



Évaluation de l'efficacité des thérapeutiques en psychomotricité

J.M. Thurin*

* Psychiatre clinicien et chercheur. Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques (Inserm, U 669, Paris, France / Fédération Française de Psychiatrie). Directeur d'enseignement Paris VI. Rédacteur en chef de Pour la Recherche. www.techniques-psychotherapies.org

DÉFINITION DES SOINS PSYCHOMOTEURS

Suivant le SNUP*, « L'objectif des soins psychomoteurs est de permettre au patient de :

- prendre conscience de son organisation psychomotrice,
- d'en réduire les dysfonctionnements, qu'ils soient d'origine psychique ou physique,
- de restaurer ses capacités de participation et d'adaptation aux activités de son environnement.

Le psychomotricien instaure pour cela une relation thérapeutique en utilisant des techniques corporelles, sportives, manuelles,... ou des médiations telles que le jeu, l'expression artistique, l'éducation gestuelle, la relaxation psychomotrice... Ces médiations sont les outils proposés par le psychomotricien pour la réalisation du projet thérapeutique individualisé élaboré avec le patient ou sa famille.

Les soins psychomoteurs sont pratiqués en séances individuelles ou de groupe, avec un

accompagnement familial, si nécessaire ».

L'approche psychomotrice agit ainsi sur les fonctions motrices et mentales perturbées chez les enfants et les adolescents aussi bien que chez les adultes et inclut des aspects relationnels**.

BASES THÉORIQUES

L'activité motrice est essentielle à tout individu pour son développement et son adaptation à l'environnement. Le développement psychomoteur résulte des fonctions neurophysiologiques et de leur maturation en interaction avec le vécu affectif et le développement cognitif. Ainsi l'enfant chemine à chaque âge vers un équilibre psychomoteur sous l'effet des stimulations de son entourage affectif et social. Il s'agit là des fondements d'un développement qui ne cesse de se poursuivre et de se réajuster avec les expériences qui accompagnent l'adolescence, l'âge adulte et la sénescence.

Dans certains troubles comme l'autisme, le corps et ses différentes expressions occupent

* Syndicat National d'Union des Psychomotriciens. <http://www.snup.fr/spip.php?article1>

** Cette définition peut être complétée par les éléments affichés sur le site du Centre Mutualiste de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles de KERPAPE :

La psychomotricité ne vise pas directement l'efficacité d'une fonction motrice ou d'une activité spécifique d'apprentissage. Elle propose une action globale en utilisant toutes les possibilités du corps de mouvement, d'expression ou de relation dans la perspective d'une reconstruction de la personnalité comme un tout.

La psychomotricité encourage le développement précoce du très jeune enfant et de meilleures relations avec l'espace et le temps d'enfants et d'adolescents accompagnés d'une plus grande facilité avec leur corps. Elle est particulièrement indiquée pour les enfants qui sont timides, inhibés, maladroits, instables ou mal latéralisés. (http://www.kerpape.mutua-lite56.fr/page_uk/services/page32/page321/p3219.htm)

une place prépondérante. Les manifestations corporelles sont à la fois nombreuses et toujours propres à chaque enfant. Elles apparaissent comme des éléments de compréhension de leur monde et de leur ressenti. L'approche sensorimotrice apporte à ce niveau un éclairage fondamental en permettant de mieux saisir chez ces enfants les enjeux des comportements auto-sensoriels et les particularités du développement psychomoteur. Les outils de réflexion qu'elle propose mettent l'accent sur une compréhension du développement psychomoteur à la fois instrumentale et développementale. L'accent est mis sur le processus de représentation et ses différents niveaux d'intégration. Les représentations s'appuient sur les matériaux que l'organisme rencontre dans ses interactions avec le milieu : les boucles sensorimotrices, la mise en place des coordinations sensorimotrices indépendantes de l'action et l'instrumentation des systèmes sensorimoteurs.

Dans cette perspective, les stimuli auditifs, vestibulaires, proprioceptifs, tactiles et visuels sont progressivement intégrés au sein d'une représentation globale de soi. Les grandes fonctions psychomotrices comme la coordination des deux côtés du corps, l'organisation des activités motrices avec le niveau d'activité, la capacité d'attention, la stabilité émotionnelle y prennent leur source⁽¹⁾.

Réciproquement, les capacités d'intégration et de représentation peuvent faire défaut et s'exprimer dans différents troubles. Bullinger⁽²⁾ fait ainsi l'hypothèse que « l'image du corps est maintenue présente chez l'enfant autiste par les sensations elles-mêmes, mais que dès que les sensations cessent, l'image du corps [et la représentation de soi] s'estompe ». Une hypothèse analogue pourrait être faite à propos des circonstances dans lesquelles se produisent les automutilations dans les troubles de la personnalité borderline et les particularités de la personnalité psychosomatique⁽³⁾.

Objectifs

Les thérapies psychomotrices sont spécifiques à chaque enfant ou adulte. Elles visent à la fois à réduire les troubles et leur intensité et à s'inscrire dans un processus développemental.

Chez les enfants autistes, elles peuvent ainsi être orientées, suivant les cas, vers l'intégration de l'enveloppe sensorielle, de l'espace corporel (espace oral, maîtrise du buste, du torse, du corps), des apports des organes sensoriels (visuel, tactile, auditif) en prenant en compte la situation d'alerte qui obère initialement l'attention et l'exploration. Chez les personnes âgées, elles peuvent être orientées suivant les cas vers le décryptage et le rétablissement de la communication orale dans les comportements de refus, de repli ou d'agressivité liés des situations d'exposition ou d'hyperesthésie corporelle, la remotivation à la marche, la préservation des capacités d'orientation temporo-spatiale, le redressement postural avec évitement des chutes

TECHNIQUES ET MÉTHODES

Nous avons vu que le psychomotricien utilise des techniques corporelles et des médiations pour développer un travail d'intégration sensorielle dans un contexte d'expérience propre, de sécurité et d'altérité.

Peuvent être ainsi utilisés chez l'enfant le portage dans des tissus ou un hamac, les jeux d'eau et la balnéothérapie, les gros ballons pour réduire le recrutement tonique en extension, les jeux d'air (ventilateur), le miroir, les explorations motrices, l'équilibre et l'escalade, la manipulation des objets et leur usage (ouverture des portes), le jeu avec un poupée, les exercices de balancement et d'équilibration.

Un tableau récapitulatif du développement de l'axe corporel selon Bullinger, des avatars de ce développement et des axes de travail correspondant en psychomotricité peut être trouvé dans Kloeckner et al. La description de l'action du psychomotricien à partir du cas de Louise, une jeune enfant autiste, est explicitée par Jutard et al⁽⁴⁾.

Chez la personne âgée, seront utilisés par exemple, en association avec la verbalisation et dans une relation empathique, la stimulation motrice, la relaxation et le toucher thérapeutique en verbalisant les différentes parties du corps, le travail sur la régulation tonico-émotionnelle. Le mouvement et la danse peu-

vent être également une technique pour exprimer et aborder ses sentiments et expériences. C'est une aide au développement d'outils de communication, un apprentissage de la coordination et du balancement, et une façon d'encourager des personnes ayant un déficit physique à développer une image de soi positive⁽⁵⁾.

INDICATIONS

Les indications de la psychomotricité sont nombreuses. Elles concernent notamment :

- **Les troubles psychiques et psychomoteurs associés à une mauvaise représentation de son corps et une difficulté à communiquer avec les autres.** Une meilleure connaissance du corps et une participation à des activités psychomotrices améliorent la conscience corporelle et favorisent une perception plus réaliste du corps. Parmi ces troubles, qui vont des plus légers aux plus graves, on peut citer l'autisme, le trouble d'acquisition de la coordination (TAC) et le trouble déficitaire de l'attention associée ou non l'hyperactivité (TDA/H).

- **Les grands syndromes gériatriques**, tels que troubles comportementaux, agressivité, problèmes de communication, chutes, syndromes de glissement, syndromes dépressifs. Un travail sur la conscience du schéma corporel amène vers une réconciliation du corps avec lui-même. Il s'agit alors de réhabiliter, réveiller les sens, resocialiser, aider la personne âgée à sentir le lien entre son corps et son esprit, fondement de sa personnalité.

Dans ce sens, favoriser les perceptions corporelles permet à chacun de reconnaître son corps comme sien, de se le réapproprier et ceci, même si ce corps est traumatisé ou déficient***.

ÉVALUATION

L'évolution des systèmes de santé et les exigences actuelles en terme de démonstration de l'efficacité font que l'évaluation est deve-

nue incontournable dans les différents champs professionnels. Les thérapeutiques psychomotrices se caractérisent par la variété de leurs indications, de leurs objectifs et de leurs techniques. De plus, les troubles et pathologies qu'elles soignent relèvent très souvent de plusieurs causes et les thérapeutiques psychomotrices sont rarement la seule réponse qui est apportée⁽⁶⁾. Tout cela laisse préjuger la complexité potentielle de leur évaluation. On peut remarquer cependant que des bilans et outils d'évaluation ont déjà été largement développés^(7,8) et que les modèles théoriques qui sous-tendent les approches sont très avancés⁽⁹⁾. Reste la question de la mise en œuvre. Je vais présenter quelques pistes et essayer de montrer que l'évaluation peut se situer dans le prolongement de la démarche clinique et être une façon de formaliser des aspects de la pratique qui restent souvent méconnus, ainsi que les connaissances qui vont avec.

PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA RECHERCHE ÉVALUATIVE

L'évaluation d'une intervention thérapeutique repose de façon générale sur les éléments suivants :

1. Une définition des difficultés de l'adulte ou de l'enfant avant le début de la thérapie.
2. Des indicateurs de changement adaptés aux objectifs thérapeutiques.
3. Une mesure des changements obtenus à la suite de l'intervention mise en œuvre pour atteindre ces objectifs (comparaison avant-après).
4. La définition aussi précise que possible de l'intervention thérapeutique qui est testée et les moyens de vérifier qu'elle a été prodiguée suivant le programme défini.
5. La neutralisation ou l'identification des autres causes potentielles de changement.

Pendant plus de 30 ans, cette évaluation a été réalisée dans sa version la plus simple, *l'essai contrôlé randomisé*, qui a été considéré

*** <http://www.gerontopsychomotricite.com/>

comme l'étalon or (« gold standard ») de la recherche évaluative dans son ensemble. Concrètement, on compare un groupe « homogène » de patients qui bénéficie du traitement à un groupe qui ne le reçoit pas. La neutralisation de l'effet potentiel du temps ou de facteurs externes comme causes de changement est obtenue en réduisant au maximum la durée de l'intervention et en constituant des groupes homogènes sur le plan symptomatique qui bénéficient ou non de cette intervention thérapeutique. D'autre part, la répartition des patients dans chacun des groupes est aléatoire, ce qui réduit l'effet des différences individuelles.

L'essai contrôlé randomise atteint vite ses limites dès que l'on envisage une évaluation dans des conditions naturelles, et encore davantage pour les troubles complexes. Ces troubles associent en effet différentes composantes causales, souvent en interaction, qui ne permettent pas l'application d'une technique préformatée. Ils nécessitent au contraire des prises en charge ajustées « sur mesure », non seulement aux troubles initiaux, mais à leur évolution dans un processus dynamique et développemental. La question n'est plus seulement de savoir si, globalement, « une thérapie marche », mais *dans quelles conditions, pourquoi et comment* elle marche (quels sont ses ingrédients et principes actifs). Des analyses approfondies d'études rigoureusement menées ont montré qu'il était illusoire de vouloir isoler le principe actif d'une intervention en se référant seulement à une comparaison avant - après⁽¹⁰⁾. Dans cette configuration, il sera difficile, par exemple, de définir la part respective des facteurs relationnels et des facteurs techniques véritablement spécifiques dans les résultats. Or ce point est essentiel si l'on veut véritablement progresser tant au niveau de la pratique que de la théorie.

A ces critiques émanant des chercheurs, se sont associées celles des cliniciens qui ont remarqué que les populations des études expérimentales ne correspondaient pas à celles rencontrées dans des conditions naturelles, que les études de groupe ne permettaient pas au praticien de savoir si son patient serait répon-

deur ou non répondeur puisque leurs résultats concernent la moyenne de ceux obtenus dans un groupe, et plus généralement qu'elles n'apportent que peu de réponses aux questions rencontrées dans la pratique. Un grand débat a été mené à travers les publications, qui a conduit à une révision des méthodologies d'évaluation des psychothérapies proprement dites et des approches thérapeutiques non médicamenteuses centrées sur le patient.

Les études intensives de cas, prolongées éventuellement par des études modulaires une fois que sont bien identifiées les « fonctions pivot » (= fonctions qui débloquent une évolution développementale ou une résolution symptomatique et qui étaient jusque là inaccessibles (C Barthélémy)), constituent une des réponses aux limites précédentes⁽¹¹⁾. Il s'agit d'études observationnelles rigoureuses qui permettent à la fois une description fine de chaque cas, une meilleure distinction des différents éléments de l'intervention et un suivi précis des processus de changement. Le terme de processus traduit ici d'abord le déroulement longitudinal général de la thérapie et les évolutions qui l'accompagnent, à savoir celles des symptômes, des fonctions sensorimotrices, de communication et de relation, celles qui concernent le développement, y compris éventuellement celui de la personnalité. Il concerne également ce qui se passe dans la thérapie, à savoir l'évolution de sa configuration, de son ambiance, de sa dynamique, des techniques utilisées par le thérapeute, des positions respectives de ses acteurs (le patient et le thérapeute), de leurs interactions et de son contenu. Ces études, qui permettent de prendre en compte la spécificité individuelle des actions mises en œuvre, ont par ailleurs le grand avantage d'être accessibles aux praticiens qui peuvent y trouver un étayage pour suivre la progression de leur patient et mieux connaître comment ils y contribuent. Elles s'inscrivent dans ce qui constitue une véritable révolution de la recherche thérapeutique en science humaines, le passage de la « pratique basée sur les preuves » (*Evidence-based practice*) à la « preuve fondée sur les pratiques » (*Practice-based evidence*). Elles permettent

également de réduire, voire de combler le fossé entre chercheurs et cliniciens.

L'étude intensive de cas semble bien adaptée à l'approche des psychomotriciens et je vais donc décrire en détail comment elle peut être menée.

DÉROULEMENT D'UNE ÉTUDE INTENSIVE DE CAS

La formulation de cas

C'est par elle que tout commence. Elle permet de réunir les données cliniques qui ont été recueillies au cours des premières rencontres avec le patient et de les organiser. Dans le cas d'une thérapie psychomotrice, l'évaluation clinique de départ est accompagnée autant que nécessaire d'un bilan sensori-moteur (BSM) concernant les acquisitions motrices, le développement postural, la représentation de soi, les dimensions cognitive et relationnelle. Un diagnostic catégoriel est associé, ainsi que les différentes évaluations paracliniques qui ont été réalisées. Cette évaluation conduit à élaborer un projet de soin cohérent avec les déficits et les capacités déjà existantes. Il en émerge une « ligne de base » des éléments significatifs et une première « compréhension » du cas, à partir des observations et des hypothèses causales qui permettent de les situer les unes par rapport aux autres.

Il est alors possible de construire des objectifs et de concevoir une stratégie de départ concernant le cadre, l'approche et les grands axes de la prise en charge nécessaires pour les atteindre, en fonction de l'état et des compétences de chaque enfant ou adulte.

En association à cette évaluation initiale est réalisée une analyse des facteurs de contexte (modérateurs) susceptibles de faciliter ou au contraire de rendre plus difficile le processus thérapeutique.

La formulation de cas sera dans un deuxième temps un outil majeur pour pouvoir réunir des cas analogues, au delà de leur diagnostic général.

Indicateurs de changement, choix des instruments et mesures répétées

Les indicateurs de changement sont déterminés en fonction des objectifs de la thérapie et en veillant à ce qu'ils aient une véritable signification clinique, tant en terme de réduction de la pathologie que de gains en fonctionnement et en santé. Par exemple, le temps d'attention dont un enfant est capable ou le nombre de stéréotypies et de troubles du mouvement sont de bons indicateurs dans le cas des troubles de l'attention et l'autisme. Il est également intéressant d'associer des mesures d'évolution globale et dimensionnelles. Plusieurs qualités vont guider le choix des instruments : leur adéquation aux aspects dont on souhaite suivre l'évolution, la facilité de leur passation, leurs qualités psychométriques validées et la fréquence de leur utilisation. Nous renvoyons ici à différents articles qui présentent le contexte, l'intérêt et les modalités de passation de tels outils⁽¹²⁻¹⁷⁾.

L'évolution des changements est suivie à partir d'évaluations répétées à plusieurs temps de la thérapie (au moins 4, et davantage si le suivi est plus long). Généralement, l'évolution n'est pas homogène et renseigne sur les dimensions les plus accessibles au changement ou qui, au contraire, demandent des évolutions profondes pour s'exprimer et se maintenir. Cet aspect est important à la fois pour apprécier des changements qui n'apparaissent pas toujours dans une perspective symptomatique globale, et pour appréhender le processus du développement de nouvelles aptitudes et les éléments qui le conditionnent (par exemple, une bonne relation avec le thérapeute dans un contexte de sécurité favorisera les progrès de la communication et la mise en œuvre de stratégies soutenant l'intégration de la représentation de soi, qui faciliteront le développement et la qualité des relations interpersonnelles, lesquelles réduiront les effets du stress et ouvriront les explorations motrices).

Le processus thérapeutique

L'efficacité d'une thérapie ne se réduit pas à l'application d'une technique. Elle demande un ajustement permanent par le praticien de son approche et de sa technique à l'état du patient, à ses déficits et à ses potentialités d'évolution. Tel est le constat qui a été

fait à partir des études évaluatives en psychothérapie, constat qui semble tout à fait applicable à la pratique du psychomotricien. Celle-ci oscille entre une certaine planification de la thérapie articulée aux objectifs et une adaptation pertinente à la situation. Dans ce contexte, chercher à mieux connaître ce qui a permis un changement ou a été à l'origine d'un blocage revient à rechercher s'il existe des corrélations entre les indicateurs d'évolution, des événements significatifs du contexte et les caractéristiques de la thérapie à différents temps. Pour appréhender ces caractéristiques, il est nécessaire d'avoir un instrument qui permette d'extraire les principaux traits de la thérapie et les facteurs qui conditionnent sa dynamique. Le *Questionnaire classé de processus psychothérapique* (PQS de Jones⁽¹⁸⁾) est actuellement l'outil le plus puissant pour saisir, se représenter et décrire l'ambiance et la vie d'une psychothérapie d'adulte à partir des attitudes, tendances et vécus du patient, des actions et approches du thérapeute et de la nature de leurs interactions. Il existe une version de ce questionnaire adaptée à la psychothérapie de l'enfant (le CPQ de Schneider et Jones⁽¹⁹⁾).

L'évaluation à un an et de fin de thérapie d'un cas

Elle comprend un bilan clinique et la passation des différents instruments sélectionnés. Ces données conduisent à une nouvelle formulation du cas qui décrit notamment les niveaux de fonctionnement et d'aptitudes, l'évaluation des indices de santé étant concomitante de celle des traits pathologiques persistant. Le bilan de Louise fait bien apparaître qu'une thérapie psychomotrice ne s'inscrit pas seulement dans le paradigme médical de la maladie, mais aussi dans celui de développement d'aptitudes psychiques, relationnelles, motrices et exploratoires qui n'existaient pas auparavant. Cette évaluation conduit également à situer les points faibles et à repréciser les objectifs et les stratégies envisagées pour les atteindre. Pour Louise, la jonction entre les différentes parties du corps (haut/bas et droite/gauche) et l'importance persistante des irritabilités tactiles. La thérapie sera poursuivie avec ces objectifs. La fin d'une thérapie ne signifie pas une interrup-

tion du processus de changement. Plusieurs études ont confirmé par exemple l'effet structurel chez une personne des capacités d'Insight (la représentation des motifs de ses comportements et la possibilité de se représenter ce que peut vivre l'autre, aptitudes fondamentales qui contribuent à se comprendre et à dessiner une représentation prévisible de soi, de l'autre et du monde).

L'analyse comparative de cas analogues

Nous avons évoqué plus haut les limites des conclusions que l'on peut tirer de groupes de patients dont le caractère homogène ne repose que sur le partage d'un diagnostic DSM ou CIM identique⁽²⁰⁾. Ces patients peuvent être en fait très différents du fait de la gravité de leurs troubles, de leurs traits de personnalité, des conditions du contexte ou de leur histoire, traits qui interviendront non seulement pour définir une approche générale, mais qui conditionnent également la possibilité et les modalités d'une bonne alliance thérapeutique. Différents auteurs (par exemple, Guthrie⁽²¹⁾ ou Fishman⁽²²⁾) ont proposé de réunir les patients suivant une caractéristique d'analogie, comme cela existe chez les praticiens expérimentés qui ont en tête la proximité de certains patients ou dans les bases de jurisprudence qui réunissent des cas dans des situations analogues.

A partir de cas analogues, des questions plus précises peuvent être abordées telles que : l'évolution de ces patients a-t-elle été semblable ou différente ? Si elle a été différente, comment expliquer cette variation ? Peut-on trouver une explication au niveau des modérateurs, de l'approche utilisée, de l'interaction qui s'est produite entre le thérapeute et le patient ou d'autres facteurs ?

Il existe deux méthodes permettant de comparer des cas : par *regroupement* ou par *appariement* (comparaison cas à cas)⁽²³⁾. La seconde nous paraît la plus intéressante, du moins au départ, dès lors qu'il existe des différences dont l'origine n'est pas évidente. Elle a l'avantage de respecter la finesse de description du cas isolé et d'apporter des éléments supplémentaires avec chaque nouveau cas. Certaines

données qui ont un relief particulier se perdraient si elles étaient regroupées directement dans un ensemble de cas. On peut en donner un premier exemple qui ne se situe pas directement dans le champ des psychothérapies et qui a porté sur l'impact des événements de vie dans le cancer du sein. L'approche par appariement a permis de démontrer la dimension qualitative de la gravité du risque relatif à des événements de vie qui n'apparaissait pas dans le cadre d'une étude générale^(24,25). Un autre exemple a été présenté par Strupp⁽²⁶⁾ (1980) en mettant en relation deux cas comparables (anxiété, dépression et retrait social) traités par le même thérapeute, dans les mêmes conditions, et dont les résultats thérapeutiques avaient été très différents. Certains facteurs ont joué un rôle particulier : la qualité de l'interaction thérapeutique, l'engagement du patient, la structure de caractère et ses conséquences sur l'expression, ainsi que la difficulté du thérapeute à se confronter à certains problèmes transférentiels.

C'est ici, que le retour au processus interne et l'interrogation des différents facteurs susceptibles de l'avoir influencé prennent toute leur valeur et deviennent outil de connaissance à la fois individuelle, pour le praticien, et général en définissant de bonnes et de moins bonnes configurations, des situations sensibles auxquelles il sera possible de chercher des réponses à la fois individuellement et au niveau de la communauté professionnelle.

CONCLUSION

L'évaluation des thérapies psychomotrices reste encore souvent perçue par les praticiens comme un mode de contrôle de leur activité, en décalage avec leur pratique et les questions cliniques qu'ils se posent. Cette évaluation est méthodologiquement un des domaines les plus complexes dans lequel il soit envisageable de s'engager et en même temps elle bénéficie d'une base théorico pratique qui la structure naturellement.

Aujourd'hui, les résultats ne constituent qu'un aspect de la question. Ils sont devenus un fil rouge autour duquel les recherches sur les thé-

rapeutiques faisant intervenir des processus psychologiques peuvent se conduire à un autre niveau, celui des processus de changement. Le résultat permet, dans un cadre méthodologique bien construit, de tester des hypothèses concernant les différents facteurs et paramètres dont l'ensemble détermine la dynamique du processus et les effets qu'il produit. Le résultat n'est pas une fin, mais un moyen. Longtemps propriété quasi exclusive des hypothèses théoriques et de l'expérience individuelle, la façon dont une situation se modifie, une réalité s'ouvre sur des aspects qu'elle méconnaissait chez soi et chez les autres, et comment ils sont pris en compte dans les interactions avec l'entourage jusqu'à transformer un champ de réalité, peut commencer à être décrite. Les nouvelles méthodologies de cette connaissance en élaboration impliquent nécessairement une collaboration des cliniciens et des chercheurs. Les premiers sont directement concernés par l'observation et la compréhension du processus de changement. Les seconds sont garants de la méthode pour les appréhender. Cela représente pour le praticien une double opportunité : celle de pouvoir participer à une mise en coopération des savoirs et celle de pouvoir soi-même bénéficier de la réunion d'expériences et d'éléments jusque là isolés.

Les cliniciens sont ainsi invités à participer à un champ en plein essor et découverte, complexe, mais qui constitue un enjeu passionnant de la recherche et pour la pratique.

RÉFÉRENCES

- 1 - Kloeckner, A., Jutard, C., Bullinger, A., Nicoulaud, L., Tordjman, S., & Cohen, D. (2009). Intérêt de l'abord sensorimoteur dans les pathologies autistiques sévères I : introduction aux travaux d'André Bullinger. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57, 154-159.
- 2 - Bullinger A. (2004). Le développement psychomoteur. In *Traité européen de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Flammarion.
- 3 - Thurin J.-M. (2007). *Une vie sans soi. Clinique et interprétation des maladies psychosomatiques* (2^e ed.). Paris: Frison-Roche.
- 4 - Jutard, C., Kloeckner, A., Périsset, D., & Cohen, D. (2009). Intérêt de l'abord sensorimoteur dans les pa-

- thologies autistiques sévères. II : illustration clinique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57, 160-165.
- 5 - Canuto, A., Meiler-Mititelu, C., Herrmann, F.R. et al. (2008). Longitudinal assessment of psychotherapeutic day hospital treatment for elderly patients with depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 949-956.
- 6 - Albaret, J.-M. (2001). Les troubles psychomoteurs chez l'enfant. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Pédiatrie*, 4-101-H-30, Psychiatrie, 37-201-F-10, Paris: Elsevier.
- 7 - Albaret, J.-M., & de Castelnu, P. (2005). Démarches diagnostiques pour le Trouble de l'Acquisition de la Coordination (TAC). In R.H. Geuze (Ed.), *Le Trouble de l'Acquisition de la Coordination. Evaluation et rééducation de la maladresse chez l'enfant* (pp. 29-85). Marseille : Solal.
- 8 - Albaret, J.-M. (2007). Examen de la motricité et des praxies gestuelles. In M.P. Noël (Ed.), *Bilan neuropsychologique chez l'enfant* (pp. 237-253). Wavre : Mardaga.
- 9 - Kloeckner, A., Jutard, C. et al. (2009). Développement de l'axe corporel selon Bullinger, avatars dans l'autisme et axes de travail en psychomotricité. In A. Kloeckner et al.
- 10 - Elkin, I., Gibbons, R. D., Shea, M. T., & Shaw, B. F. (1996). Science is not a trial (but it can be a tribulation). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 92-103.
- 11 - Thurin J.-M., & Briffault, X. (2006). Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie. *Encéphale*, 32, 402-412.
- 12 - Guitard, S., Basse, I., & Albaret, J.-M. (2005). Evaluation de l'efficacité d'un protocole de rééducation de l'équilibre. In *Entretiens de Psychomotricité 2005* (pp. 75-86). Paris: Expansion Scientifique Française.
- 13 - Marquet-Doléac, J., Soppelsa, R., & Albaret, J.-M. (2006). Validation d'un protocole d'apprentissage de l'inhibition sur une population d'enfants avec Trouble de l'Attention/Hyperactivité. In *Entretiens de Psychomotricité 2006* (pp. 90-99). Paris: Expansion Formation et Editions.
- 14 - Nesensohn, J., Aubert, E. & Pourre, F. (2006). Apprentissages perceptivo-moteurs et généralisation chez des enfants en hôpital de jour. In *Entretiens de Psychomotricité 2006* (pp. 82-89). Paris: Expansion Formation et Editions.
- 15 - Martin, E., Aubert, E., & Pourre, F. (2007). Approche psychomotrice des communications non-verbales dans le syndrome d'Asperger : Evaluation et axes de prise en charge. In *Entretiens de Psychomotricité 2007* (pp. 99-109). Paris: Expansion Formation et Editions.
- 16 - Lelord, G., & Barthelemy, C. (2003). *Echelle d'évaluation des Comportements Autistiques Révisée*. Paris: Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée.
- 17 - Haag, G., Tordjman, S., Duprat, A., Cukierman, A., Druon, C., Jardin, F., Maufras du Châtelier, A., Tricaud, J., & Urwand, S. Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité. *Psychiatrie de l'Enfant*, 38, 495-527.
- 18 - Jones E.E. Therapeutic action: A guide to psychoanalytic therapy. Jason Aronson, Northvale, NJ 2000. Traduction française : Thurin M, Lapeyronnie B, Thurin JM et JS Ablon. *Pour la recherche 2009* ; 61 : 1-12.
- 19 - Schneider, C., Pruetzel-Thomas, A., & Midgley, N. (2009). Discovering new ways of seeing and speaking about psychotherapy process: The Child Psychotherapy Q-Set. In N. Midgley, J. Anderson, E. Grainger, T. Nescic & C. Urwin (Eds.), *Child psychotherapy and research: New approaches, emerging findings* (pp. 72-84). London: Routledge.
- 20 - Thurin, J.-M. (2009). Évaluation des effets des psychothérapies. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37-802-A-10, Paris: Elsevier.
- 21 - Guthrie, E. (2000). Psychotherapy for patients with complex disorders and chronic symptoms. The need for a new research paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 177, 131-137.
- 22 - Fishman, D. B. (2000). Transcending the efficacy versus effectiveness research debate: Proposal for a new, electronic « Journal of Pragmatic Case Studies ». *Prevention and Treatment*, 3. (http://journals.apa.org/prevention/volume3/toc_may03-00.html).
- 23 - Hilliard, R. B. (1993). Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 373-380.
- 24 - Ramirez, A. J., Craig, T. K., Watson, J. P., Fentiman, I. S., North, W. R., & Rubens, R. D. (1989). Stress and relapse of breast cancer. *British Medical Journal*, 298, 291-293.
- 25 - Graham, J, Ramirez, A, Love, S, Richards, M, & Burgess, C. (2002). Stressful life experiences and risk of relapse of breast cancer: observational cohort study. *British Medical Journal*, 324, 1420.
- 26 - Strupp, H. H. (1980). Success and failure in time-limited psychotherapy. A systematic comparison of two cases: comparison (1, 2, 3, 4). *Archives of General Psychiatry*, 37, 595-603, 708-716, 831-841, 947-954.