfois dans le système de communication de l'individu à l'égard du milieu et qu'il convient toujours d'analyser l'économie du symptôme. Le symptôme peut, par réaction circulaire, devenir un moyen de pression et d'expression à l'égard du milieu qui peut lui donner une signification souvent inexistante à l'origine. Mais cette signification n'est pas systématique et le thérapeute doit se garder d'être celui qui l'attribue, de l'extérieur (Van Rillaer, 1980).

CARACTÉRISTIQUES DU TROUBLE PSYCHOMOTEUR

Le trouble psychomoteur se singularise à la fois par rapport au trouble neurologique et par rapport au trouble psychiatrique de la même façon qu'il s'est dégagé historiquement du courant de la psychiatrie adulte (Wernicke, Daruk, 1947) et de la pathologie neurologique infantile étudiée au travail des séquelles de l'encéphalite de Von Economo (hyperactivité, désordre de l'attention, impulsivité, irritabilité, conduites antisociales, difficultés d'éducation).

Plus fluctuant dans ses manifestations et variable dans son apparition que le trouble neurologique classique désignant une lésion en foyer, il n'en demeure pas moins souvent lié à un dysfonctionnement cérébral à minima qui s'actualise en fonction du milieu et de la personnalité de l'individu. Il suggère, de toute évidence, la présence d'une neuropathie.

Longtemps assimilé, voire phagocyté par la pathologie psychiatrique pour laquelle il devenait l'expression corporelle, somatique d'un désordre mental, voire la résultante d'un conflit inconscient, le trouble psychomoteur s'en dégage peu ou prou.

En effet, les rapports qu'entretiennent ces deux types de pathologie vont de la simple coexistence dépourvue d'un quelconque lien de causalité, à la dépendance étroite dans un sens ou un autre, le trouble psychomoteur induisant une psychopathologie réactionnelle ou, au contraire, les désordres psychiatriques étant responsables de perturbations psychomotrices. Sans oublier que tous deux peuvent être la résultante commune d'un troisième facteur, intoxication par ingestion de plomb par exemple.

Le trouble psychomoteur, correspondant aux signes légers (soft signs) de la neurologie (Touwen, 1979) est variable dans son expression et son intensité, est hautement sensible à la qualité de l'environnement et souvent associé à des troubles affectifs, ce qui a pu amener par le passé la confusion entre trouble psychomoteur et trouble psychiatrique.

Comme nous le voyons, l'étiologie du trouble psychomoteur est pluridimensionnelle, intégrant des facteurs biologiques, héréditaires et psycho-sociaux (Corraze, 1981).

Les troubles psychomoteurs sont schématiquement :

- les troubles du tonus : syncinésies, paratonies, dystonies et crampes,
- les troubles de l'équilibre,
- les troubles de la motricité générale : tics, tremblements, stéréotypies,
- les troubles de la coordination motrice, de la locomotion, de l'imitation des mouvements, du rythme,
- les troubles perceptifs mettant en jeu les notions d'attention, de perception de l'espace,
- les troubles de la latéralisation,
- les troubles de la connaissance du corps,
- les troubles du graphisme.

CADRE GÉNÉRAL DE LA RÉÉDUCATION PSYCHOMOTRICE

La rééducation psychomotrice comporte plusieurs temps successifs que l'on peut ramener au nombre de quatre :

- l'évaluation du trouble psychomoteur,
- l'élaboration du projet thérapeutique,
- le choix des moyens thérapeutiques,
- l'évaluation des résultats de la thérapie.

• L'évaluation du trouble psychomoteur

Elle s'effectue par le biais de tests qui mettent l'individu dans une situation déterminée, relationnelle, susceptible d'actualiser le symptôme (Corraze, 1984).

Nous utilisons, en premier lieu, différentes échelles de développement psychomoteur (Lincoln-Oseretsky, Brunet-Lezine, Griffiths, Wachs) qui, par la multiplication des mises en situation, permettent de cerner au mieux les possibilités et les carences de l'individu.

D'autant que, contrairement à ce que l'on rencontre dans le domaine de l'intelligence, il n'existe pas de facteur g de psychomotricité (Fleishman, 1959).

Fleishman (*in* Corraze, 1987), étudiant les habiletés motrices, distingue parmi une trentaine de facteurs, 11 facteurs psychomoteurs : précision de contrôle, coordination multimembre, orientation de la réponse, temps de réaction, vitesse de mouvements importants, contrôle de vitesse, dextérité manuelle, dextérité digitale, sûreté bras-main, vitesse doigt-poignet et visée.

Pour l'échelle de développement de Lincoln-Oseretsky, l'analyse factorielle dégage un certain nombre de facteurs qui permettent de préciser le ou les secteurs déficitaires. Ces facteurs, au nombre de 6, concernent : le contrôle-précision au niveau manuel (F1), les coordinations globales (F2), l'activité alternative des deux membres (F3), la vitesse doigt-poignet (F4), l'équilibre (F5) et les coordinations manuelles (F8). Leur étude permet d'établir un profil psychomoteur et, lors de l'établissement des objectifs, de définir un programme de rééducation adapté et tenant compte de l'importance respective des déficits et des capacités du sujet.

Les épreuves portent aussi sur les praxies et les gnosies (Zazzo, 1972 ; Berges & Lezine, 1963), la dominance latérale (Auzias, 1975 ; Oldfield, 1971), l'organisation spatio-temporelle, le tonus musculaire de fond et d'action et l'évaluation des capacités d'attention et du style cognitif (Porteus, 1965 ; Oltman *et al.*, 1985).

A côté de ces tests, prend place le recueil de données qui précise les circonstances d'apparition du trouble, l'environnement familial et social et leur réaction à la pathologie psychomotrice. Ces éléments nous permettent de préciser et de nuancer les résultats des tests. Les informations précieuses apportées par les autres intervenants (psychiatre et psychologue notamment) nous éclairent sur la personnalité du patient et sur la gestion que l'individu fait de son symptôme. La recherche d'une pathologie neurologique peut également compléter le tableau.

• Le projet thérapeutique

A partir de ce que l'on peut considérer comme une analyse cognitive-comportementale du trouble psychomoteur (Albaret *et al.*, 1987) se met en place le projet thérapeutique.

Les objectifs de la rééducation psychomotrice seront au niveau général :

— la résolution ou la réduction des symptômes révélés par l'examen en tenant compte, bien entendu, de la pluralité des facteurs étiologiques ;

— la réadaptation de l'individu au milieu spécifique sans exclure une éventuelle modification de ce dernier. Ainsi, selon la pathologie de l'individu, le lieu d'exercice et les traitements connexes, la rééducation cherchera à optimiser les mécanismes perceptivo-moteurs nécessaires à l'adaptation psychomotrice du sujet.

De même que l'absence de facteur g nécessite de multiplier les mises en situation, au niveau de l'évaluation, pour la même raison, toute approche globaliste de l'individu, dans le cadre de la thérapie psychomotrice, se voit condamnée. Il faut donc mettre en place une thérapie spécifique qui se donne des objectifs précis et quantifiables tout en gardant une certaine plasticité.

NÉCESSITÉ D'UNE THÉRAPIE SPÉCIFIQUE

Par thérapie spécifique, il faut entendre un ensemble de moyens, souvent originaux, orientés vers et adaptés aux symptômes. Cet ensemble est fonction des compétences techniques du psychomotricien mais aussi de son imagination et de son « art » à utiliser les outils dont il dispose. Les objectifs prioritaires seront fractionnés en un certain nombre de composantes qui seront travaillées peu à peu, au rythme du sujet. La modularisation des objectifs prioritaires a pour effet d'accroître la plasticité et l'adéquation du travail rééducatif aux besoins de l'enfant.

L'intérêt d'une thérapie spécifique ne fait, aujourd'hui, plus de doute. Morrison *et al.* (1972) comparent l'efficacité de trois traitements psychomoteurs sur des enfants déficients intellectuels âgés de 4 ans. Les traitements sont appliqués durant 6 mois. Dans le premier groupe, les activités sont déterminées au hasard. L'accent est mis sur la relation avec l'adulte et sur la socialisation. Le deuxième groupe participe à des activités psychomotrices globales sans rapport direct avec les besoins de l'enfant. L'enfant est encouragé et renforcé socialement tout au long de l'activité. Quant au troisième groupe, un programme d'activités, mis au point à partir des travaux de Kephart (1960) et Ayres (1972) notamment, est adapté de façon spécifique au niveau de développement sensori-moteur de l'enfant. A chaque enfant est proposé un ensemble d'exercices progressif et personnalisé. L'analyse des résultats obtenus à la fin de la période de rééducation indique une amélioration significative du niveau de développement et de langage des enfants du troisième groupe qui ne se retrouve pas dans les deux autres groupes.

De leur côté, Gordon *et al.* (1981) insistent sur la nécessité d'un entraînement spécifique de l'enfant dyspraxique. Ils rappellent que, si un programme de rééducation général a parfois des répercussions sur des aspects spécifiques, « un entraînement particulier pourrait se montrer encore plus efficace ». Ils déplorent, d'ailleurs, le peu d'études s'attachant à développer des programmes spécifiques.

Cratty (1979) souligne qu'il est important d'aller directement au cœur du problème, c'est-à-dire de construire des programmes de rééducation adaptés aux déficits mis en évidence par l'examen des aptitudes psychomotrices. Ainsi, si la motricité manuelle est perturbée, est-il nécessaire de l'inclure dans le programme thérapeutique.

• Le choix des moyens thérapeutiques

L'éventail est très vaste et variable selon l'âge du patient, la symptomatologie présentée et les déficiences associées. La stimulation psychomotrice du nourrisson (Herren & Herren, 1980) sera effectivement bien différente du travail avec la personne âgée. Mais des invariants se retrouvent dans l'utilisation faite des principes communs à tout apprentissage : qu'il s'agisse de la manipulation des renforcements positifs ou de l'importance accordée à la connaissance des résultats (Simonnet, 1985).

Nul n'ignore le rôle fondamental du renforcement positif, qu'il soit matériel ou social, qu'il s'agisse d'une félicitation, d'un contact corporel ou de la possibilité

d'exercer après la tâche demandée, une activité intéressante pour l'enfant. L'utilisation de ces renforcements est quasi systématique dans toute thérapie, même si certains en rejettent l'existence et l'utilité au nom de préjugés pseudo-philosophiques. Ces renforcements positifs ont pour but d'augmenter l'émission de comportements adéquats et trouvent tout naturellement leur place dans la relation thérapeutique.

La connaissance du résultat d'une action permet, de son côté, la réduction du nombre et l'importance des erreurs. Cette information est parfois évidente et immédiate, le sujet atteint une cible avec une balle et constate, de visu, le résultat de son action, mais elle doit souvent être donnée verbalement par le thérapeute ou représentée graphiquement comme dans le biofeedback. Les méthodes comportementales sont largement utilisées : apprentissage par modèle (Bandura, 1980), utilisation des procédures de façonnement et d'apprentissage d'une chaîne de réponse (Magerotte, 1984), programmes d'auto-instruction (Pourre *et al.*, 1985), biofeedback (Beatty *et al.*, 1977) et affirmation de soi (Boisvert *et al.*, 1979). Sont également utilisées les méthodes de maîtrise du corps et notamment la relaxation et ses dérivés (Corraze, 1979). S'appuyant sur la neuropsychologie du mouvement (Corraze, 1987), des méthodes de rééducation sont développées et constituent un secteur de recherches dont l'exploitation est loin d'être terminée.

S'y adjoignent les méthodes graphomotrices, rythmiques ou dérivées de l'éducation sportive et physique.

Le seul critère de choix doit être, une fois la technique maîtrisée, l'adéquation de la technique au problème posé par le sujet. Si les résultats ne se révèlent pas satisfaisants, les raisons doivent en être cherchées dans plusieurs directions : inadéquation de la technique, de sa mise en œuvre ou encore refus du sujet qui peuvent amener à une modification des choix initiaux. L'association de différentes méthodes se révèle parfois fructueuse même si la recherche perd un peu de sa valeur discriminative. Le clinicien se trouve souvent à cheval entre le souci de rigueur scientifique et la souffrance du patient qui demeure toujours la priorité.

• L'évaluation des résultats de la thérapie

Elle permet en dernier lieu de juger de l'opportunité du choix thérapeutique et de l'efficacité des moyens mis en œuvre. Il faut, en effet, s'assurer que le gain thérapeutique se généralise à l'extérieur de la salle de psychomotricité.

Deux moyens sont utilisés pour ce faire :

— la méthode du test-retest qui permet d'objectiver les effets de la rééducation. En utilisant le même schéma d'examen psychomoteur, il est possible d'apprécier l'amélioration des coordinations motrices et de l'adaptation perceptivo-motrice de l'individu. Une telle méthode est certes critiquable (Ladouceur *et al.*, 1980) mais constitue un premier pas vers des études statistiques plus complètes ;

— l'utilisation de mesures des comportements au sens large du terme. Ces mesures permettent au thérapeute et à l'enfant de suivre régulièrement l'évolution et l'acquisition progressive des objectifs fixés.

Elles peuvent consister en une simple comptabilité de

comportements identifiés dès le début de la thérapie et facilement observables. C'est le cas des tics survenant durant le temps de relaxation ou encore, pour la dispersion de l'attention, des coups d'œil portés sur des éléments extérieurs à la tâche.

Les échelles d'observation des comportements trouvent leur place dans cette évaluation au fil des séances (Conners, 1969 ; Dugas, 1987). L'évaluation continue des exercices proposés avec l'établissement d'un pourcentage de réussite donne, à tout moment, une image de l'évolution de l'enfant et peut amener le thérapeute à modifier, au fur et à mesure, le déroulement de son projet thérapeutique. Enfin, les échelles d'auto-évaluation de la douleur ou de la fréquence d'apparition d'une stéréotypie motrice sont fréquemment utilisées dans les thérapies par relaxation ou inhibition par alternance.

Ces éléments sont donnés à titre d'exemples et sont loin de représenter l'ensemble des moyens dont dispose le psychomotricien pour essayer de systématiser sa pratique. Il pourra, se faisant, s'approcher au mieux de la méthodologie du protocole à cas unique qui constitue, en attendant des études statistiques, le niveau minimum d'une approche scientifique de la psychomotricité et faire que les compétences du psychomotricien soient autre chose que l'expression d'un vœu pieux.

CONCLUSION

Devant l'efflorescence actuelle des thérapies à support corporel, abritant nombre de néologismes dont le récent concept de somatothérapie (Meyer, 1988), il est parfois difficile de définir et situer l'action du psychomotricien. Cette difficulté est d'autant plus grande que ces multiples concepts souvent nébuleux exercent un attrait considérable sur certains professionnels qui ont tôt fait de quitter le champ de la prise en charge symptomatique pour s'aventurer et se perdre dans ce qu'ils se plaisent à appeler « la thérapie ».

Cette distinction thérapie-rééducation ne sert bien souvent qu'à masquer l'incompétence et la vision étroite qu'ils ont du trouble psychomoteur.

Notre prétention n'est pas de trouver remède à toute pathologie psychiatrique à expression corporelle mais de développer les moyens d'évaluer et de réduire en priorité les troubles psychomoteurs sachant que les répercussions, dépassant la seule coordination neuromotrice, s'adresseront à l'ensemble de la personnalité ■

RÉFÉRENCES

- ALBARET J.-M., POURRE F. (1987). Abord comportemental en rééducation psychomotrice. *Revue de modification du comportement*, 17 (1), 32-42.
- AUZIAS M. (1985). Enfants gauchers, enfants droitiers. (Delachaux et Niestlé), Neuchâtel, Suisse.

- AYRES A.J. (1972). Improving academic scores through sensory integration. *Journal of Learning Disabilities*, 5, 338-43.
- BANDURA A. (1980). L'apprentissage social. (Mardaga), Bruxelles.
- BARUK H. (1947). Les troubles psychomoteurs. *Évolution Psychiatrique*, 1, 167-96.
- BEATTY J., LEGEWIE H. (1977). *Biofeedback and Behavior*. (Plenum Press), New York.
- BERGES J., LEZINE I. (1963). Test d'imitation de gestes. (Masson), Paris.
- BOISVERT J.-M., BEAUDRY M. (1979). S'affirmer et communiquer. (Les Éditions de l'Homme), Montréal.
- BUXANT P. (1982). Du corps du plaisir au plaisir du corps. *La Psychomotricité*, 6, 35-41.
- CALZA A., CONSTANT M. (1986). Esquisse d'une théorie de la psychomotricité. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 34 (8-9), 395-408.
- CONNERS C.K. (1969). A teacher rating scale for use in drug studies with children. *Am J Psychiatry*, 126, 884-8.
- CORRAZE J. (1979). Psychothérapie pluridimensionnelle d'une stéréotypie motrice. *La Psychomotricité*, 1, 19-26.
- CORRAZE J. (1981). Les troubles psychomoteurs de l'enfant. (Masson), Paris.
- CORRAZE J. (1984). Préface du Manuel de l'échelle de développement psychomoteur de Lincoln-Oseretsky. (Éditions du Centre de Psychologie Appliquée), Paris.
- CORRAZE J. (1987). *La neuropsychologie du mouvement*. (PUF), Paris.
- CRATTY B.J. (1979). *Perceptual and Motor Development in Infants and Children* (2^e ed). (Prentice-Hall, Inc.), Englewoods Cliffs, New Jersey.
- DUGAS M. (1987). L'hyperactivité chez l'enfant. (PUF, coll. Nodules), Paris.
- FLEISHMAN E.A. (1959). A factorial analysis of psychomotor abilities. *USAF Personal & Training, Research Center Bulletin*, 54, 15.
- GORDON N., MCKINLAY I. (1981). Rééducation psychomotrice de l'enfant maladroite. (Masson), Paris.
- HERREN H., HERREN M.-P. (1980). *La stimulation psychomotrice du nourrisson*. (Masson), Paris.
- KEPHART N.C. (1960). The slow learner in the classroom. (Charles E. Merrill), Columbus.
- LADOUCEUR R., BEGIN G. (1980). *Protocoles de recherche en sciences appliquées et fondamentales*. (Maloine), Paris.
- LAPIERRE A., AUCOUTURIER B. (1975). *La symbolique du mouvement*. (EPI), Paris.
- MAGEROTTE G. (1984). *Manuel d'éducation comportementale clinique*. (Mardaga), Bruxelles.
- MARMOR J. (1962). Psychoanalytic therapy as an educational process : common determinators in the therapeutic approaches of different Psychoanalytic « schools ». *In* : Masserman J.H. *Science and Psychoanalysis* (vol. 5, Psychoanalytic Education). (Greene and Stratton), New York.
- MARMOR J. (1973). The future of Psychoanalytic Therapy. *Am J Psychiatry*, 130, 1197-202.
- MEYER R. (1988). Propositions pour une classification scientifique des psychothérapies. *Somatothérapies et somatologie*, 1, 61-8.
- MORRISON D., POTHIER P., HERR K. (1972). Sensory-Motor Dysfunction and Therapy in Infancy and Early Childhood. Thomas, Springfield, 111.
- OLDFIELD R.C. (1971). The assessment and analysis of handedness : The Edinburg inventory. *Neuropsychologia*, 9, 97-113.
- OLTMAN P.K., RASKIN E., WITKIN H.A. (1985). *Manuel du test de figures encadrées*. (Éditions du Centre de Psychologie Appliquée), Paris.
- PORTEUS S.-D. (1965). *Manuel du test des labyrinthes de Porteus*. (Éditions du Centre de Psychologie Appliquée), Paris.
- POURRE F., ALBARET J.-M., MORON P. (1985). Utilisation du biofeedback EMG et de la relaxation dans le traitement de six sujets bruxistes. *Psychologie Médicale*, 17 (10), 1597-600.
- SIMONNET P. (1985). *Apprentissages moteurs*. (Vigot), Paris.
- TOUWEN B.C.L. (1979). Examination of the child with minor neurological dysfunction (2^e ed.). *Clinics in developmental medicine* n° 71. (Spastics International Publications), London, Philadelphia.
- VAN RILLAER J. (1980). *Les illusions de la psychanalyse*. (Mardaga), Bruxelles.
- WACHS H., VAUGHAN L.-J. (1988). *Analyse des structures cognitives de Wachs*. (Éditions du Centre de Psychologie Appliquée), Paris.
- ZAZZO R. (1972). *Manuel pour l'examen psychologique de l'enfant* (3^e éd.). (Delachaux et Niestlé), Neuchâtel, Suisse.