

Abord comportemental en rééducation psychomotrice

J.M. ALBARET¹ et F. POURREZ

UNIVERSITÉ PAUL SABATIER

ET

C.H.U. RANGUEIL, TOULOUSE

Longtemps imprégnée de concepts psychanalytiques, notamment ceux de Reich, la rééducation psychomotrice s'est voulue globale, "relationnelle", s'opposant en cela aux courants instrumentalistes voire gymniques.

C'est ainsi qu'elle est devenue pour certains une "psychothérapie à médiation corporelle" dont l'objet serait la restauration d'un équilibre psychique par le biais du corps, et le souci principal la recherche bien hypothétique d'un "sens" au trouble psychomoteur sans lequel ne peut se concevoir une prise en charge réelle.

L'absence de méthodologie rigoureuse en ce qui concerne l'évaluation de telles thérapies rend parfois suspects les résultats avancés. Face à cette attitude, nous pensons que la rééducation psychomotrice, comme tout apprentissage, peut bénéficier d'une approche plus rigoureuse et pragmatique en utilisant des techniques comportementales et des méthodes d'évaluation précises.

Après avoir défini succinctement la notion de troubles psychomoteurs, nous insistons sur les différents points constitutifs d'une conception plus scientifique de cette approche thérapeutique:

- analyse de la pathologie psychomotrice par le biais de tests spécifiques et valides
- utilisation de techniques issues du courant cognitivo-comportemental (apprentissage par imitation, bio-feedback)
- établissement de moyens d'évaluation des résultats obtenus.

Dans un dernier temps, deux cas cliniques seront présentés pour illustrer nos propos (incoordination motrice et manifestations anxieuses, mouvements psychomoteurs anormaux), ainsi que les techniques mises en oeuvre. Ces techniques sont d'une part, la relaxation (Training Autogène) et ses dérivés, et d'autre part les apprentissages psychopercutivomoteurs. Les bénéfices thérapeutiques se maintiennent à 6 mois.

La rééducation psychomotrice, comme toute thérapeutique, se doit d'utiliser des méthodes d'évaluation objectives permettant d'en évaluer le bien fondé et l'efficacité sur les troubles abordés.

Nous sommes évidemment bien loin des thérapies globales, relationnelles s'appuyant sur des concepts philosophiques ou psychanalytiques, ceux de Reich et de ses successeurs en particulier. C'est dans de tels courants que l'on peut lire qu'une rééducation psychomotrice symptomatique ne serait que de surface, alors que l'important est de donner une place à l'enfant par le biais de l'acte... de parole! ou encore qu'il convient de réintégrer le moi dans le corps. Préoccupations intéressantes certes, pour peu que le trouble psychomoteur soit bien la résolution d'un conflit archaïque et qu'il faille remonter au "sens".

Il n'en est rien, bien que certains troubles psychomoteurs puissent devenir par un processus aujourd'hui bien connu un moyen de communication avec le milieu et qu'ils possèdent un déterminisme pluri-dimensionnel (Corraze, 1979).

¹ Psychomotricien, Chargé de Cours et de Travaux Dirigés - Service de Psychomotricité, U.E.R. Techniques de Réadaptation - Université Paul Sabatier - TOULOUSE

² Service Médico-Psychologique - C.H.U. RANGUEIL - Chemin du Vallon - 31064 TOULOUSE CEDEX
Psychomotricien, Service de Psychomotricité, U.E.R. Techniques de Réadaptation, Université Paul Sabatier - TOULOUSE

ABORD COMPORTEMENTAL EN RÉÉDUCATION PSYCHOMOTRICE

Les "psychothérapies à médiation corporelle" pèchent bien souvent par une absence de méthodologie rigoureuse qui rend parfois suspects les résultats avancés et nous permet de douter de leur impact spécifique.

Il est pourtant possible de réaliser une approche scientifique de la rééducation psychomotrice pour peu que certaines règles soient respectées. Notre premier souci doit être de définir correctement le problème psychomoteur posé par le patient, ce qui nécessite des méthodes d'investigation diagnostique précises. Une fois cela fait, il convient d'établir un programme d'intervention spécifique qui sera lui aussi soumis à une évaluation.

Pour tout cela, le courant cognitivo-comportemental nous sera d'une grande utilité, tant au niveau de la méthodologie que pour certains éléments de nos prises en charge.

Avant de poursuivre notre propos concernant la rééducation psychomotrice, nous allons tenter d'en situer le champ d'application et pour cela rappeler brièvement ce que nous entendons par trouble psychomoteur.

Définition du trouble psychomoteur

La notion de trouble psychomoteur est en rapport étroit avec celle de dysfonctionnement cérébral à minima (Corraze, 1981). En effet, de nombreux éléments de la pathologie psychomotrice évoquent, du fait de leur similitude avec la symptomatologie neurologique, l'existence d'une perturbation centrale. Il ne s'agit point de signes durs ("hard signs") tels qu'ils sont regroupés dans les syndromes neurologiques renvoyant généralement à une atteinte cérébrale en foyer, mais de signes légers ("soft signs"), variables tant dans leur expression qu'en intensité. De plus, ces signes légers sont étroitement dépendants de l'environnement, ce qui explique la variabilité de leur présentation. Ils sont enfin souvent associés à des troubles affectifs. Ces signes légers comprennent, entre autres, les mouvements involontaires de type choréique ou athétosique, les synchronésies, les différentes incoordinations motrices et des anomalies sensorielles (Touwen, 1979).

L'association de troubles psychomoteurs et de troubles psychiatriques est un phénomène mentionné par de nombreux auteurs tels que Rutter, Graham et Yule (1970), Hertzig et Birch (1966, 1968) ou encore Monroe (1977). Cette association peut revêtir toutes les formes, de la stricte contingence au rapport de cause à effet, le trouble psychomoteur entraînant le désordre psychopathologique ou inversement. Ils peuvent également être deux expressions d'une même affection originelle (comme l'exposition exagérée à des rayons cathodiques qui peut être responsable de troubles psychomoteurs et psychiatriques (Ott, 1974; Mayron, Ott, Nations et Mayron, 1974). Une notion de cet ordre n'est donc pas sans incidence sur le ou les traitements à mettre en place face à un individu porteur à la fois d'un désordre psychiatrique et de troubles psychomoteurs, comme c'est souvent le cas.

Pour finir, la dernière caractéristique des troubles psychomoteurs se situe au niveau de leur étiologie, qui est pluridimensionnelle, réunissant des facteurs héréditaires, biologiques et psycho-sociaux.

Cette définition rapide et volontairement succincte des troubles psychomoteurs permet cependant de comprendre la nécessité pour le psychomotricien d'utiliser des techniques d'examen rigoureuses qui, par le biais de mises en situation variées, vont permettre l'expression des comportements. En fonction de conditions standardisées, le sujet va devoir utiliser des mécanismes perceptivomoteurs adéquats pour atteindre le but fixé au préalable. C'est dans l'action, dans le rapport de l'individu avec le milieu, que se feront pour les difficultés d'ajustement et d'adaptation à ce même milieu. Ainsi pourrions-nous déterminer si cet individu possède les moyens d'atteindre le but proposé, et dans le cas contraire, quelles sont les causes de son échec.

L'examen psychomoteur et son utilité

La rééducation psychomotrice, telle que nous la concevons, comporte, avant tout,

une analyse détaillée et quantitative des possibilités du patient et des déficits qu'il présente. À cette seule condition, la mise en évidence des troubles spécifiques, peut ensuite débiter une thérapie digne de ce nom.

C'est pourquoi, avant toute prise en charge, un examen du développement psychomoteur et des praxio-gnosies (reconnaissance des différents parties du corps et organisation du geste dans l'espace, en relation avec le corps ou un objet) est réalisé. Différents domaines sont ainsi étudiés: la dominance latérale et l'orientation spatiale en particulier droite-gauche, les capacités perceptivo-motrices et visuo-constructives, la connaissance des parties du corps et l'imitation de gestes, le graphisme, les gnoses digitales, le tonus de fond et d'action, le rythme et les diverses habiletés motrices.

Notre propos n'est pas, ici, de citer la totalité des techniques et échelles employées, nous nous contenterons donc de mettre l'accent sur l'une d'entre elles qui constitue un de nos moyens privilégiés d'évaluation: l'échelle de développement de Lincoln-Oseretsky (adaptée en France par Roge, 1984). Cette échelle est issue de l'adaptation Lincoln du test d'Ozeretsky, mise au point par Sloan (1955). Elle comporte 36 items qui font intervenir divers types de coordinations motrices fines et globales, et s'adresse aux enfants de 6 à 14 ans. La grande variété des items et leur nombre rendent compte de la diversité des facteurs mis en jeu et de l'absence de facteurs **g** en psychomotricité, comme l'ont montré parmi d'autres les travaux de Fleishman (1953 à 1975). Dans le domaine de la psychologie, le facteur **g** est un facteur général intervenant dans les activités d'efficacité intellectuelle, il se retrouve à des degrés divers dans la totalité des tests d'intelligence. Un tel facteur n'a pas de correspondance dans le domaine moteur. De plus, cette échelle permet de faire une discrimination entre enfants d'âges différents. Enfin, l'analyse factorielle a mis en évidence un certain nombre de facteurs qui portent sur:

- le contrôle-précision au niveau manuel (F1)
- les coordinations globales (F2)
- l'activité alternative des deux membres (F3)
- la vitesse des mouvements des poignets et des doigts (F4)
- l'équilibre (F5)
- les dissociations moins fines que F1 et F4 (F8).

L'intérêt de cet instrument se situe pour nous à deux niveaux:

- a) l'évaluation diagnostique qui se fonde sur deux indications:
 - un score global permettant de comparer le résultat obtenu à la performance moyenne des enfants de la même tranche d'âge, c'est-à-dire un indice général du développement psychomoteur et d'un éventuel déficit en terme d'unités d'écart-types à la moyenne.
 - l'étude des facteurs, qui nous permet d'établir un profil psychomoteur. L'intérêt d'un tel profil est de pouvoir classer par ordre d'importance les atteintes respectives des divers secteurs et donc de mettre en place un véritable programme de rééducation détaillé et individualisé. Nous reviendrons ultérieurement sur la nécessité d'un tel programme.
- b) l'évaluation de la thérapie:

Une nouvelle passation de l'échelle à l'issue de la thérapie ou en cours de traitement dans le cas de rééducations de longue durée, permet de préciser l'impact de celui-ci sur les troubles initiaux et d'en souligner la plus ou moins grande spécificité en fonction de la modification de l'analyse des facteurs.

Une utilisation systématique de ce mode d'évaluation permet ainsi de confirmer l'intérêt des techniques de rééducation utilisées et éventuellement d'en modifier le contenu pour accroître la spécificité du travail.

Importance d'une thérapie spécifique

Une fois cette analyse réalisée, le programme ou projet thérapeutique est mis en place. Bien que la nécessité d'un tel programme ne fasse pour nous aucun doute,

et les présentations de cas qui suivront l'illustreront, nous rappellerons cependant quelques travaux insistant sur ce point.

Les travaux de Edgar, Ball, Mc Intyre et Shotwell (1969) montrent l'amélioration significative du développement psychomoteur d'un groupe d'enfants déficients intellectuels âgés de 5 ans suivis en rééducation, par rapport à un groupe contrôle. L'évaluation est faite à l'aide de l'échelle de Gesell. Le programme de rééducation utilisé est issu des travaux de Kephart (1960).

De leur côté, Morrison et coll. (1972) étudient les effets de deux types de rééducations motrices sur des enfants déficients intellectuels âgés de 49 mois. La durée du traitement est de 6 mois. Trois groupes sont constitués. Le premier groupe reçoit ce que l'on pourrait appeler une rééducation globale basée sur le désir de l'enfant. Les enfants sont amenés dans une salle où se trouvent de nombreux jouets qu'ils peuvent utiliser à leur gré, le thérapeute s'intégrant secondairement à l'activité de l'enfant et lui accordant toute son attention. Le deuxième groupe est invité à participer à des activités mettant en jeu les coordinations motrices globales, les activités sont sélectionnées, mais ne sont pas utilisées spécifiquement en fonction des déficiences de l'enfant. Le thérapeute encourage les enfants à participer à ces activités et renforce verbalement leurs performances. Dans le troisième groupe, avant la mise en place du programme d'activités, une évaluation préise du développement psychomoteur est réalisée. Puis prenant pour base les performances de l'enfant, un programme d'activités spécifiques réalisé à partir des méthodes de Kephart (1960) et Ayres (1972) est mis en place. Chaque domaine à travailler est analysé en termes d'exercices simples et directement adaptés aux déficiences. Le renforcement social intervient de la même façon que pour le groupe précédent. Les résultats montrent que le troisième groupe présente une amélioration significative du développement psychomoteur.

Bien que les groupes 2 et 3 travaillent à partir des mêmes exercices de coordination globale, seuls les exercices du groupe 3 s'appuient sur une évaluation précise des aptitudes psychomotrices et proposent un programme adapté aux résultats de cette évaluation. C'est donc cette unique différence qui est la cause directe de l'amélioration significative constatée.

Les travaux d'Ayres (1972) sur une population d'enfants scolarisés et de Fowler (1969) en ce qui concerne la stimulation précoce mettent l'accent sur la nécessité d'une intervention spécifique se dominant des objectifs précis et quantifiables afin d'avoir les meilleures chances d'être efficace.

Rééducation psychomotrice et modification des comportements

L'éventail des prises en charge psychomotrices est vaste ainsi que les modèles théoriques de référence. Ainsi, à côté de méthodes codifiées comme le Training Autogène (Schultz, 1982) ou les programmes de rééducation de la perception visuelle (Frostig et Horne, 1973), dans le cadre desquelles nous nous situons résolument, on trouve des "mises en jeu corporelles" au contexte théorique flou et douteux autorisant tous les abus (marionnettes, thérapies par le masque, la danse primitive, le corps à corps...). La symptomatologie psychomotrice n'est plus alors qu'un prétexte à interprétation et la thérapie une sorte de psychanalyse du corps qui essaie de dénouer les conflits archaïques du patient... ou du thérapeute!

Les techniques utilisées dans ce travail sont de deux natures: la relaxation et ses dérivés et les apprentissages psychoperceptivomoteurs.

La méthode de relaxation du Training Autogène est souvent préconisée pour la prise en charge de troubles psychomoteurs: tics (Sichel et Durand de Bousingen, 1967), crampes de l'écrivain (Ajuriaguerra, Garcia Badaracco, Trillat et Soubiran, 1967), stéréo-typies motrices (Corraze, 1979). Cependant, l'obtention de la réponse de la relaxation n'est pas toujours, à elle seule, suffisante et l'utilisation du principe

de la désensibilisation systématique peut compléter la thérapie selon les modalités décrites pour le sujet n°2 dans le cadre d'excoriations névrotiques accompagnées d'éczéma.

La relaxation permet également de réduire l'impact de certaines manifestations en rapport avec l'anxiété, comme les tremblements émotionnels, qui interfèrent avec les habiletés motrices (sujet n°11).

Les apprentissages psychoperceptivomoteurs tels que nous les réalisons s'appuient sur les données de la neuro-physiologie du mouvement (Adams, 1984; Glencross, 1977; Reed, 1982; Salmoni, Schmidt et Walter, 1984; Schmidt, 1975; Simonet, 1985).

Ainsi nous pouvons fixer précisément les objectifs à atteindre et les différentes étapes qui permettront d'y parvenir. Mais les théories de Bandura complètent cette approche et notamment celle de l'apprentissage social de Bandura complètent cette approche. L'imitation est à la base de nombreux comportements tant sociaux que moteur. Ainsi le patient est invité à fixer son attention sur la séquence motrice proposée par le thérapeute, à en repérer les constituants fondamentaux qui lui permettent une meilleure mémorisation. Il reproduit ensuite à son tour le mouvement en fonction de sa performance et de la connaissance du résultat obtenu, il peut analyser sa réalisation et se rapprocher peu à peu de l'objectif fixé.

Pour cela, les procédures de façonement et d'apprentissage d'une chaîne de réponses telles qu'elles sont décrites par Magerotte (1984) et Adams (1984) permettent de réaliser un travail plus précis. De cette façon peuvent être travaillées la tenue d'un instrument scripteur ou la saisie manuelle de petits objets. À partir de ce que réalise déjà le sujet, tenue du crayon par exemple, le mouvement est peu à peu corrigé jusqu'à l'adéquation complète avec le modèle. À chaque essai, les approximations les plus proches du comportement-cible sont renforcées positivement, et la complexité du mouvement s'accroît (façonement). Dans le cas de séquences motrices complexes, comme celles qui sont nécessaires pour la dactylographie, le mouvement est décomposé en éléments simples qui sont appris séparément puis reliés dans un ordre donné (chaîne de réponses). Ces deux procédures sont souvent associées pour une même acquisition.

Enfin, tout au long de la rééducation le maniement des renforçateurs positifs pour augmenter les comportements adéquats et la recherche d'extinction des éléments indésirables par absence de renforcement sont utilisés de façon systématique.

Chaque progrès, même infime, est valorisé verbalement et donne la possibilité, en fin de séance, de faire une activité plus attrayante pour le sujet.

EXPERIMENTATION 1

Sujet

Il s'agit d'une jeune fille de 23 ans présentant des manifestations anxieuses à type de tremblements et un déficit de la motricité fine très préjudiciable à l'apprentissage de la dactylographie. Elle prépare en effet un Brevet d'Etudes Professionnelles de Secrétariat.

Il existe une hypothyroïdie traitée depuis l'enfance par des extraits thyroïdiens. Le comportement problème est donc centré sur l'incoordination digitale qui apparaît comme consécutive aux antécédents d'hypothyroïdie et sur la symptomatologie anxieuse qui s'y est greffée secondairement.

Mesures

- L'échelle de Lincoln-Oseretsky est passée avant et après traitement, puis 6 mois après pour vérifier le maintien des résultats.

- Deux items extraits des épreuves de niveau moteur (Stambak, 1965), la construction de tours à l'aide de petits cubes de 5 mm et 7 mm et l'épreuve des billes de Ricossay, sont présentées à chaque modification du contenu de la prise en charge.

- Des fiches d'auto-évaluation quotidienne par quart d'heure des tremblements sont remplies par la patiente, permettant de suivre les répercussions du traitement

sur les activités journalières.

Programme d'intervention

- En premier lieu, la relaxation selon la méthode du Training Autogène de Schultz, à laquelle sera adjoind un biofeedback de la conductance cutanée, permet de diminuer l'anxiété de fond de la patiente et de pouvoir ainsi commencer le travail sur l'incoordination motrice.

- L'apprentissage psychoperceptivomoteur est progressivement associé aux séances de relaxation et comporte des exercices de difficulté croissante mettant en jeu:

- a) les coordinations globales:
 - * interception d'une balle lancée avec ou sans rebond (poids et grosseurs différentes)
 - * saut à la corde en modifiant le rythme des sauts et la vitesse des mouvements
- * travail d'équilibre sur banc-suédois et planche à roulettes.
- b) les coordinations manuelles:
 - * enfilage de perles
 - * lancer de balles et ballons sur une cible (panier, quilles)
 - * réalisation de noeuds de complexité croissante.
- c) la motricité fine:
 - * vissage - dévissage de boulons
 - * découpage de formes géométriques ou non, labyrinthes de dimensions variables
 - * saisie rapide d'objets de dimension réduite placés en différents endroits devant le sujet.

Enfin, la patiente réalisera un apprentissage spécifique des aptitudes psychomotrices mises en jeu dans les activités de sténo-dactylographie. À ce niveau, après un travail sur la perception de sensations tactiles puis sur la motricité fine proprement dite, nous introduisons le facteur vitesse sous forme d'exercices chronométrés qui s'apparentent autant que faire se peut aux situations réelles de secrétariat. Si au cours de ces exercices des tremblements apparaissent, une consigne de relaxation est donnée à la patiente. Le principe d'inhibition réciproque entre tremblements et relaxation permet ainsi une disparition de ces manifestations émotionnelles indésirables et la généralisation dans la vie quotidienne.

Quatre phases de travail sont définies: les séances 1 et 2 (A) sont axées uniquement sur l'apprentissage des premiers exercices de la relaxation: lourdeur du bras puis lourdeur de l'ensemble du corps. Durant les séances 3 et 4 (B) le travail sur les coordinations globales est associé aux exercices de relaxation: lourdeur du corps et chaleur du corps. Les séances 5, 6, 7, 8 et 9 (C) comportent la poursuite de la relaxation ainsi que des exercices de coordination oculo-manuelle et de délément digital. Enfin, pour les séances 10 à 18 (D) les exercices associés concernant la motricité fine avec mise en place de tâches chronométrées.

RÉSULTATS

À l'échelle de développement psychomoteur de Lincoln-Oseretsky, le retard initial très important, - 4,8 DS, est ramené à - 1,4 DS ce qui constitue un progrès remarquable. D'autant plus que les facteurs les plus déficitaires F1 et F4 se sont normalisés, passant respectivement d'un pourcentage de réussite de 25% à 87,5% et de 14% à 85% (cf. figure 1). Le bénéfice thérapeutique est maintenu 6 mois après. Les fiches d'évaluation quotidienne par quart d'heure (cf. figure 2) montrent une diminution progressive de la fréquence des tremblements jusqu'à une quasi-disparition.

FIG. 1: EVOLUTION DES FACTEURS DE L'ÉCHELLE DE DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DE LINCOLN-OSERETSKY

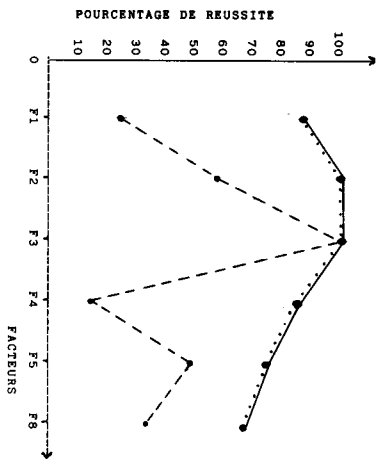
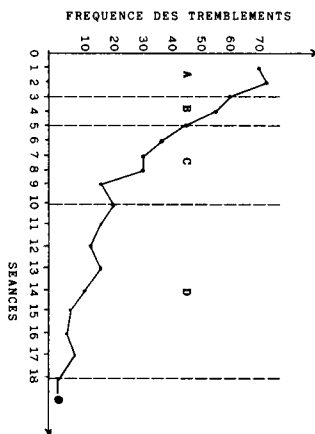


FIG. 2: AUTO-ENREGISTREMENT DES TREMBLEMENTS



● Rappel (6 mois)
 La note attribuée à la fréquence des tremblements est une moyenne hebdomadaire établie à l'aide du questionnaire d'auto-enregistrement. Il s'agit du rapport durée du tremblement sur durée de l'activité motrice (maximum 100).

L'évolution de l'apprentissage au cours de la thérapie est appréciée par les scores obtenus aux épreuves de niveau moteur et notamment l'item des billes de Picossay (cf. tableau 1). Les résultats sont nettement déficitaires durant les 4 premières évaluations. Ils correspondent au temps moyen mis par un enfant de 8 ans (45 secondes). Après le travail spécifique de motricité fine avec chronométrage, le score se normalise et passe à 18 secondes pour la main droite et 19 secondes pour la main gauche. Apparemment, la simple répétition du test ne suffit pas à expliquer l'amélioration de la performance puisqu'aucune modification n'est apparue avant l'abandon de cette dernière phase de la rééducation.

TABLEAU 1
 TEMPS MIS (EN SECONDES) À L'ITEM DES BILLES DE RICOSSAY - RANGÉE DES MOYENNES-PETITES - DU TEST DE NIVEAU MOTEUR DE STAMBAK

Main utilisée	Séances a					
	examen initial	3	5	10	18	18
Main droite	48b	47	47	43	18	18
Main gauche	51	51	46	45	10	10

Note a:
 entre examen initial et séance 3: relaxation seule
 entre séance 3 et 5: relaxation + travail coordinations globales
 entre séance 5 et 10: relaxation + travail coordinations oculo-manuelles
 entre séance 10 et 18: relaxation + travail motricité fine.

Note b:
 45 secondes correspondent au temps moyen mis par un enfant de 8 ans.

Sujet

Madame S., 31 ans, porteuse d'un eczéma dont le début remonte à 4 ans. L'eczéma intéresse la presque totalité du corps au moment de la consultation. Une excoaration névrotique s'y est surajoutée et prédomine sur le visage et le cou, l'avant-bras et le creux popité. Le comportement de grattage survient surtout au réveil, elle y consacre alors 20 à 30 mn. Le prurit est parfois si intense qu'elle se réveille la nuit pour se gratter. Les traitements dermatologiques, suivis jusqu'à présent, n'ont amené aucune amélioration notable.

Mesures

Une note est attribuée au comportement de grattage en fonction de sa durée dans la semaine et de son intensité. Cette évaluation est en grande partie subjective puisqu'elle est effectuée à partir des dires de la patiente. Une autre appréciation de la thérapie se fera par la disparition de l'eczéma et le maintien à 6 mois. Enfin, les comportements assertifs sont évalués à l'aide de l'échelle de Rathus.

Programmation d'intervention

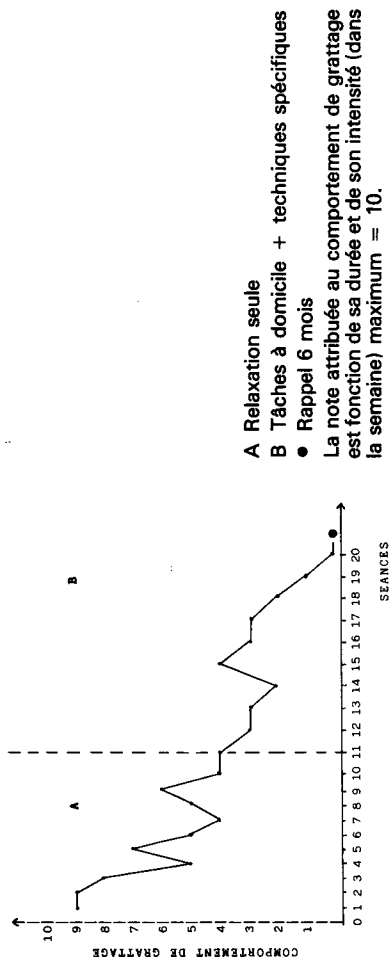
20 séances hebdomadaires d'une durée de 30 à 45 minutes. 11 séances consacrées uniquement à l'apprentissage de la relaxation, 9 séances associant relaxation (Training Autogène) et contrôle du comportement de grattage selon une technique originale préconisée par Corraze (1979), ainsi que mise en place de tâches à domicile: différer le début du grattage matinal et en atténuer ainsi le caractère impérieux. En accord avec la patiente, il est décidé qu'une fois par semaine, le dimanche matin, elle retardera pendant 1 h après le lever le début du grattage. Progressivement, la durée s'étendra jusqu'à 1 h 30, et la fréquence hebdomadaire passera de 1 à 5. Les tâches ont été proposées devant la diminution de l'excoaration due essentiellement à l'impact de la relaxation sur l'état général et l'anxiété de la patiente.

Par ailleurs, le contrôle du comportement de grattage ou plus exactement du prurit, nécessite dans un premier temps un inventaire complet des zones où il se manifeste. Puis en fonction de l'intensité de celui-ci, les zones sont classées par ordre croissant, à l'instar de l'établissement d'une hiérarchie des stimuli phobiques dans la désensibilisation systématique. Une fois cette hiérarchie établie, alors que le sujet est en état de relaxation, il lui est demandé de se concentrer sur la zone entraînant la démangeaison la moins intense. Dès que la démangeaison apparaît, le sujet nous fait signe. À ce moment, une consigne de relaxation lui est donnée, cette consigne venant se substituer au comportement de grattage qui suit habituellement l'apparition de la démangeaison. L'association est répétée jusqu'à ce que le prurit disparaisse totalement de cette zone. Puis nous recommençons le même travail sur une autre zone. Le principe de l'inhibition réciproque est à la base de ce type d'intervention. La hiérarchie est établie comme suit: visage - cou - genou - bras. 3 séances sont consacrées au visage, 3 au cou, 2 pour la région du genou et 1 pour les avant-bras.

RÉSULTATS

Le comportement de grattage (cf. figure 3) passe d'une note de 9 à 4 durant les séances de relaxation. À partir de la 17ème séance, les comportements de grattage s'espacent très nettement pour disparaître totalement dans la semaine précédant la 20ème et dernière séance (note 0). Les plaques d'eczéma régressent parallèlement. De légères démangeaisons subsistent dans la zone du cou. Le score obtenu à l'échelle de Rathus passe de + 4 à + 25, et va de pair avec une reprise des relations sociales qui, du fait de l'aspect disgracieux de l'eczéma, avaient été réduites à néant. Une séance de contrôle à 6 mois confirme la disparition de l'excoaration et de l'eczéma avec absence totale de prurit.

FIG. 3:
COURBE DE LA FRÉQUENCE
ET DE L'INTENSITÉ DU GRATTEGE
ET SON ÉVOLUTION
AU FIL DES SÉANCES



DISCUSSION ET CONCLUSION

Les résultats obtenus avec ces deux sujets méritent quelques observations:

- Dans le cas du sujet n° 1, les différents types de mesure ont permis de préciser l'impact différent de la relaxation et des trois niveaux de l'apprentissage psychopercutivomoteur. L'effet de la relaxation sur les tremblements semble être surtout sensible dans les 9 premières séances, la fréquence diminuant régulièrement de semaine en semaine de 70 à 18. Par la suite, l'amélioration n'est que la conséquence et la généralisation d'un processus d'inhibition réciproque amorcé auparavant. Les exercices de motricité fine ont de même une action précise évaluée par les performances obtenues à l'épreuve des billes de Ricossay. Par contre, l'utilité des exercices de motricité globale n'est pas mesurée par notre dispositif et doit donc être nuancée.
- Pour le sujet n° 2, l'évolution régulière de la superficie occupée par l'eczéma n'a pu être réalisée, et les mesures ne sont qu'en partie objectives. Ce cas illustre bien la difficulté de trouver des mesures spécifiques au comportement-problème, en limitant la part subjective de la cotation.
 - La prise en charge des troubles des coordinations motrices ne peut s'effectuer qu'après un examen détaillé qui porte en lui les prémices de la rééducation ultérieure. Les apports incessants provenant des théories de l'apprentissage moteur doivent être intégrés au fur et à mesure et modifier les techniques déjà existantes. Enfin, l'analyse des résultats obtenus permet de remettre en cause la totalité ou une partie du programme thérapeutique.
 - Ce travail, loin d'être exhaustif, doit être enrichi, amélioré et étendu à l'ensemble de la symptomatologie psychomotrice.

En matière de rééducation psychomotrice, la méthodologie dans l'organisation du travail nous apparaît essentielle. Elle est souvent difficile, compte-tenu de la pluralité des troubles et de leur déterminisme, et ce travail en est un exemple. De plus, le souci d'avoir une efficacité thérapeutique face à la détresse, parfois dramatique, du patient conduit à multiplier les modalités d'intervention thérapeutiques. L'introduction progressive et échelonnée de ces différentes techniques peut, malgré tout, permettre par le biais de lignes de base multiples, d'apprécier l'efficacité ou l'impact

de chacune d'entre elles. Ce qui est valable pour la chimiothérapie ou les thérapies comportementales l'est bien évidemment pour la rééducation psychomotrice. Pour cela, la méthodologie utilisée en pratique comportementale nous est d'un grand secours même s'il est nécessaire de l'adapter. Mais n'est-ce pas là l'essence du courant cognitivo-comportemental? Nous en utilisons d'ailleurs certains moyens thérapeutiques, de même que nous nous appuyons sur la neurophysiologie du mouvement ou les données du développement perceptivomoteur.

Il est, à notre sens, impératif de continuer dans cette voie sinon "la brume de médiocrité" dont parle Corraze (1984), dans laquelle se dissimule la psychomotricité, risque de devenir un épais brouillard.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMS, J.R. (1984). Learning of movement sequences. *Psychological Bulletin*, 96, 1, 3-28.
- AJURIAGUERRA, J. DE, GARCIA BADARACCO, J., TRILLAT, E., & SOUBIRAN, G. (1956). Traitement de la crampe des écrivains par relaxation. *L'Encéphale*, 45, 141-171.
- AYRES, A.J. (1972). Improving academic score through sensory integration. *Journal of learning disabilities*, 5, 338-343.
- BANDURA, A. (1980). *L'apprentissage social*. Bruxelles: Mardaga.
- BORGES, J., & LEZINE, I. (1963). *Test d'imitation de gestes*. Paris: Masson.
- BORNSTEIN, P.M., & QUEVILLON, R.P. (1976). The effects of self instructional package on overactive preschool boys. *Journal of applied behavior analysis*, 9, 179-188.
- CORRAZE, J. (1976). Les excoitations névrotiques: approche éthologique. *Evol. Psychiat.*, 2, 389-436.
- CORRAZE, J. (1979). Psychothérapie pluridimensionnelle d'une stéréotypie motrice. *La psychomotricité*, 1, 19-26.
- CORRAZE, J. (1981). *Les troubles psychomoteurs de l'enfant*. Paris: Masson.
- CORRAZE, J. (1984). Préface du *Manuel de l'échelle de développement moteur de Lincoln-Oseretsky*. Paris: Ed. du Centre de Psychologie Appliquée.
- COTTRAUX, J. (1984). *Les thérapies comportementales*. (2ème éd.). Paris: Masson.
- CROTTEY, B.J. (1979). *Perceptual and motor development in infants and children*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- EDGAR, C.L., BALL, T.S., MCINTYRE, R.B.L., & SHOTWELL, A.M. (1969). Effects of sensory motor training on adaptive behavior. *American Journal of Mental Deficiency*, 5, 713-720.
- FLEISHMAN, E.A. (1959). A factorial study of psychomotor abilities. *USAF Personal & Training, Research Center Bulletin*, 54, 15.
- FLEISHMAN, E.A. (1956). Factorial analysis of complex psychomotor performance and related skills. *Journal of Applied Psychology*, 40, 2.
- FLEISHMAN, E.A. (1975). Toward a taxonomy of human performance. *American Psychologist*, 30, 1127-1149.
- FONTAINE, O., COTTRAUX, J., & LADOUCEUR, J. (1984). *Clinique de thérapie comportementale*. Bruxelles: Mardaga.
- FOWLER, W. (1969). The effect of early stimulation: the problem of focus in developmental stimulation. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, 15, (2), 157.
- FROSTIG, M., & HORNE, D. (1973). *The Frostig program for the development of visual perception*. Chicago: Follet Educ. Corp.
- GLENCROSS, D.J. (1977). Control of skilled movements. *Psychological Bulletin*, 84, 1, 14-29.
- HERTZIG, M.A., & BIRCH, H.G. (1966). Neurologic organization in psychiatrically disturbed adolescent girls. *Archives of General Psychiatry*, 15, 590-599.
- HERTZIG, M.A., & BIRCH, H.G. (1968). Neurologic organization in psychiatrically disturbed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 19, 528-537.
- KEPHART, N.C. (1960). *The slow learner in the classroom*. Columbus: Charles E. Merrill.
- MAGEROTTE, G. (1984). *Manuel d'éducation comportementale clinique*. Bruxelles: Mardaga.
- MAYRON, L.W., OTT, Y., NATIONS, R., & MAYRON, E. (1974). Light, radiations and academic behavior. *Academic Therapy*, 10, 33-47.

- MONROE, B.B., HULFISH, B., BALIS, G., & LION, J. (1977). Neurologic findings in recidivist aggressors. in SHAGASS, C., GERSHON, S., & FRIEDHOFF, D. *Psychopathology and brain dysfunction*. Raven Press.
- MORRISON, D., POTIER, P., & HERR, K. (1972). *Sensory-motor dysfunction and therapy in infancy and early childhood*. Springfield, Ill.: Thomas.
- OTT, Y. (1974). The eye's dual function. Part. II. *Eye, Ear, Nose and Throat Monthly*, 53, 377-381.
- POURRE, F., ALBARET, J.M., & LE BRAS, I. (1985). Hypothyroïdie, incoordination motrice et anxiété. *La Psychomotricité*, 9, 125-137.
- REED, E.S. (1982). An outline of a theory of action systems. *Journal of Motor Behavior*, 14, 2, 98-134.
- ROGE, B. (1984). *Manuel de l'échelle de développement moteur de Lincoln-Oseretsky, Adaptation française*. Paris: Ed. du Centre de Psychologie Appliquée.
- RUTTER, M., GRAHAM, P., & HULE, W. (1970). *A neuropsychiatric study in childhood*. London: Heinemann.
- SALMONI, A.W., SCHMIDT, R.A., & WALTER, C.B. (1984). Knowledge of results and motor learning: A review and critical reappraisal. *Psychological Bulletin*, 95, 3, 335-386.
- SCHMIDT, R.A. (1975). *Motor skills*. New York: Harper & Row.
- SCHULTZ, J.H. (1982). *Le Training Autogène*. (9ème ed.). Paris: P.U.F.
- SICHEL J.P., & DURAND DE BOUSINGEN, R. (1967). Le traitement des tics chez l'enfant par le training autogène. *Revue de Neuropsychiatrie de l'Enfant*, 15, 12, 931-937.
- SIMONNET, P. (1985). *Apprentissages moteurs*. Paris: Vigot.
- SLOAN, W. (1985). The Lincoln-Oseretsky motor development scale. *Genetic Psychology Monographs*, 57, 183-252.
- STAMBAK, M., & JAKSIC, S. (1965). Épreuves de niveau et de style moteur. in ZAZZO, R., & Coll. *Manuel pour l'examen psychologique de l'enfant*. Neuchâtel, Suisse: Delachaux & Niestlé.
- TOUWEN, B.C.L. (1979). *Examination of the child with minor neurological dysfunction*. (2ème ed.) London, Philadelphia: Clinics in developmental medicine n° 71, Spastics International Publications.

RECENSION DE VOLUMES

Observer en français: de quelques livres français récents sur l'observation.

L'observation systématique en milieu dit "naturel" est souvent considérée comme une méthode fondamentale de l'évaluation comportementale. Aussi, j'ai cherché à savoir ce qui existait comme ouvrages français sur l'observation. Il ne m'apparaissait pas nécessaire que ces ouvrages soient consacrés exclusivement à une approche behaviorale de l'observation; étant donné la relative rareté de livres français sur l'approche behaviorale, une telle exigence était irréaliste. De plus, des techniques d'observation développées dans une autre approche ou un autre domaine peuvent souvent être utiles directement ou après adaptation. Aussi ai-je cherché un peu tout ce qui se référerait à l'observation.

Une recherche bibliographique initiale m'a permis de faire plusieurs constatations. La première est qu'il semble exister, en langue française, beaucoup de livres consacrés à l'observation. La deuxième constatation est que, en immense majorité, ces livres sont destinés au milieu de l'éducation. Ceci n'a rien de surprenant, le domaine où l'évaluation est la plus employée et développée est probablement celui de l'enseignement et, historiquement, l'observation est une méthode courante d'évaluation en éducation (en langue anglaise, il existe aussi de nombreux textes consacrés à l'observation d'enfants, particulièrement en milieu scolaire). La troisième constatation est que la majorité de ces ouvrages paraît non pertinente ou utile au praticien de l'observation behaviorale. Cela pour l'une ou l'autre de trois raisons. D'abord, certains livres ayant un titre référant à l'"observation" ne traitent peu ou pas d'observation dans le sens où on l'entend en intervention behaviorale. Cela s'explique par l'ambiguïté ou la multitude de significations du mot "observation". Le livre de J.-M. de Ketele, "Observer pour éduquer" donne un bon exemple de cette ambiguïté. Ce livre porte plus sur la construction et la mesure d'objectifs pédagogiques que sur la méthode d'observation. Ensuite, certains ouvrages, parce que destinés à des étudiants en pédagogie, sont trop élémentaires pour être utiles à la formation en observation de praticiens en psychologie behaviorale. On n'y fournit pas, par exemple, de renseignements sur les diverses techniques d'observation, sur la nature et le contrôle des erreurs d'observation, etc., quoique certains de ces textes pourraient être utiles comme manuels d'exercices pratiques. Enfin, certains de ces livres, comme celui de Lefebvre, "Méthodes d'observation psychopédagogique", suppose une approche conceptuelle incompatible avec l'approche behaviorale: le but des observations étant de permettre des jugements globaux de personnalité ou d'intelligence. Cependant, pour diverses raisons, quatre livres paraissent mériter un examen plus approfondi. Ces livres discutent d'observation comme méthode de recherche et semblent être d'un niveau suffisamment avancé. Ces quatre livres sont ceux de Ruth C. Kohn, (1982), de Marie-Paule Michiels-Philippe, (1984), de Roger Mucchielli, (1980), et de Marcel Postic, (1977, 1981). A ces quatre livres, nous ajouterons celui de Georgette Goupil (1985), publié récemment chez Behaviora.

Nous allons d'abord examiner ces cinq livres un par un. Ensuite nous nous demanderons ce que devrait contenir un ouvrage visant à donner une formation en observation behaviorale. Puis, nous verrons comment ces textes et d'autres pourraient servir à acquiescer cette formation. Enfin nous constaterons l'existence d'une carence fondamentale dans la plupart de ces textes du point de vue de l'approche et de la pratique behaviorale.