

Sylvie Avet L'Oiseau-Tissot, Bernard Senn et Karinne Balligand Lecompte

« Evaluation des effets de la thérapie psychomotrice » : Résultats de recherche principaux

Résumé

Les auteur-e-s présentent les principaux résultats d'une recherche qui a concerné l'évaluation des effets de la thérapie psychomotrice auprès d'enfants âgés de 4 à 8 ans au début du traitement, et souffrant d'un trouble psychomoteur tel que défini par la catégorie F82 de la CIM10. Les résultats mettent en évidence que la thérapie psychomotrice a eu des effets sur les plans moteur et psychoaffectif des sujets.

Zusammenfassung

Der folgende Beitrag präsentiert die Ergebnisse einer Untersuchung zur Wirksamkeit von Psychomotoriktherapie bei Kindern im Alter von 4 bis 8 Jahren (zu Beginn der Behandlung) mit einer Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (ICD 10, F82). Die Ergebnisse zeigen, dass die Psychomotoriktherapie sich positiv auf die motorischen und psychoaffektiven Fähigkeiten der Kinder ausgewirkt hat.

Préambule

Cette recherche, conduite par la filière Thérapie psychomotrice de la Haute école de travail social de Genève, fait suite à une sollicitation de l'Association suisse des thérapeutes en psychomotricité (astp) pour soutenir les démarches en matière de reconnaissance de l'offre en psychomotricité par les assurances sociales, notamment pour les troubles spécifiques du développement moteur. Le projet a bénéficié d'un subside alloué par le Fonds National Suisse de la recherche scientifique (FNS, subside n°13DPD3) et d'un cofinancement assuré par l'astp ainsi que par deux services employant les psychomotriciennes qui ont participé à l'étude (*l'Office médico-pédagogique*, Genève et *l'Office de psychologie scolaire*, Vaud). Une autorisation du comité d'éthique des Hôpitaux universitaires de Genève a été délivrée pour la réalisation de cette étude.

L'étude porte sur les effets occasionnés par une thérapie psychomotrice sur les plans moteur, affectif et cognitif. Ces domaines sont évalués avant le début d'un traitement (T1) puis après 15 mois de prise en charge (T2).

A propos des troubles psychomoteurs

La notion de trouble psychomoteur s'inscrit dans la continuité d'études ayant souligné la corrélation entre le développement des fonctions motrices et le développement psychologique. Les « retards moteurs » (retards maturatifs) venant faire partie des « retards psychomoteurs » « [...] ne trouvent pas leur unique explication dans l'existence de lésions nerveuses » (Bergès, 1985, pp. 374-375). Au-delà de la structure neuromotrice, les fonctions s'articulent avec l'émergence d'un espace psychique. Celui-ci détermine la manière dont cette fonction va ou non être

opérante (Bergès, 1998, p. 2). Considérer « la façon dont cette fonction va fonctionner » (Bergès, 1998, p. 2) inscrit la dimension relationnelle au même titre que les dimensions posturale et motrice dans la compréhension du corps ainsi que dans l'approche thérapeutique de la psychomotricité.

Ainsi, la notion de trouble psychomoteur couvre un large champ d'indications en psychomotricité comme les troubles de la régulation tonique ou troubles tonico-émotionnels, les retards de développement postural, les troubles de la réalisation motrice et de l'instrumentation. Elle comprend aussi des indications dont la composante motrice est indirecte et qui s'appuient davantage sur la dimension relationnelle comme les troubles de la symbolisation, de la relation, du comportement, de la socialisation et de l'individuation.

Dans notre étude, nous sommes partie-s d'une description symptomatique telle qu'elle est qualifiée par les thérapeutes en psychomotricité (que nous nommerons « réalité psychomotrice ») en prenant comme champ d'études une partie des troubles psychomoteurs tels que définis par la catégorie F82 de la CIM10 (Marcelli, 2001). Cette délimitation était importante pour la sélection de l'échantillon par les différents partenaires de la recherche. Cette description recouvre les appellations de débilité motrice de l'enfant, trouble de l'acquisition de la coordination (TAC) et dyspraxie, soit certaines des catégories des troubles psychomoteurs inventoriées par Ajuria-guerra (1980). De cette description nous avons retenu la notion centrale d'altération importante du développement de la coordination motrice globale ou fine, dont le degré de prédominance peut être variable mais qui est présente dès les premiers stades du développement. Cette altération

n'est entièrement imputable ni à un retard intellectuel global, ni aux effets directs d'un déficit visuel ou auditif, ni à une affection neurologique spécifique congénitale ou acquise.

Recherche et évaluation des thérapies

Afin de définir la problématique de notre recherche, et au vu de la rareté des études dans ce domaine, nous nous sommes tournée-s, par analogie, vers les recherches concernant l'évaluation des psychothérapies. A l'instar de la psychomotricité, les approches psychothérapeutiques d'orientation psychodynamique et humaniste (De Roten, Drapeau, & Despland, 2003; Gérin, 1984; Gérin, Dazord & Madjid Sali, 1991; Grawe, 1998; Robert-Tissot, 2000) reposent sur des remaniements profonds de la pensée, des relations, du corps vécu, sans se limiter à la disparition du symptôme, lequel peut se déplacer. La complexité de la nature des changements, l'impossibilité de travailler avec un tiers évaluateur neutre et la problématique du groupe contrôle qui, pour des raisons éthiques et déontologiques, ne peut être soumis aux mêmes exigences que dans les cadres expérimentaux (Gérin, 1984), rendent leur évaluation difficile. Ceci amène à penser que « les études sur l'efficacité des thérapies portent sur une approximation simplifiée » (Robert-Tissot, 1995, pp. 5-6), constituant cependant une étape préliminaire à l'étude des processus sur le plan clinique. « Les recherches sur l'évolution de traits uniques (comme un symptôme, un facteur de risque, une catégorie de tempérament) sont vouées à l'échec. Ce sont des ensembles qu'il s'agit de suivre, c'est-à-dire [...] des constellations de facteurs interagissant entre eux » (Cramer, Robert-Tissot & Rusconi-Serpa,

2002, p. 37). Dans la perspective d'identifier des repères d'analyse de la pratique de la thérapie psychomotrice, notre démarche s'inscrit dans une visée exploratoire.

Les recherches existantes en psychomotricité (Corboz & Borner, 1978), (Albaret, Druet & Soppelsa, 1994), et (Grabot, 2004) nous ont permis, elles, de poser une méthodologie rigoureuse.

Population

Lors de la recherche, nous avons évalué deux groupes de 20 enfants de 4 ans et 3 mois à 7 ans et 5 mois, soit un groupe clinique et un groupe de référence (contrôle). Le groupe clinique est constitué d'enfants commençant un traitement en psychomotricité dans le cadre d'une institution publique ou en consultation privée. Ces enfants ne présentent ni trouble de l'hyperactivité, ni trouble envahissant du développement et ne sont au bénéfice d'aucune autre forme de traitement (logopédie, psychothérapie, ergothérapie, médication, etc.). Le groupe de référence est constitué d'enfants tout-venant et ne bénéficiant d'aucun suivi thérapeutique, recruté-e-s dans les crèches et écoles primaires du canton de Genève. Les sujets du groupe clinique sont apparié-e-s à la population de référence selon des critères de concordance d'âge, de sexe et de niveau de formation des parents. Les familles ont signé un formulaire de consentement pour autoriser la participation de leur enfant à cette étude.

Objectifs et hypothèses de recherche

Notre objectif était d'étudier les changements, ainsi que leur nature, survenant au cours d'une intervention thérapeutique psychomotrice, auprès d'une population consultant pour des troubles psychomoteurs. Les

indicateurs de changement sont recueillis au moyen de mesures sur les axes moteur (*Batterie d'Evaluation du Mouvement chez l'Enfant*¹), cognitif (*Wechsler Intelligence Scale for Children, 2002*² et *2003*³), et psychoaffectif-interpersonnel (*Questionnaire Points forts – points faibles SDQ*⁴).

Nous avons par ailleurs créé des questionnaires à l'attention des parents. L'un permet de recueillir les informations nécessaires à propos de leur enfant et de leur situation socio-économique; les deux autres comportent des items se rapportant à l'alliance thérapeutique et aux effets du traitement psychomoteur. Ils sont remplis à deux moments, T1 et T2. Parallèlement, les thérapeutes remplissent un questionnaire concernant les difficultés de l'enfant en début de traitement et à T2.

Résultats

L'analyse des données, effectuée avec le logiciel SPSS, prend en compte les résultats des échelles standardisées au 15^e percentile (difficulté limite) et au 5^e percentile (difficulté avérée). Ils concernent au final 15 enfants⁵.

A T1 pour le groupe clinique: Dix sujets ont une difficulté limite ou avérée soit au M-ABC (n=6), soit au SDQ (n=8), soit aux deux cumulés (n=4). Cinq sujets ont des résultats totaux dans la norme aux trois échelles (M-ABC, SDQ et Wechsler).

¹ Soppelsa, R. & Albaret, J.-M. (2004) Batterie d'Evaluation du Mouvement chez l'enfant, Adaptation française, Paris: ECPA.

² Wechsler, D. (2002). WPPSI-III (3e éd. rev. et aug.) U.S.A.: The psychological Corporation, French translation 2004. Paris: ECPA.

³ Wechsler, D. (2003) WISC-IV (4e éd. rev. et aug.) U.S.A., The psychological Corporation, French translation 2005 Paris: ECPA.

⁴ Goodman, R. (1997). The Stengths and Difficulties Questionnaire.

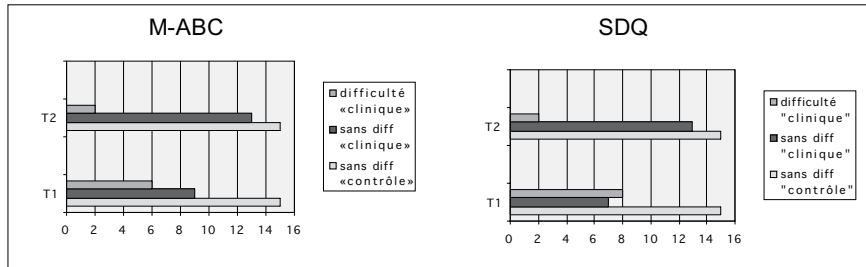
⁵ Cinq sujets ont dû être exclus de l'étude.

Pour le groupe contrôle, l'ensemble des sujets (n=15) obtient des résultats totaux dans la norme aux trois échelles (M-ABC, SDQ et Wechsler).

Si nous analysons d'un point de vue descriptif l'évolution des 15 sujets cliniques,

nous pouvons d'emblée mettre en évidence que, par rapport à l'axe moteur et après 15 mois de traitement, seuls deux sujets présentent encore des difficultés. En ce qui concerne l'axe psychoaffectif, deux sujets également sont concernés.

Figure 1: Répartition des sujets évalués par M-ABC et SDQ en trois catégories mesurés à T1 et T2



D'un point de vue statistique, pour le groupe clinique, nous observons à T2 que l'analyse à l'aide d'un T-test de la différence entre T1 et T2 au M-ABC permet d'obtenir un résultat significatif (p.04) pour les sujets présentant un résultat total inférieur au 15^e percentile à T1 (n=6).

Nous pouvons ainsi affirmer que les sujets qui présentent des troubles au M-ABC à T1 bénéficient pleinement du traitement.

La même analyse pour le SDQ avec les sujets qui présentent un résultat total inférieur au 15^e percentile à T1 (n=8) donne un résultat non significatif; cependant, nous notons une forte tendance (p.07) qui nous permet de faire l'hypothèse qu'avec un échantillon de sujets plus important ce résultat deviendrait significatif. Nous en déduisons que les sujets qui présentent un trouble au SDQ à T1 bénéficient du traitement proposé.

L'analyse par régression du changement au M-ABC entre T1 et T2 avec ses sous-échelles comme facteurs prédictifs (dextérité manuelle, maîtrise de balles, équilibre statique et dynamique), est signi-

ficatif pour le groupe clinique (p.002). Le résultat total au M-ABC à T2 est prédit par les résultats des trois sous-échelles M-ABC.

Nous pouvons affirmer que de mauvais résultats aux trois sous-échelles à T1 prédisent une bonne évolution au M-ABC total à T2.

Par ailleurs, pour le groupe contrôle, les sujets ont des résultats significativement associés respectivement à T1 et T2. On peut en d'autres termes prédire le résultat à T2 à partir du résultat à T1. Ce qui n'est pas le cas pour le groupe clinique.

L'ensemble de ces résultats nous permet d'affirmer que le traitement psychomoteur a un effet sur l'évolution des enfants et ceci dans les différents domaines évalués.

De plus, l'analyse de régression effectuée sur la relation avec les pairs (sous-échelle du SDQ) montre que les effets du traitement sont plus importants chez les enfants jeunes. Quant aux questionnaires remplis par les parents et thérapeutes (groupe clinique), nous observons que les parents évaluent plus favorablement les ef-

fets du traitement que les psychomotriciennes. Ces dernières relèvent en premier lieu une évolution favorable de la qualité motrice ainsi qu'une amélioration importante sur le plan psychoaffectif.

Conclusion

L'organisation de l'évaluation de l'enfant selon trois plans reste une approche limitée qui témoigne de la complexité de leur interdépendance. Cependant, à travers les échelles d'évaluation, nos constats sont positifs. Ils demeurent en lien avec notre hypothèse de départ selon laquelle le traitement psychomoteur, de par sa nature, engagerait non seulement une amélioration des performances motrices mais également des changements dans des domaines associés (psychoaffectif et interpersonnel, voire cognitif). Les effets observés se présentent sous la forme d'un rapprochement de la courbe évolutive du groupe clinique vers la courbe développementale du groupe contrôle.

Nos résultats démontrent que la thérapie psychomotrice, comme approche thérapeutique s'adressant à la personne dans sa globalité psychocorporelle, a bien un effet positif, ceci même si notre étude présente des limites, notamment du fait de la taille restreinte de l'échantillon.

De façon complémentaire, nous avons constaté que le motif de consultation en psychomotricité est soit de nature motrice, soit de nature psychoaffective et interpersonnelle, mais que, dans les faits, le trouble s'exprime avec une prévalence sur l'un ou l'autre plan tout en étant majoritairement associé à l'autre. Cette caractéristique en fait à proprement parler un trouble psychomoteur.

Ces différents constats nous encouragent à poursuivre dans la voie tracée par cette première expérience de recherche. Il serait pertinent de pouvoir la poursuivre afin

d'augmenter le nombre de sujets étudiés et par la même la validité de la recherche. Il semblerait souhaitable d'utiliser des échelles présentant un effet plancher moins important que celles utilisées (M-ABC, SDQ), et qui soient donc plus sensibles aux changements de tous les enfants pris en considération. Engager une étude portant sur les processus thérapeutiques serait également une autre voie à développer (Thurin, 2010).

Bibliographie

- Ajuriaguerra de, J. (1980). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris : Masson.
- Albaret, J. M., Druet, R. & Soppelsa, R. (1994). Évaluation de la thérapie psychomotrice : à propos de 61 cas. *Évolutions Psychomotrices*, 6, 23, 53-55.
- Avet L'Oiseau-Tissot S., Senn B. & Baligand-Lecomte K. (2009). La recherche suisse en psychomotricité : un enjeu d'actualité. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 7–8, 35-40.
- Bergès, J. (1985). Les troubles psychomoteurs chez l'enfant. In S. Lebovici, R. Diatkine & M. Soulé. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Vol 2, Paris : PUF.
- Bergès, J. (1998). Motricité et psychomotricité. Internet : www.freud-lacan.com/champs-specialises/presentation/Motricite_et_psychomotricite [consulté le 9 octobre 2011].
- Corboz, J.R. & Borner, K. (1978). Recherche catamnésique après une thérapie psychomotrice, *Acta paedopsychia*, 44, 53-56.
- Cramer, B., Robert-Tissot, C. & Rusconi-Serpa, S. (2002). *Du bébé au préadolescent : une étude longitudinale*. Paris : Odile Jacob.
- De Roten, Y., Drapeau, M. & Despland, J.-N. (2003). La thérapie avant la thérapie : données sur l'efficacité de l'investigation en psychodynamique brève. *Psychoscope*, 3, 19-23.

- Gérin, P. (1984). *L'évaluation des psychothérapies*. Paris: PUF.
- Gérin, P., Dazord, A. & Madjid Sali, A. (1991). *Psychothérapie et changements*. Paris: PUF.
- Goodman, R. (2005). Questionnaire Points forts – Points faibles (SDQ-Fra). Internet: www.ggdmn.nl/pool/3/documents/SDQ-frans.pdf [consulté le 9 octobre 2011].
- Grobot, D. (2004). *Psychomotricien: Emergence et développement d'une profession*. Marseille: Solal.
- Grawe, K. (1998). Efficacité des psychothérapies. *Psychoscope*, 6(19), 23-28.
- Henderson, S.E. & Sugden, D.A. (1992). *Movement Assessment Battery for Children*. Londres: The Psychological Corporation.
- Marcelli D., (2001). *Classification multi-axiale des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent*. Paris: Masson.
- Robert-Tissot, C. (1995). Quel traitement, pour quel patient, par quel thérapeute? *Psychoscope*, 16, 4, 4-7.
- Robert-Tissot, C. (2000). Pratique et recherche. In R. Perron. *La pratique de la psychologie clinique* (pp. 263-312). Paris: Dunod.
- Soppelsa, R. & Albaret, J.-M. (2004). *Batterie d'Evaluation du Mouvement chez l'enfant, Adaptation française*, Paris: ECPA .
- Thurin, J.M. (2010). Evaluation de l'efficacité des thérapeutiques en psychomotricité, In *Les Entretiens de Bichat*. Internet: www.lesentretiensdebichat.com [consulté le 9 octobre 2011].
- Wechsler, D. (2003). *WISC-IV* (4^e éd. rev. et aug.) U.S.A.: The psychological Corporation, French translation 2005. Paris: ECPA.
- Wechsler, D. (2002). *WPPSI-III* (3^e éd. rev. et aug.) U.S.A.: The psychological Corporation, French translation 2004. Paris: ECPA.



Sylvie Avet L'Oiseau-Tissot
Professeure HETS-Genève
Filière Thérapie psychomotrice
Psychomotricienne astp
sylvie.avetloiseau@hesge.ch

Bernard Senn
Chargé de cours, HETS-Genève
Filière Thérapie psychomotrice
Psychomotricien astp
bernard.senn@hesge.ch

Karinne Baligand Lecomte
Psychomotricienne astp
Lic. en psychologie
karinne.baligand@hesge.ch

HETS-Genève
Filière Thérapie psychomotrice
Rue Prévost-Martin 28, CP 80
1211 Genève 4

Ont collaboré à cet article :
Anne-Françoise Wittgenstein Mani
Psychomotricienne
Resp. Filière Thérapie psychomotrice,
HES-SO//GE

Sandra Rusconi Serpa
Resp. Unité de recherche
du Service de Psychiatrie de l'Enfant
et de l'Adolescent (SPEA), HUG