

INSTITUT SUPERIEUR DE REEDUCATION PSYCHOMOTRICE

9 bis, rue du Bouquet de Longchamp

75016 PARIS



Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Session Juin 2013

QUELLE EST LA PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE AUPRES DE L'ENFANT « TDA/H –INSTABLE » ?

Maîtres de mémoire :

**Alexandre Prouteau
Camille Lapillonne**

Mémoire présenté par :

Virginie Bonnaud-Le Roux

Ce mémoire remercie :

- ✚ Camille Lapillonne pour ces précieux conseils ! Et Alexandre Prouteau pour la richesse du stage en cette dernière année d'étude !
- ✚ La patience des plus proches, particulièrement sa grand-mère, (c'est-à-dire ma mère) et sa tante (...).
- ✚ Cy, Delphine et leur Meilleur Ami,
- ✚ Tous ceux qui ont eu des paroles rassurantes,
- ✚ Les 7 mousquetaires de l'école pour leur humour, et leur soutien, (merci à « Timer »),
- ✚ L'attention instable de sa génitrice qui a tenu le coup,
- ✚ Et bien-sûr Benoît, Pierre (et leurs familles) à qui je souhaite « Bonne route ! »

Résumé

Les troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité sont actuellement une des causes les plus fréquentes de consultation en psychopathologie pour l'enfant.

La compréhension du trouble s'est construite autour d'un point de vue théorique à partir d'observations cliniques et de la prise en compte médicale du trouble. Il existe deux principaux courants de pensée qui s'intéressent à ces troubles : une approche anglo-saxonne cognitiviste qui souligne l'existence d'un déficit des fonctions exécutives et une approche européenne qui a une visée plus globale et prend en compte l'ensemble du développement affectif et psychique de l'enfant.

Du point de vue clinique, le psychomotricien intervient sur prescription médicale. Soit en libéral soit au sein d'établissements hospitaliers en coordination avec d'autres professionnels de santé. Le mémoire s'intéresse à deux cas cliniques d'enfants d'âge scolaire présentant les trois symptômes de TDA/H : troubles attentionnels, impulsivité et hyperactivité. Chaque cas fait l'objet d'une présentation des différents bilans, du projet thérapeutique et de la prise en charge de psychomotricité.

Ce mémoire s'interroge sur l'intérêt et la place du psychomotricien auprès d'enfants TDA/H.

Mots clés

Attention, hyperactivité, enfant, TDA/H (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité), DSM-IV, fonctions cognitives, fonctions exécutives, instabilité psychomotrice, psychiatrie, psychomotricité

Abstract

Nowadays, attention deficit disorders with or without hyperactivity are usually one of the most common causes for children's psychopathology counselling.

ADH/D theoretical models gradually evolved through clinical interviews with diagnosed with ADH/D and patient care. Two main theories are dealing with such disorders : the Anglo-Saxon cognitivist model and the European model based on an overall approach to children's emotional and psychic development.

Psycho-motor therapists work on a medical prescription, either in private practice or in hospitals in cooperation with the health care team. This paper presents two clinical cases of children over five years-old showing all three ADH/D symptoms, namely attentional disorders, impulsiveness and hyperactivity. Each case study will focus on different psychomotor tests, therapeutic projects and patient care.

It raises the question of the usefulness and role of psychomotricity with children ADH/D.

Key words

Attention, hyperactive behaviour, children , ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) , DSM-IV, cognitive functions, executive functions , psychomotor instability , psychiatry, psychomotricity

Sommaire

Ce mémoire remercie :	2
Résumé	3
Abstract	4
Sommaire	5
Introduction et problématique	9
Partie 1 : La théorie.....	10
1. Historique du diagnostic et évolution de la conception du trouble	11
1.1 Les troubles de l'attention dans la littérature française.....	11
1.2 Premières prises en compte médicales du phénomène en Europe: Une arriération mentale ?.....	11
1.2.1 L'hyperactivité : un symptôme de l' idiotie.....	11
1.2.2 L'hyperactivité : une forme de folie.....	12
1.2.3 L'association d'une instabilité physique et mentale	12
1.3 L'instabilité : une dysharmonie de développement	13
1.3.1 Regard des courants médico-pédagogiques.....	13
1.3.2 Regards psychomoteurs.....	14
1.3.2.1 L'instabilité « posturo-psychique ».....	14
1.3.2.2 Les « instables psychomoteurs purs »	15
1.3.2.3 Les troubles de l'attention proviennent de l'impulsivité et de l'hyperactivité.....	15
1.4 L' instabilité, un trouble neurologique ou environnemental	16
1.4.1 Regard psychopathologique de la psychiatrie: l'instabilité, une dysharmonie de la personnalité.....	16
1.4.2 Les instabilités réactionnelles et les instabilités constitutionnelles	16
1.4.3 L' « instabilité psychomotrice » et « l'instabilité « affectivo- caractérielle »	17
1.5 Regard psychanalytique de la psychiatrie	18
1.5.1 Une défaillance des enveloppes psychique et corporelle	18
1.5.2 L'instabilité motrice en réponse à une « angoisse de mort ».....	19
1.5.3 L'instabilité motrice comme moyen d'expression	19
1.5.4 L'instabilité comme symptôme de la pathologie limite	20
1.6 Développement des Approches neurologiques.....	21
1.6.1 La naissance de la théorie organiciste	21

1.6.2	De la lésion cérébrale minimale au « MBD »	22
1.6.3	L'hyperactivité, cause des troubles de l'attention.....	22
1.6.4	L'hyperactivité, conséquence des troubles de l'attention.....	23
2.	Le diagnostic du trouble attentionnel avec ou sans hyperactivité selon les classifications actuelles	23
2.1	Selon la Classification Française des Troubles mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent 24	
2.2	Selon la CIM-10	24
2.3	Le diagnostic TDA/H du DSM-IV	25
2.3.1	Les Critères diagnostiques du TDA/H	25
2.3.2	Les comorbidités du TDA/H	27
2.3.3	Les diagnostics différentiels	30
3.	Outils de compréhension du profil clinique d'un enfant avec TDA/H.....	31
3.1	Le recueil d'informations par diverses intervenants	31
3.1.1	L'entretien médical	31
3.1.2	L'entretien psychologique et évaluation neuropsychologique.....	31
3.1.3	Entretiens et évaluations en orthophonie et psychomotricité	32
3.1.4	Le recueil différé d'informations	32
3.2	Une prise en charge globale	32
3.2.1	La prescription médicamenteuse.....	32
3.2.2	Les intervenants paramédicaux	33
4.	Les théories cognitivistes actuelles	34
4.1	Rappel sur l'attention.....	34
4.1.1	L'intensité de l'attention.....	34
4.1.1.1	L'attention réflexe ou vigilance	35
4.1.1.2	L'attention soutenue.....	35
4.1.2	La sélectivité de l'information	35
4.1.2.1	L'attention sélective	35
4.1.2.2	L'attention divisée.....	36
4.1.3	Le système superviseur attentionnel	36
4.2	Rappel sur la mémoire de travail	36
4.3	L'implication des fonctions exécutives dans le syndrome TDA/H	37
4.3.1	Un défaut d'inhibition comportementale, cause de l'hyperactivité	37

4.3.1.1	Un type de fonction exécutive : l'inhibition comportementale.....	37
4.3.1.2	La théorie de R.A Barkley	38
4.3.2	Plusieurs fonctions exécutives en cause	40
4.3.3	Fonctions exécutives et causes environnementales.....	40
	Conclusion théorie :	42
	Partie 2 : Clinique	43
1.	Présentation de l'exercice en libéral	44
2.	Présentation de deux cas cliniques	45
2.1	PIERRE.....	45
2.1.1	Présentation du patient et anamnèse	45
2.1.1.1	Présentation du patient	45
2.1.1.2	Histoire de vie et histoire du trouble	45
2.1.2	Les bilans.....	46
2.1.2.1	Bilan psychologique (2011).....	46
2.1.2.2	Bilan psychomoteur (Septembre 2012)	47
2.1.3	Le projet thérapeutique.....	50
2.1.4	La prise en charge en psychomotricité	51
2.1.5	Conclusion et Devenir de l'enfant	53
2.2	BENOIT.....	54
2.2.1	Présentation du patient et anamnèse	54
2.2.1.1	Présentation du patient	54
2.2.1.2	Anamnèse	54
2.2.2	Prises en charges antérieures et en cours.....	55
2.2.3	Les bilans antérieurs.....	56
2.2.3.1	Bilan orthophonique (1er en Janvier 2010 et le 2nd en Juin 2011).....	56
2.2.3.2	Bilan psychologique (Juillet 2012, fin 2nd CP).....	56
2.2.3.3	1er Bilan psychomoteur (en Juin 2010, fin grande section)	56
2.2.3.4	Second Bilan psychomoteur (par son psychomotricien actuel)	57
2.2.4	Le projet thérapeutique.....	59
2.2.5	La prise en charge en psychomotricité	60
2.2.6	Conclusion et Devenir de l'enfant	62
	Conclusion cliniques :	63

Partie 3 : Discussion : Quelle est la place de la psychomotricité auprès de l'enfant TDA/H ?64

1. Contribution de la psychomotricité au diagnostic.....	66
1.1 L'entretien.....	66
1.1.1 Prise d'informations sur l'histoire de vie de l'enfant et son trouble	67
1.1.2 Les observations directes du psychomotricien	69
1.2 Le bilan	69
1.2.1 Les épreuves n'évaluant pas spécifiquement l'attention	69
1.2.2 Les épreuves évaluant spécifiquement l'attention	71
1.2.3 Les modalités de prise en charge	71
2. L'approche globale de la psychomotricité auprès de l'enfant TDA/H.....	72
2.1 Motiver l'enfant par le jeu.....	73
2.2 Le Savoir-faire attention	74
2.2.1 « L'attention posturale ».....	74
2.2.2 Le contrôle mental	74
2.2.3 La mémoire de travail	75
2.2.4 S'inscrire dans l'espace grâce au corps.....	76
2.3 La régulation émotionnelle	77
2.4 La communication	78
3. Accompagner l'enfant TDA/H au quotidien.....	79
Conclusion générale :.....	81
Bibliographie.....	83

Introduction et problématique

Le TDA/H¹ est un trouble de l'attention qui se manifeste avec ou sans hyperactivité. Sa prévalence se situe entre 3 et 11 % selon les études internationales, et serait la première « affection neuropsychiatrique »² de l'enfant. Ce trouble se dépiste souvent à l'entrée à l'école primaire ou en fin de maternelle, période qui requiert une attention particulièrement soutenue de la part de l'enfant pour apprendre à lire, écrire et compter.

Les familles³ évoquent les difficultés qu'occasionnent ces troubles de l'attention au quotidien : l'enfant peine à s'adapter au milieu scolaire, il est le plus souvent en situation d'échec et très souvent « étiqueté » comme étant un enfant mal éduqué, agressif...

Le pédopsychiatre M. Speranza définit ce trouble comme « un trouble neurodéveloppemental avec une étiologie multifactorielle qui exemplifie bien la complexité et l'intrication entre développement et psychopathologie »⁴.

Depuis le 19^e siècle, des théories très diverses cherchent à expliquer les facteurs étiologiques des troubles attentionnels et de l'hyperactivité. Cela s'observe d'ailleurs par la diversité des termes (TDA/H, instabilité psychomotrice, hyperkinésie). Nous découvrirons ces théories au cours de notre **partie théorique**.

La **partie clinique** nous permettra d'approcher de manière plus concrète, les troubles de l'attention en observant le parcours de deux enfants diagnostiqués TDA/H.

Ces enfants se situent au centre d'un environnement comprenant la famille, le monde scolaire, le milieu médical (notamment le psychiatre et le psychomotricien). A travers la **partie discussion** de ce mémoire, nous nous interrogerons sur la pertinence de la psychomotricité auprès des enfants présentant des troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité.

N.B : au sein de la partie théorique, les informations notées en *italique* réunissent mes observations personnelles.

¹ Trouble du déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

² Bursztejn, C. & Golse, B., « L'hyperactivité avec troubles de l'attention: questions cliniques et épistémologiques », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 54, 2006, p. 29-37

³ Cf. les témoignages du site de l'association <http://www.TDA/H-france.fr/-Temoignage-.html>

⁴ Dr Speranza M., *Trajectoire développementales en psychopathologie, apprentissages et construction de soi chez l'enfant et l'adolescent*, 2010

Partie 1 : La théorie

1. Historique du diagnostic et évolution de la conception du trouble

1.1 Les troubles de l'attention dans la littérature française

Au XVII^{ème} siècle, plusieurs auteurs mettent en scène des adultes « distraits » dont les comportements évoquent les troubles de l'attention.

Dans l'*Etourdi* (1658), Molière fait rire son public aux dépens d'un personnage qui accumule les bévues et les étourderies.

Le moraliste La Bruyère⁵ dépeint avec moquerie une personnalité très distraite et grotesque : "Ménalque descend son escalier, ouvre sa porte pour sortir, il la referme: il s'aperçoit qu'il est en bonnet de nuit ; et venant à mieux s'examiner, il se trouve rasé à moitié (...) Il n'est ni présent ni attentif dans une compagnie à ce qui fait le sujet de la conversation. Il pense et il parle tout à la fois; mais la chose dont il parle est rarement celle à laquelle il pense".

Régnard⁶, quant à lui, met en scène un personnage distrait sans le dévaloriser : « Il est particulier en sa distraction, Il répond rarement à ce qu'on lui propose, (...) Mais ce n'est pas un crime enfin d'être ainsi fait, On peut être, à mon sens, homme sage et distrait. »

Bien que les « personnalités distraites » aient été repérées par des écrivains observateurs des comportements humains, il n'y avait pas, aux 17^{ème}-18^{ème} siècles de prise en compte scientifique et pratique de ces troubles.

Dès le 19^{ème} siècle, le « distrait » va susciter de plus en plus d'intérêt auprès de la médecine et des sciences sociales.

1.2 Premières prises en compte médicales du phénomène en Europe: Une arriération mentale ?

1.2.1 L'hyperactivité : un symptôme de l' idiotie

Au 19^{ème}, **E. Seguin**, médecin français s'intéresse aux symptômes physiologiques de l'**idiotie** notamment lorsqu'elle atteint la motilité.

⁵ *Les Caractères*, première édition 1688

⁶ Dans sa pièce de théâtre *Le distrait* (1697),

Dans son ouvrage⁷, il décrit ainsi les symptômes de l'excès d'activité : « la prédominance des systèmes sanguins et musculaire...donne aux idiots un besoin de mouvement, d'activité, d'agitation, qui emprunte à leur infériorité physiologique et intellectuelle les formes les plus excessives et les plus dangereuses, les mouvements les plus excentriques et les plus désordonnés. Marcher, monter, descendre, courir, sauter, gravir, casser, déchirer, couper, mordre, tels sont leurs moyens perpétuels de dépenser l'excès d'innervation qui les agite ...».

On observe que l'hyperactivité de l'enfant est ici considérée comme un symptôme possible de l'idiotie.

1.2.2 L'hyperactivité : une forme de folie

A la même époque, plusieurs psychiatres aliénistes soutiennent l'existence de la **manie** chez l'enfant comme chez l'adulte :

✚ **W. Griesinger**⁸ introduit le terme d'instabilité pour les adultes. Il parle, par contre, de manie chez l'enfant « irascible, querelleur, porté à la destruction ».

✚ **P. Moreau de Tours**⁹ définit la manie comme « constituée par un délire général, avec loquacité, incohérence, surexcitation intellectuelle, conceptions délirantes. Les mouvements sont brusques, tumultueux, incessants. Les malades crient, courent, rient, chantent, brisent, déchirent, se déshabillent, et tout cela sans but, sans discernement».

L'hyperactivité de l'enfant correspond alors à un accès maniaque, manifestation d'une forme de folie.

1.2.3 L'association d'une instabilité physique et mentale

C'est en 1892 qu'apparaît le concept d'**instabilité mentale chez l'enfant** dans la thèse de **C. Boulanger**. Il décrit chez les enfants instables une incapacité à fixer leur attention, à s'attacher à quoi que ce soit, ils sont sans cesse dans des écarts de conduite que C. Boulanger distingue de la « perversité des instincts ».

⁷ Seguin, E., Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés, 1846, P.147

⁸ Griesinger W., Traité des maladies mentales traduit en français en 1865

⁹ La folie chez les enfants, 1888, p. 294-295

En 1905, son professeur **D.M Bourneville** précise les caractéristiques de l'instabilité¹⁰ et établit des distinctions importantes, notamment avec l'indiscipline. « L'instable ne peut s'arrêter à rien, les impressions qu'il reçoit des sens se succèdent, faute d'attention, avec une telle fugacité, qu'elles ne donnent lieu à aucune idée persistante...chez l'instable, une impression chasse l'autre. S'il remue en classe, c'est parce qu'il ne peut rester immobile ; son instabilité physique va de pair avec son instabilité mentale. »

Le terme d' « instabilité » chez l'enfant naît alors: elle se manifeste dans sa motricité et dans ses pensées (faute d'attention). Elle est encore comprise comme une arriération mentale.

1.3 L'instabilité : une dysharmonie de développement

1.3.1 Regard des courants médico-pédagogiques

En France, à la suite des lois Ferry de 1881 et 1882, qui rendent l'école obligatoire pour les enfants de 6 à 13 ans, se développent les courants médico-pédagogiques. Ils portent une attention particulière aux enfants les moins adaptés à la scolarité, notamment les instables.

En 1905 **J. Philippe et G. Paul-Boncourt** dans leur ouvrage sur les écoliers mentalement anormaux¹¹ font le portrait de l'instable: sa difficulté en classe ne vient pas d'un manque de discipline mais bien d'une incapacité à fixer son attention, d'une impulsivité et d'une absence de règles à son activité. Il est instable sur le plan des comportements mais aussi au niveau de ses sentiments « tantôt haineux...tantôt dévoués » et de ses amitiés. Ils adoptent le terme de « chorée mentale » (Demoor, 1901) pour qualifier la « mentalité de dévergondage » de l'instable. Ils parlent de « dysharmonie » dans leurs capacités puisque ces enfants sont parfois très brillants, parfois « nuls ».

En 1923, **G. Vermeylen** (Belgique), à l'aide de bilans psychologiques, soutient que certains débiles sont harmoniques (leur débilité est permanente), et d'autres tels que les émotifs, les instables et les sots sont dysharmoniques. Il est parmi les premiers à formuler l'hypothèse d'un retard de maturation chez l'instable.

L'enfant instable qui n'est ni un enfant sot, ni indiscipliné est qualifié de « dysharmonique » à cause de la discontinuité de ses performances scolaires. Nous observons aussi une manifestation de l'instabilité dans la sphère affective.

¹⁰ Bourneville, D.M., Les enfants anormaux au point de vue intellectuel et moral, 1905, p. 18

¹¹ Philippe, J. & et Paul-Boncourt G., Les anomalies mentales des écoliers, 1905, p.46

1.3.2 Regards psychomoteurs

Le parallèle psychomoteur entre manifestations motrices et mentales (développé dans le passé par E. Dupré dans le syndrome de débilité) est repris pour unir l'agitation motrice aux troubles de l'attention dans un même syndrome dit d' « instabilité psychomotrice ».

Le concept d' « instabilité psychomotrice » confirme l'existence d'une dysharmonie entre les aptitudes intellectuelles, motrices et affectives.

1.3.2.1 L'instabilité « posturo-psychique »

En 1925, **H. Wallon** psychologue, pédagogue et neuropsychiatre, s'impose dans le domaine avec sa thèse organique sur « L'enfant turbulent ». Il s'intéresse aux caractéristiques neurobiologiques, mais également à l'influence de l'environnement social, éducatif, émotionnel dans le comportement de l'enfant instable. H. Wallon comprend cette turbulence comme résultant d'un arrêt du développement psychomoteur. L'instabilité psychomotrice peut apparaître sous différentes formes :

- ✚ Motrices (anomalie de régulation tonique, déséquilibre postural, chorée)
- ✚ Cognitives (trouble de la fixation sensorielle et des représentations mentales)
- ✚ Comportementales (impulsivité, incontrôle émotionnel, écarts de conduite)

H. Wallon note plusieurs types d'instabilités qui se distinguent les unes des autres par le degré de désorganisation psychocorporelle. L'instabilité « posturo-psychique »¹² est celle qui s'apparente le plus à la conception actuelle du trouble de l'instabilité psychomotrice.

Les enfants concernés par cette dernière présentent une agitation permanente - « incontinence posturale » - même à l'endormissement. Ils manifestent des troubles de l'attention et malgré un comportement de « vantardise fabulatrice », ils sont souvent anxieux (avec des réactions de prestance visibles).

¹² Wallon, H., L'instabilité posturo-psychique chez l'enfant, 1963, pp. 163-171

L'enfant « instable posturo-psychique » recherche sans cesse une unité : « à ce sentiment intime d'insuffisance il paraît vouloir chercher des compensations gesticulatoires et verbales»¹³.

1.3.2.2 Les « instables psychomoteurs purs »

Dans les années 40, le médecin **A.M. Chorus** (Pays Bas) s'intéresse au rythme personnel des enfants instables, notamment dans leur travail.

Il clarifie le profil des enfants « instables psychomoteurs purs » qui n'ont ni arriération mentale ni signe physique susceptibles d'expliquer leur instabilité. Leur personnalité, leurs activités motrices, mentales et leurs affects sont « pénétrés de ce désordre chaotique et manquent d'unification et de détermination»¹⁴.

1.3.2.3 Les troubles de l'attention proviennent de l'impulsivité et de l'hyperactivité

A la même époque, la psychologue **J. Abramson**¹⁵, dans son *Etude des processus attentionnels*¹⁶, rappelle les stades de développement normal de l'attention chez l'enfant :

- ✚ Entre 3 et 6 ans, il apprend à inhiber (acte psychomoteur qui suspend les mouvements).

- ✚ Entre 5-6 ans, l'enfant a la maturité affective suffisante ; l'effort d'attention n'est plus sous le seul joug de la motivation.

¹³ Wallon, H., op. cité p. 170

¹⁴ Chorus, A.M., L'évolution de la naissance à la puberté, 1942, pp. 473-481

¹⁵ Abramson, J., *L'enfant et l'adolescent Instables*, 1940

¹⁶ Abramson, J., *Etude des processus attentionnels*, 1940, p.208

Ces acquisitions font défaut chez l'enfant instable dont l'attention est en « dépression constante »¹⁷ :

- ✚ L'enfant instable présente au contraire un défaut d'inhibition de ses mouvements. Son incapacité à rester immobile (condition nécessaire à l'attention) explique sa distractibilité.
- ✚ A l'entrée à l'école, le manque de maturité affective (J. Abramson parle d' inquiétude affective) le rend dépendant de l'intérêt immédiat d'une tâche. de l'enfant instable se manifeste par une impulsivité, « inquiétude motrice ».

J. Abramson comprend l'impulsivité (en lien avec une immaturité affective) et l'hyperactivité comme la cause de l'inattention. Nous savons aujourd'hui que cette théorie est fortuite.

1.4 L'instabilité, un trouble neurologique ou environnemental

1.4.1 Regard psychopathologique de la psychiatrie: l'instabilité, une dysharmonie de la personnalité

A la fin du 19^{ème}, **E. Kraepelin** (Allemagne) appliquait la terminologie de « psychopathes sans repos » aux adolescents présentant une irritabilité, une activité désordonnée et une incapacité d'inhibition.

Dans les années 20, **F. Kramer** (Allemagne), définit la structure psychopathique de l'instable par « une faiblesse de volonté, une affectivité superficielle et volage, une incapacité à poursuivre un effort, une hypersensibilité et une hyperémotivité, une profonde dépression sous-jacente...un sentiment de luxe (qui aurait pour origine un sentiment d'insuffisance) »¹⁸.

L'instabilité de l'enfant est ici considérée comme une psychopathologie. C'est une forme de personnalité psychopathique ; l'enfant instable peut être émotif (passif) ou actif (dangereux). Cette vision ne prend pas en considération les troubles neurologiques.

1.4.2 Les instabilités réactionnelles et les instabilités constitutionnelles

Vers 1950, **G. Heuyer** et **S. Lebovici** mettent en avant le rôle de l'environnement et le poids de ses carences (matérielles et affectives) dans le développement de certains enfants instables.

¹⁷ Abramson, Op. cité p. 206

¹⁸ E. Kramer cité par Quartier, V., Du développement de la temporalité dans les hyperactivités de l'enfant, 2008, p.15

Pour **L. Michaux**, même si les instables se caractérisent par leur dimension affective, émotive et impulsive, ils se distinguent par l'origine de leur instabilité :

- ✚ Certains présentent une instabilité « constitutionnelle », d'origine neurologique. Un accompagnement pédagogique est alors conseillé.
- ✚ D'autres ont une instabilité tardive (acquise), d'origine environnementale. C'est le cas des psychopathes et des délinquants. Un accompagnement psychothérapeutique est préféré.

L'instabilité peut être neurologique ou réactionnelle c'est-à-dire le symptôme d'un mode de fonctionnement psychique qui s'est construit en interaction avec l' environnement.

1.4.3 L' « instabilité psychomotrice » et « l'instabilité affectivo- caractérielle »

Dans les années 70, le neuropsychiatre et psychanalyste **J. de Ajuriaguerra** poursuit la pensée de L. Michaux en considérant que l'enfant instable se situe sur un continuum entre deux catégories d'instabilités ;

- ✚ L' instabilité « sub-choréïque » ou « instabilité psychomotrice ».
C'est une instabilité d'origine endogène, qui se manifeste partout. « Ce mode d'être moteur, normal à une certaine période de la vie, devient pathologique lorsqu'il persiste. On peut le considérer jusqu'à un certain point comme constitutionnel, soit qu'il s'agisse d'un excès de besoin de mouvements, soit d'une incapacité à les inhiber. »¹⁹

¹⁹ Ajuriaguerra, J.de , « Manuel de psychiatrie de l'enfant»,1973,p.279-280

- ✚ Une catégorie d' instabilités « affectivo-caractérielles»²⁰ développées en réaction à l'environnement relationnel précoce.

«Elles sont davantage en relation avec les situations du milieu dans lequel (ces enfants instables) vivent et le développement de leur personnalité. Ils feraient plus que les précédents, preuve d'intentionnalité et de direction dans leur agressivité et leur impulsivité. Ce type d'instabilité doit être mis en rapport avec des désordres de l'organisation de la personnalité survenus à un âge précoce ».

J. de Ajuriaguerra pose ainsi la théorie actuelle de l'instabilité psychomotrice, d'origine neurologique qui doit se distinguer des instabilités construites en réaction avec le milieu.

1.5 Regard psychanalytique de la psychiatrie

Les théories psychanalytiques sont en continuité avec la conception psychopathologique de l'instabilité. Aux yeux des psychanalystes, l'instabilité de l'enfant s'est construite par réaction à son environnement précoce. Elle a valeur de sens pour l'enfant, valeur d'expression de ce qu'il n'arrive pas à dire.

1.5.1 Une défaillance des enveloppes psychique et corporelle

En 1962, le pédiatre et psychiatre **D. Winnicott** (Angleterre) propose la théorie de « holding défectueux » pour expliquer l'instabilité. Le « holding » qualifie tous les soins maternels à l'origine de la construction du « Moi » du bébé. L'enveloppe psychique du bébé se dessine progressivement par intériorisation des relations objectales précoces c'est-à-dire les relations à sa mère. En cas de carence de « holding », le bébé risque de ne pas éprouver « le sentiment de continuité de l'existence »²¹ : il vit une insécurité psychique.

Dans ce cas, la présence de l'autre peut être vécue comme un traumatisme ou une excitation, c'est le cas de l'enfant instable.

En 1985, **J. Bergès** établit un lien entre l'hyperactivité et la défaillance au niveau des enveloppes corporelles ; « Les enfants ne sentent pas leur hyperkinésie pour cette excellente raison que cette activité incessante sert de « senti », de « vécu », de « frontière ».

²⁰ Joly, F., *L'enfant hyperactif*, 2008, p.83

²¹ Joly.F *L'enfant hyperactif*, 2008, p. 102

L'agitation apparaît (...) comme une quête incessante des limites, des frontières, la place du corps agissant étant très problématique ou impossible à intégrer comme tel.»²²

1.5.2 L'instabilité motrice en réponse à une « angoisse de mort »

J. Bergès parle de la motricité comme une manifestation du corps à valeur symbolique, notamment dans l'imaginaire des parents. Il parle de la motricité comme une « anti-mort »²³. Il explique la réponse précoce d'instabilité chez l'enfant par un état dépressif de la mère qui se lève la nuit, réveille l'enfant et interroge sa vivacité pour s'assurer qu'il est vivant. L'auteur établit ainsi un lien entre l'instabilité et l'angoisse de mort ; « c'est pour lutter contre la pulsion de mort et la perte éventuelle, et les souhaits de mort, que l'enfant s'agite aussi : tant qu'il bouge, il n'est pas mort »²⁴.

D'autre part, une mère vigilante à l'excès vis-à-vis des faits et gestes de son enfant peut le priver d'anticipation de ses propres mouvements. En le regardant comme un mobile à surveiller, elle ne peut pas être à l'écoute, ce qui peut conduire l'enfant à manifester une instabilité motrice comme moyen d'expression.

C'est pourquoi pour J. Bergès, la thérapie ne doit pas se borner à poser des limites à l'enfant instable : il faut aussi lui donner la place de parler.

1.5.3 L'instabilité motrice comme moyen d'expression

Pour J. Bergès, les troubles de l'attention, la précipitation dans l'action, ainsi que les troubles de l'organisation spatio-temporelle peuvent :

- ✚ Révéler la présence de non-dits (autour de son origine et de ses liens de parenté).
- ✚ Etre un moyen d'expression vis-à-vis de ce que l'enfant n'arrive pas à mettre en mot. c'est la motricité qui vient remplacer les mots, que l'on n'a jamais écoutés. Parce que l'enfant instable ne met pas de parole sur son agitation, elle n'a pas de sens aux yeux de l'adulte, et est vu comme insupportable. Or plus l'adulte interprète ainsi le comportement de l'enfant hyperkinétique, moins l'enfant est entendu.

²² Bergès J., Le corps dans la neurologie et dans la psychanalyse, 2005

²³ Bergès J., « Les enfants hyperkinétiques », 2010, p. 39-56.

²⁴ ibid

1.5.4 L'instabilité comme symptôme de la pathologie limite

En continuité avec les théories précédentes, le pédopsychiatre et psychanalyste **R. Misès** a récemment proposé la théorie de l'instabilité comme un symptôme psychomoteur possible de l'organisation limite chez l'enfant.

L'organisation limite se manifeste par à l'absence de structure psychique. Elle provient d'un vécu traumatique précoce chez l'enfant qui a éprouvé de manière répétée un sentiment d'insécurité, d'abandon de la part de son environnement. Face à un « défaut de bons objets porteurs de réassurance »²⁵, la pensée de l'enfant va difficilement s'élaborer, d'où une difficulté à symboliser, et à penser sa mère absente. Ce défaut d'intériorisation empêche une affirmation de soi à travers l'exercice de la pensée et est à l'origine d'une absence d'amour de soi.

En ce qui concerne l'enfant instable, R. Misès s'accorde avec la théorie de J. Bergès qui parle de l'emprise maternelle excessive sur la vie de son enfant. Celle-ci empêche l'enfant de se séparer même symboliquement de sa mère, et donc d'accéder à sa propre identité et à un plaisir personnel (par l'auto-érotisme).

M. Berger²⁶ avait également souligné la difficulté de l'enfant instable à rentrer en relation avec l'objet. Pour lutter contre un manque profond de sécurité interne l'enfant instable construit des relations anaclitiques aux objets. Cela transparaît dans ses jeux qu'il peine à investir et dans ses relations aux autres, il rompt les liens à autrui de manière répétée puis reprend contact en exerçant sa toute puissance. Il s'agit d'un mode de « satisfaction transitoire, éphémère, qui ne conduit nullement à un lien durable »²⁷.

En effet, pour lutter contre la soumission à sa mère, l'enfant reproduit en miroir ses mêmes conduites d'omnipotence, par des comportements envahissants. Ceux-ci lui donne l'illusion de dominer l'adulte (qui doit sans cesse surveiller les effets de l'instabilité par peur d'une mise en danger), adulte qu'il « utilise » pour nourrir son estime de soi.

²⁵ Misès. R, L'enfant hyperactif, 2008, p. 50

²⁶ Berger. M, L'enfant hyperactif, 2008, p. 102

²⁷ ibid

L'enfant instable éprouve en effet un sentiment profond de vide interne, et son ébauche narcissique est sans cesse menacée par l'intrusion d'autrui. L'instabilité se développe véritablement comme un mécanisme de protection.

Selon **R. Diatkine** (1985), l'instabilité agit comme une défense maniaque contre une angoisse de dépression au travers d' « activités dévitalisées et stéréotypées »²⁸.

Pour conclure le chapitre sur la théorie de l'école française, nous retenons que l'instabilité psychomotrice est à ses yeux, porteuse de sens, elle correspond à un mécanisme de défense contre des angoisses archaïques.

1.6 Développement des Approches neurologiques

En parallèle des travaux réalisés sur l'instabilité psychomotrice, se développe une théorie cognitive dans les pays anglo-saxons, qui mettent en cause un dysfonctionnement neurologique.

1.6.1 La naissance de la théorie organiciste

Dans les années 20, le neurologue autrichien **C. Von Economo** poursuit la première théorie organiciste du trouble de l'instabilité formulée par G. Still en 1902. Il conduit une étude sur les enfants victimes d'une épidémie d'encéphalite léthargique qui sévit dans le monde. Ces enfants présentent un tableau d'instabilité ; ils présentent des mouvements incessants, une incapacité à se concentrer, des troubles mnésiques et une inadaptation sociale. Cette instabilité est appelé « **hyperkinésie** » pour la première fois en 1921 par analogie aux troubles observés chez les adultes.

A la même époque, **C. Bradeley**, médecin américain travaille auprès d'enfants souffrant des séquelles de cette même épidémie et d'enfants instables en échec scolaire. Après avoir observé des similitudes entre ces deux types de patients, il applique le **traitement amphétaminique** (la benzédrine) des enfants cérébro-lésés aux enfants instables. A la vue de l'amélioration nette du tableau clinique chez ces enfants instables qui peuvent enfin se concentrer, dès 1937, C. Bradeley soutient la **théorie de l'organogenèse** du trouble de l'instabilité.

²⁸ ibid

A partir de ces observations, les recherches anglo-saxonnes vont nettement s'orienter vers des théories organicistes pour valider la cause neurologique du trouble de l'instabilité, ce qui accroît la divergence d'opinion entre les travaux américains et européens.

1.6.2 De la lésion cérébrale minimale au « MBD »

En 1947, la lésion cérébrale hypothétique est appelée « **lésion cérébrale minimale** » : les troubles attentionnels, perceptifs, cognitifs et moteurs sont dus à un déficit neuropsychologique.

En 1957, le psychiatre **L. Eisenberg** décrit le « **syndrome hyperkinétique** » comme ayant pour symptômes l'hyperactivité, un faible niveau d'attention, des difficultés d'apprentissage scolaire et une labilité émotionnelle, mais dont la cause organique ne pourrait pas toujours être démontrée.

Dès cette époque, le « syndrome hyperkinétique » comporte les mêmes symptômes que le TDA/H.

En 1962, le type de lésion mise en cause n'étant toujours pas prouvé, on ne parle plus de lésion mais de « **Dysfonctionnement cérébral à minima** » ou MBD (« minimal brain dysfunction »). Ce terme qualifie l'anomalie fonctionnelle des enfants instables avec une intelligence normale ayant des troubles psychomoteurs et des troubles de l'apprentissage.

1.6.3 L'hyperactivité, cause des troubles de l'attention

C'est à partir de 1968 que l'hyperkinésie fait l'œuvre d'un véritable diagnostic. Le DSM²⁹- II définit la réaction hyperkinétique de l'enfance comme un trouble développemental d'évolution favorable, c'est-à-dire prédominant chez les jeunes et diminuant à l'adolescence. Les symptômes sont l'hyperactivité, l'agitation, la distractibilité et l'inattention. L'inattention et la distraction sont à ce moment considérées comme conséquence de l'agitation et de l'hyperactivité.

²⁹ DSM-II: deuxième version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Il est l'oeuvre de la société américaine de psychiatrie et comporte plusieurs versions en lien avec l'avancée des recherches. La première version date de 1952 mais ne faisait aucune mention de ce trouble.

1.6.4 L'hyperactivité, conséquence des troubles de l'attention

A Montréal, dans les années 70, la psychologue **V. Douglas** renverse les théories passées en stipulant que les troubles de l'attention ne sont pas la conséquence mais au contraire la cause du comportement moteur d'hyperactivité (ce terme remplace dorénavant celui d' « hyperkinésie ») et d'impulsivité.

En 1980, le DSM-III introduit alors le trouble déficitaire de l'attention (TDA). Ce trouble comporte les symptômes toujours présents d'inattention et d'impulsivité et s'accompagne ou non d'une hyperactivité. Le DSM-III note l'existence d'une forme résiduelle présente chez les adultes qui ont perdu le symptôme d'hyperactivité pourtant présent dans leur enfance, mais chez qui persistent une inattention et une impulsivité.

En 1987, le DSM-III-R souligne l'importance de l'hyperactivité dans le trouble et parle dorénavant de trouble d'hyperactivité avec déficit d'attention (THADA) où l'hyperactivité est incluse dans la catégorie de comportements perturbateurs (au même titre que les troubles des conduites et le trouble oppositionnel avec provocation).

Les différents courants de pensée, vus précédemment, ont contribué à enrichir la compréhension du trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité et sont à l'origine des diagnostics actuels.

2. Le diagnostic du trouble attentionnel avec ou sans hyperactivité selon les classifications actuelles

Trois grandes classifications traitent du trouble attentionnel avec ou sans hyperactivité. Les comorbidités et diagnostics différentiels de ce trouble sont regroupés (afin d'éviter les répétitions) dans le chapitre du DSM-IV qui semble avoir le diagnostic le plus complet.

2.1 Selon la Classification Française des Troubles mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent³⁰

Pour la CFTMEA, les troubles de l'attention seuls (correspondant au TDA), appartiennent à la classe des « troubles cognitifs et des acquisitions scolaires ».

L'association hyperkinésie et troubles de l'attention (correspondant au TDAH), appartient par contre aux « troubles des conduites et des comportements ».

Elle correspond au syndrome d' « instabilité psychomotrice » qui se caractérise par :

- ✚ un versant psychique, avec une difficulté à fixer son attention, un manque de constance dans les activités, une certaine impulsivité
- ✚ un plan moteur caractérisé par une hyperkinésie ou une agitation motrice anormale compte tenu de l'âge de l'enfant.

La classification précise que ces troubles peuvent disparaître ponctuellement, en relation duelle ou lors d'une situation nouvelle.

2.2 Selon la CIM-10³¹

La CIM-10, publiée en 1992 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) inclut le trouble hyperkinétique dans la catégorie des « troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence ».

En dehors du champ de la schizophrénie, des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, et des troubles envahissants du développement, la CIM-10 retient différentes formes cliniques de l'hyperkinésie :

- ✚ une forme caractérisée par une perturbation de l'attention et de l'activité (celle qui nous intéresse dans ce mémoire),
- ✚ une forme hyperkinétique associée à des troubles de la conduite,

³⁰ CFTMEA

³¹ dixième révision de la Classification Internationale des Maladies

- ✚ des formes diverses d'hyperkinésie seule sans trouble attentionnel ni trouble des conduites.

2.3 Le diagnostic TDA/H du DSM-IV

En 1994, le DSM-IV confirme l'unicité des symptômes au sein d'un même trouble dit trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H en français traduit de l'anglais ADHD). De même que la CIM-10, le DSM-IV présente l'hyperactivité comme trouble majeur.

Le diagnostic TDA/H présente trois formes cliniques selon la prédominance du symptôme d'inattention ou au contraire d'hyperactivité/ impulsivité. Ce diagnostic est définitivement exclu de la catégorie des comportements perturbateurs.

Notons que la dernière version du DSM est actuellement en révision et comporterait une modification des critères diagnostiques notamment à l'adolescence.

2.3.1 Les Critères diagnostiques du TDA/H

Le DSM-IV a le mérite de poser un diagnostic clair et complet. Un enfant est diagnostiqué TDA/H s'il répond aux différents critères ci-dessous ;

✚ Critère (A1)

Un enfant est diagnostiqué TDA/H à dominance trouble attentionnel si au moins six des symptômes d'inattention (notés ci-dessous) se produisent avant l'âge de sept ans et persistent sur une durée minimale de six mois, à un degré inadapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant.

Le plus souvent, un enfant avec un **trouble attentionnel** :

- Ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, ou d'autres activités
- A du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux,
- Semble ne pas écouter quand on lui parle personnellement,
- Ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs, scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (sans égard au comportement d'opposition ni l'incapacité de comprendre les consignes)
- A du mal à organiser ses travaux ou ses activités,
- Evite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison),
- Perd les objets nécessaires à son travail ou ses activités,
- Se laisse facilement distraire par des stimuli externes,
- A des oublis dans la vie quotidienne.

Critère (A2)

Un enfant est diagnostiqué TDAH à dominance trouble hyperactif si au moins six des symptômes (notés ci-dessous) d'hyperactivité/impulsivité se produisent avant l'âge de sept ans et persistent sur une durée minimale de six mois, à un degré inadapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant.

La plupart du temps, un enfant **hyperactif**;

- Remue les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège,
- Se lève en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis,
- Court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié,
- A du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir,
- Est "sur la brèche" ou agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts",
- Parle souvent trop.

La plupart du temps, un enfant **impulsif**;

- Laisse échapper la réponse à une question non-complète,
- A du mal à attendre son tour,
- Interrompt les autres ou impose sa présence.

✚ **Critère (B)** Certains des symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans.

✚ **Critère (C)** Un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes est présent dans deux ou plus de deux types d'environnement différents (par exemple école, travail, maison).

✚ **Critère (D)** On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

✚ **Critère (E)** Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours du trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie, ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif ou trouble de la personnalité).

Il existe trois sous-types cliniques ; le déficit de type mixte (A1 et A2 sont satisfaits), le déficit de type inattention prédominante (A1 satisfait), le déficit hyperactivité/impulsivité prédominantes (A2 satisfait).

2.3.2 Les comorbidités du TDA/H

La comorbidité correspond à la présence simultanée de deux troubles, sans qu'ils aient forcément un lien de causalité. Les troubles comorbides avec le TDA/H vont donc compliquer le tableau clinique.

Selon une étude américaine³² réalisée en 1999, 87% des enfants diagnostiqués avec TDA/H ont une comorbidité ;

✚ Psychiatrique ; 38% ont des **Troubles de l'humeur** (dépression, faible estime de soi, maladie bipolaire, ...) et troubles anxieux, très en lien avec les antécédents familiaux. Environ 25% des enfants atteints d'instabilité psychomotrice présentent un trouble anxieux³³. D'après le pédopsychiatre M. Lecendreux,³⁴ ces enfants très sensibles et conscients de leur différence sont en réelle « souffrance » et fuient les situations de mise en échec. Souvent exclus, punis, non valorisés, ils peuvent vivre des périodes de forte dépression marquées par une perte de plaisir et un repli sur soi.

L'anxiété a un impact sur le TDA/H puisque peut engendrer « des troubles de l'attention ou des perturbations au niveau de la mémoire³⁵ ».

✚ Névrotique : 11% ont des **Troubles obsessionnels compulsifs** (TOC), ou des **Tics** ; Les TOCS sont des comportements ou des rituels qui visent à diminuer l'anxiété de l'enfant. Les tics sont des mouvements involontaires qui peuvent être présents sur tout le corps notamment au niveau du visage ; certains peuvent être vocaux (comme la maladie Gilles de la Tourette).

✚ Comportementale :

- 40% des enfants TDA/H présentent des **Troubles Oppositionnels avec Provocation** (TOP) ; ils se manifestent surtout par des comportements répétitifs de désobéissance.
- 14% des enfants TDA/H ont des Troubles de la conduite ; ils constituent la complication la plus sévère du TDA/H (plus sévères que les TOP) ; l'enfant au-delà d'un comportement d'opposition à l'autorité, est délibérément agressif envers autrui³⁶.

³² Jensen et al., "Are stimulants overprescribed? Treatment of ADHD in four U.S. communities", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1999, 38(7), pp.797-804

³³ J. Corraze et J.M Albaret (1996, p.84)

³⁴ Lecendreux, M., *L'hyperactivité TDA/H*, 2007, p.85

³⁵ Thomas, J. et Willems, G., *Trouble de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant*, 1997, p. 162

³⁶ <http://www.TDA/Hquebec.com>

Les enfants TDA/H sont plus vulnérables à la survenue de troubles du comportement ; ils présentent un non-respect des règles sociales, une humeur labile avec des crises de colère, une agressivité envers autrui (avec parfois une absence de culpabilité). Ces troubles contribuent à la dégradation du climat relationnel de l'enfant, donc à son exclusion et peuvent se compliquer en troubles antisociaux (délinquance, dégradations, agressions...).

La comorbidité avec les **Troubles des apprentissages** n'est pas mise en évidence dans cette étude mais pourtant bien présente.

Les Troubles des apprentissages correspondent à une difficulté voir une incapacité d'automatisation et d'acquisition des connaissances dans le langage oral ou écrit, la lecture, les mathématiques.

Ces troubles, sources d'échec scolaire, sont étroitement liés à une perturbation de l'attention et à une difficulté à conserver les informations et à les organiser dans la mémoire.

Le TDA/H peut accompagner ;

✚ Les troubles spécifiques des apprentissages notamment la dyslexie et la dyscalculie.
En effet « les troubles spécifiques du langage écrit ou du calcul sont présents chez 20% des hyperactifs »³⁷.

✚ Les troubles « partiels »³⁸ des apprentissages ;

- Un trouble du langage oral (dysphasie). Les enfants rencontrent notamment des difficultés dans l'épreuve du résumé ; c'est-à-dire à organiser une histoire de façon séquentielle, à distinguer les éléments importants des détails.
- Une dyspraxie (telle que la dysgraphie); l'enfant a des difficultés à programmer et automatiser des coordinations motrices.
- Une précocité intellectuelle ; ces enfants au quotient intellectuel élevé (QI supérieur à 130), ont tendance à s'ennuyer à l'école donc à avoir une attention labile.

³⁷ M. Lecendreux, L'hyperactivité TDA/H, Paris, 2007 p.145

³⁸ D.Houzel, M.Emmanuelli et F.Moggio, Dictionnaire de la psychopathologie de l'enfant, 2000, p. 61

- L'enfant avec TDA/H peut également rencontrer des troubles d'ordre somatique ;
- Des **Troubles du Sommeil**³⁹. Ils ont alors des difficultés à s'endormir, des agitations motrices dans leur sommeil, et peuvent se réveiller la nuit. Ces troubles sont à l'origine d'une fatigue mentale qui perturbe la mémoire et les capacités attentionnelles lors des situations d'apprentissage.
- Des **Troubles encoprésiques et énurétiques**

2.3.3 Les diagnostics différentiels

Un enfant est diagnostiqué TDA/H lorsqu'on a exclu :

Les Troubles constitutionnels :

- + le *retard mental*
- + certains *déficits sensoriels* (troubles visuels et auditifs)
- + les *pathologies somatiques* ; génétique (comme la maladie x fragile), neurologiques (épilepsie, encéphalopathie..)
- + les *troubles psychiatriques* ; troubles anxieux, autisme et TED (troubles envahissants du développement)

Les Troubles secondaires;

- + affectifs :
 - *Carence éducative* ; les troubles du comportement de l'enfant peuvent être réservés au milieu familial.
 - *Dépression de l'enfant* ; l'enfant présente en plus une tristesse de l'humeur, une perte d'intérêt.
 - *TOC* ; les troubles attentionnels résultent d'idées obsédantes.

³⁹ Thomas, J., Willems, G., Troubles de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant, 2001, p.119

✚ d' inadaptation scolaire ou troubles des apprentissages :

- *Les troubles dits « multi-dys »*
- *La Précocité intellectuelle*

Les Troubles oppositionnel avec provocation (TOP)

Les Troubles des conduites

3. Outils de compréhension du profil clinique d'un enfant avec TDA/H

3.1 Le recueil d'informations par diverses intervenants

3.1.1 L'entretien médical

????????????????????

« La consultation doit débiter par une reconstitution de l'anamnèse, à la recherche d'antécédents médico-psychologiques, de carences affectives ou d'affections parentales somatiques ou psychiques, tandis qu'elle précise l'histoire du trouble. ⁴⁰ »

L'examen clinique permet ensuite d'éliminer les diagnostics différentiels d'affection neurologique ou génétique et mettre en évidence les signes neurologiques mineurs de retard de maturation, fréquents chez ces enfants (tels que les syncinésies, un maintien de l'équilibre précaire...).

3.1.2 L'entretien psychologique et évaluation neuropsychologique

L'entretien par le psychologue permet d'évaluer le retentissement du trouble de l'enfant, sur sa propre personnalité, dans la vie familiale, en explorant les modes de relations intra-familiales et les éventuels antécédents psychologiques ou psychiatriques des parents.

⁴⁰ O. Revol, P. Fourneter, *Approche diagnostic d'un enfant instable*, 2002, p.1-6

Le psychologue (ou neuropsychologue) évalue le QI de l'enfant (test WISC-IV⁴¹) pour éliminer le diagnostic différentiel de retard mental, évaluer la qualité de ses ressources attentionnelles, et son niveau d'impulsivité. Chez l'enfant avec TDA/H, on observe souvent une dysynchronie des compétences avec un surinvestissement des compétences non verbales par rapport aux compétences verbales. La mémoire de travail et la vitesse de traitement des informations sont souvent défailantes.

3.1.3 Entretiens et évaluations en orthophonie et psychomotricité

L'entretien et l'évaluation en orthophonie viennent compléter les observations dans la sphère des capacités d'apprentissage de l'enfant et particulièrement celle du langage oral et écrit. Nous verrons dans la partie discussion l'atout de l'entretien et du bilan en psychomotricité dans la compréhension clinique du trouble.

3.1.4 Le recueil différé d'informations

Les symptômes ne se manifestent pas forcément pendant le premier entretien, car cette situation nouvelle suscite davantage l'attention de l'enfant que ses activités quotidiennes en famille ou à l'école. Les questionnaires de comportements remplis par les parents et les enseignants sont donc indispensables ; c'est le cas de l'échelle de Connors qui les interrogent sur le niveau d'attention, d'agitation, et l'instabilité d'humeur de l'enfant.

Ces différentes informations recueillies permettent de clarifier le diagnostic, et distinguer une cause davantage neurologique (les symptômes sont permanents) ou plutôt réactionnelle (les symptômes varient d'intensité selon l'environnement de l'enfant, et l'activité).

3.2 Une prise en charge globale

3.2.1 La prescription médicamenteuse⁴²

⁴¹ Echelle d'intelligence de Wechsler pour enfants et adolescents

⁴² Service des bonnes pratiques professionnelles HAS, Note de cadrage, Décembre 2012

La prescription du méthylphénidate (Ritaline®, Concerta®, Quasym®) répond à l'hypothèse d'un dysfonctionnement neurologique des troubles de l'attention. Sa nécessité est évaluée en fonction de l'évaluation de plusieurs intervenants (parents, éducateurs, médecins) de l'intensité et du caractère invalidant du TDA/H et est confirmée par un examen neuropsychologique.

Ce médicament est un psychostimulant, appartenant à la classe des amphétamines dont les effets ont été découverts auprès des enfants instables en 1937.

Elle agit sur la substance réticulée, modifiant l'équilibre de certains neurotransmetteurs, et augmente les seuils de vigilance. Son action est motrice (il régule l'activité), sociale (régule les humeurs, l'agressivité, permet un contrôle de soi), et cognitive (il augmente l'attention sélective, diminue l'impulsivité, active la planification, et améliore la qualité et quantité du travail scolaire). Ce médicament n'est pas curatif puisque les troubles reviennent dès l'arrêt du traitement.

En France, autorisé depuis 1995, il peut être prescrit à partir de 6 ans à un enfant présentant un « syndrome hyperkinétique ».

Ce traitement est efficace à 70% sur les enfants diagnostiqués TDAH mais peut provoquer des effets indésirables tels que l'insomnie, la diminution de l'appétit, les céphalées et les douleurs abdominales.

Plusieurs thérapeutes à tendance psychanalytique notamment M. Bounes Bergès, sont réticents à cette médicalisation et reprochent « l'économie de la parole » de cette prise en charge médicale. De ce fait, la Haute autorité de Santé⁴³ (HAS) rappelle l'origine neuro-développementale et multifactorielle du trouble, d'où la nécessité d'une prise en charge globale (médicale, paramédicale et éducative).

3.2.2 Les intervenants paramédicaux

Les informations obtenues précédemment sur l'enfant permettent d'établir ces besoins thérapeutiques et en rééducation.

⁴³ ibid

Il pourra bénéficier d'une prise en charge :

- ✚ En psychothérapie selon la répercussion du trouble sur son estime de soi, ses relations, sur la qualité de vie en famille, à l'école,
- ✚ En orthophonie si le TDA/H s'associe à des troubles du langage et des apprentissages,
- ✚ En psychomotricité

4. Les théories cognitivistes actuelles

Pour comprendre la notion de troubles attentionnels, il est important de dépasser le sens commun selon lequel l'attention serait uniquement « la capacité de concentrer volontairement son esprit sur un objet déterminé »⁴⁴. Si c'était le cas « manquer d'attention » signifierait « manquer de volonté ». Or, les enfants TDA/H ne font pas exprès d'être inattentif ou agité, ils subissent de réels déficits cognitifs, antérieurs à l'intervention de la volonté.

1.1 Rappel sur l'attention

L'attention est un processus cognitif complexe se composant d'un ensemble de « capacités neuropsychologiques en inter-relation »⁴⁵. Elle est indispensable dans chaque activité d'un individu mettant en jeu les fonctions cognitives telles que la perception des stimuli, la prise de décision et l'efficacité motrice.

1.1.1 L'intensité de l'attention

La capacité d'un individu à résister aux distracteurs, son investissement dans la tâche, et le fonctionnement de sa mémoire de travail dépendent de l'intensité attentionnelle.

⁴⁴ <http://www.larousse.fr>

⁴⁵ J. Couillet, P. Azouvi, M. Leclercq, C. Moroni, La neuropsychologie de l'attention

1.1.1.1 L'attention réflexe ou vigilance

« La vigilance est définie comme un état d'activation du système nerveux central qui varie le long d'un continuum allant du sommeil aux états de veille active en passant par les états de veille diffuse... »⁴⁶. Elle subit donc des variations au cours de la journée, et aussi en fonction des stimuli reçus (par exemple, elle a tendance à régresser au cours d'une tâche monotone).

Equivalente à l' « attention réflexe » de W. James, elle participe à l'orientation spatiale (non sélective) de l'attention ; l'éveil est la première condition à l'efficacité attentionnelle. «L'éveil est cet état de conscience qui nous caractérise quand nous passons du sommeil à l'éveil. Il fait référence à une ouverture sensorielle sur le monde qui nous entoure».⁴⁷

1.1.1.2 L'attention soutenue

On parle d'attention soutenue lorsqu'elle a atteint son maximum de concentration et qu'elle est coupée de tout élément distracteur. Elle correspond à l'effort cognitif le plus intense. « Elle regroupe les notions de durée ou de persistance à la tâche, de maintien de la vigilance, de contrôle et de conservation des consignes »⁴⁸.

Selon le pédiatre T.B Brazetlon, cette capacité attentionnelle est déjà présente à l'âge de 2 ans. L'enfant en rejetant les jouets qui n'entrent pas dans son jeu symbolique fait preuve de contrôle vis-à-vis des stimuli extérieurs.

1.1.2 La sélectivité de l'information

1.1.2.1 L'attention sélective

L'attention sélective en filtrant les informations, inhibe les stimuli distracteurs simultanés et active la sélection des informations pertinentes à la réalisation d'une tâche. « Il s'agit d'une concentration de l'attention sur une partie minime du champ perceptuel »⁴⁹.

Elle a une forme :

⁴⁶ Grau J-Y., Amalberti R. (1995) cités par Y. Girard, Attention et distraction

⁴⁷ Goudreau et Poulin (1996) cités par Ministère de l'éducation du Québec, TDAH agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes, 2003, p.33

⁴⁸ Chevalier N., L'attention et la mémoire motrice, 2003

⁴⁹ Ross (1976) cité par N.Chevalier

✚ endogène : la sélection de l'information est d'origine intentionnelle. Elle correspond au choix conscient d'une cible qui permet l'inhibition des distracteurs.

Elle se développe dès l'âge de 2 ans chez l'enfant et vient à maturité vers 8 ans. Les enfants TDA/H présentent un retard de maturation de cette attention sélective volontaire, qui fait parfois défaut toute leur vie.

✚ exogène : l'attention s'oriente alors automatiquement vers un stimulus externe apparu brusquement dans son champ de perceptions. Notre attention est passivement détournée de la tâche préalable car l'intérêt suscité par la nouveauté de cette information la rend prioritaire. Ce type d'attention arrive tôt à maturation dans le développement de l'enfant puisqu' en lien avec la maturation sensorielle.

1.1.2.2 L'attention divisée

L'attention divisée permet le traitement simultané de plusieurs stimuli et de réaliser plusieurs tâches en même temps. Cela suppose que l'une des tâches soit rapidement automatisée et demande peu de ressources attentionnelles contrairement à la nouvelle tâche à réaliser en parallèle.

Cette faculté attentionnelle est indispensable à l'école ; par exemple l'automatisation de l'écriture permet à l'enfant d'écrire et d'écouter simultanément son professeur.

1.1.3 Le système superviseur attentionnel

Le terme de « système superviseur attentionnel⁵⁰ (SSA) a été employé pour dénommer le rôle de contrôle de l'activité par l'attention lors d'une situation nouvelle. Le SSA appartient donc aux fonctions exécutives.

1.2 Rappel sur la mémoire de travail

Elle nous permet de conserver à l'esprit sur une courte durée (inférieure à 10 secondes) les informations nécessaires à la réalisation d'une tâche ponctuelle.

Cette forme de mémoire « travaille » de pair avec les processus attentionnels ; en effet mémoriser des informations pertinentes suppose d'inhiber ce qui pourrait nous distraire.

Elle comporte deux systèmes de stockage (A. Baddeley, 1986) :

⁵⁰ Norman D.A., Shallice T. (1986) cités par Y. Girard, Attention et distraction

- ✚ Le calepin visuo-spatial, qui mémorise une information par l'élaboration d'une image mentale. Il est mature vers 3-4 ans chez l'enfant.
- ✚ La boucle phonologique, qui mémorise une information verbale entendue ou lue. Ce mode de mémorisation commence à se développer vers 4 ans (car nécessite un certain niveau de langage), et n'est mature qu'entre 9 et 12 ans.

L'intégration efficiente de ces informations par la mémoire de travail et leur répétition à l'esprit permet leur stockage dans la mémoire à long terme.

1.3 L'implication des fonctions exécutives dans le syndrome TDA/H

Pour les théoriciens cognitivistes, la triade symptomatique du TDA/H est la conséquence de déficits des fonctions exécutives, sans lien avec le niveau intellectuel de l'enfant.

« Les fonctions exécutives font référence aux différentes activités mentales, utilisées par l'individu pour s'auto-contrôler et pour générer des comportements dirigés vers un but »⁵¹. Ses fonctions réalisées par le cortex frontal, permettent de nous adapter aux situations nouvelles, qui requièrent un plan d'action et donc particulièrement d'attention. Elles atteignent leur maturation au début de l'adolescence, vers 12 ans.

1.3.1 Un défaut d'inhibition comportementale, cause de l'hyperactivité

1.3.1.1 Un type de fonction exécutive : l'inhibition comportementale

Face à une situation, l'esprit répond d'abord par automatisme (en lien avec les apprentissages passés).

Lors d'une situation nouvelle, la réponse automatique n'étant pas adaptée, elle est interrompue grâce à la capacité d'inhibition comportementale. Celle-ci inhibe la réponse

⁵¹ Albaret, J.-M. (2005). Le TDA/H comme trouble de l'inhibition comportementale et de l'auto-contrôle : le modèle de Barkley. In F. Joly (Ed.), L'hyperactivité en débat (pp. 146-148)

automatique en cours ou à son amont, et inhibe les réponses à des stimuli distracteurs (non pertinents pour la réalisation de la tâche).

Le cerveau prend alors un temps de réflexion ou délai de réponse pour mémoriser les informations nécessaires (par la mémoire de travail) et les organiser pour aboutir à une solution adaptée.

1.3.1.2 La théorie de R.A Barkley

Alors que V. Douglas justifiait le TDA par un déficit attentionnel, le psychiatre **R.A Barkley** développe une autre théorie dans les années 90 qui s'intéresse davantage à l'hyperactivité.

Il l'explique par un trouble de l'inhibition comportementale, qui se répercute sur les fonctions sous-jacentes telles que :

✚ la mémoire de travail

Chez les enfants TDA/H, l'hypersensibilité aux distracteurs explique la difficulté maintenir à l'esprit et intégrer les informations nécessaires à l'exécution de la tâche principale. Cette perturbation de la mémoire de travail fragilise la mémoire à long terme : en effet ces enfants peinent à faire un lien temporel entre les événements, passés, actuels et futurs. Utiliser les expériences passées pour évaluer son comportement présent est difficile.

✚ l'internalisation du langage

La pensée de l'enfant se développe grâce à l'internalisation des mots. Le langage interne signifie « se parler à soi-même ». Il se développe entre 6 et 12 ans et permet de se motiver, de décrire ses observations, de se préparer à une tâche, de se contrôler. « Plus l'enfant aura de vocabulaire pour nommer la différence entre la cible et le distracteur, plus il pourra faire une analyse adéquate et rapide de ceux-ci »⁵².

Elle est déficitaire chez l'enfant TDA/H, ce qui explique une difficulté à la réflexion, à évaluer toutes les solutions possibles dans la résolution de problèmes (notamment un défaut de planification).

✚ la reconstitution

⁵² Goudreau. R, Le développement des processus de contrôle attentionnel, 2000, p. 24-27

C'est la capacité à analyser ce que nous avons appris de nos comportements antérieurs et de l'utiliser dans notre perception de l'environnement, afin de nous adapter à sa nouveauté.

Son déficit renvoie à « un manque de créativité et de flexibilité devant un problème nouveau, aussi bien au niveau de la motricité que du langage ». ⁵³ En effet, les enfants TDA/H, qui peinent à utiliser les compétences acquises, ont tendance à persévérer et à répondre sans rapport avec la tâche.

✚ l'autorégulation de la motivation et de l'éveil

Cette fonction permet une gestion des émotions afin qu'elles n'interfèrent pas dans le plan d'exécution d'une tâche.

Au contraire, devant une tâche contraignante, la motivation de l'enfant TDA/H est excessivement dépendante des renforcements externes (besoin d'encouragements).

Cette réactivité émotionnelle détourne son attention du but à atteindre et l'activité est rarement menée à son terme.

Ces déficits convergent vers un trouble du contrôle moteur et de la fluence de la réponse, c'est-à-dire un faible niveau d'aisance dans le maniement des idées, des mots (fluence verbale) et dans l'exécution comportementale.

Les études actuelles reprochent à R.A Barkley :

- ✚ de considérer l'inhibition comportementale comme la cause princeps du déficit exécutif,
- ✚ de se focaliser sur le symptôme hyperactif du TDA/H,
- ✚ d'oublier une certaine perspective développementale.

⁵³ Albaret, J.-M., Le TDA/H comme trouble de l'inhibition comportementale et de l'auto-contrôle : le modèle de Barkley, 2005

1.3.2 Plusieurs fonctions exécutives en cause

Le modèle de **T.E Brown**⁵⁴ provient d'entretiens cliniques de sujets TDA/H et de leurs familles qui ont permis entre autre l'émergence d'une échelle d'évaluation des symptômes TDA/H pour les enfants de 3 à 12 ans.

Contrairement à R.A Barkley, il ne hiérarchise pas les fonctions exécutives mais distingue six groupes selon la compétence cognitive spécifique;

- ✚ d'activation ; qui organise, hiérarchise, permet de se mettre au travail.
- ✚ de focus ; qui permet la concentration, l'attention soutenue, la flexibilité attentionnelle.
- ✚ d'effort ; qui maintien la vigilance, l'effort et la vitesse d'exécution.
- ✚ d'émotion ; qui gère la frustration et régule les émotions
- ✚ de mémoire ; qui utilise la mémoire de travail et les fonctions de rappel
- ✚ d'action ; qui permet l'autocontrôle et la régulation de l'action

Ces fonctions ne sont pas toujours parfaitement opérantes chez un sujet quelconque mais l'enfant TDA/H peut-être considéré comme le niveau le plus élevé du continuum des déficits des fonctions exécutives.

Cependant il a remarqué que chaque individu avec TDA/H présente des domaines d'activité (à fort intérêt personnel) dans lesquels ces fonctions ne sont exceptionnellement pas en difficulté, contrairement au reste des activités quotidiennes.

4.3.3 Fonctions exécutives et causes environnementales

E. Sonuga-Barke⁵⁵ (à partir de 2003) explique la forme clinique combinée du TDA/H par un modèle avec deux voies de dysfonction indépendantes l'une de l'autre. Lui aussi met en cause la voie de l'inhibition régulant les pensées et les actions, mais il y ajoute la cause motivationnelle. En effet, la motivation de l'enfant TDA/H décroît quand il se voit observé par l'adulte, et lors des moments d'attente.

⁵⁴ Brown T. E , Executive Functions and Attention Deficit Hyperactivity Disorder, 2006, pp. 35–46

⁵⁵ Professeur en psychologie

L'aversion pour les délais (d'attente) résulte d'un défaut des circuits de récompense (d'origine limbique) et des exigences de l'environnement culturel de l'enfant.

Les tâches scolaires, qui nécessitent massivement les compétences exécutives sont vécues comme particulièrement contraignantes chez les enfants TDA/H qui présentent justement un déficit exécutif. Ils développent alors une aversion face à ces situations susceptibles de les mettre en échec, notamment les temps de réflexion (qui ne les aident pas à mieux traiter les informations ou à faire moins d'erreurs).

L'enfant peut éviter l'éprouvé de l'attente :

- ✚ en réduisant le délai (ce que nous montre l'impulsivité),
- ✚ en recherchant des stimulations non temporelles (illimitées dans le temps) présentes dans l'environnement (tel qu'observer un objet), ou qu'il crée lui-même en parlant ou bougeant, ce qui l'entraîne à l'inattention ou à l'hyperactivité.

Il entre dans un véritable cercle vicieux où ses réactions d'évitement aboutissent à la dégradation des fonctions exécutives par défaut d'entraînement, et donc affecte la motivation interne de l'enfant.

Cette aversion pour les délais est souvent renforcée par des exigences parentales telles que l'enfant est sanctionné à chaque échec face à une situation d'attente. L'enfant a alors tendance à associer cette situation à des conséquences négatives, ce qui la rend d'autant plus éprouvante émotionnellement.

Pour E. Sonuga-Barke, les problèmes de contrôle cognitifs contribueraient aux symptômes inattentifs et les problèmes motivationnels aux symptômes impulsifs et hyperactifs.

Conclusion théorie :

Nous avons découvert par le biais de cette étude qu'il existe deux principaux courants de pensée s'intéressant aux troubles de l'attention et à l'hyperactivité :

✚ L'approche anglo-saxonne qui porte un regard cognitiviste.

Le terme TDA/H rappelle l'origine commune des troubles attentionnels seuls et des troubles attentionnels associés à une hyperactivité/impulsivité. Ils sont tous deux la conséquence d'un déficit exécutif. En ne considérant qu'une étiologie neurologique, cette approche laisse peu de place à l'influence de l'environnement dans l'évolution du trouble.

✚ L'approche développée en Europe principalement

A travers l'appellation d'« instabilité psychomotrice », l'approche française s'intéresse uniquement au trouble attentionnel avec hyperactivité. Ce mode comportemental s'unit à d'autres symptômes (tel que les troubles anxieux) au sein d'une organisation psychopathologique de la personnalité. Cette approche a le mérite de prendre en compte le développement affectif de l'enfant et de ses relations. La cause de l'instabilité est ici considéré comme réactionnelle.

Afin de nous clarifier les idées, et avant de nous interroger sur « qui a tort ? qui a raison ? », voyons ce que nous disent les observations cliniques. Nous allons en effet découvrir au sein de la prochaine partie deux enfants Pierre et Benoît, tous deux diagnostiqués « TDA/H ».

Pour faciliter la compréhension du lecteur, j'emploierai le terme d'enfant TDA/H, tout en gardant à l'esprit le regard cognitiviste et le regard psychodynamique des 2 approches.

Partie 2 : Clinique

1. Présentation de l'exercice en libéral

Comme tout psychomotricien, ils obéissent au même décret d'actes⁵⁶ de rééducation psychomotrice (n°88-659 du 6 mai 1988), et interviennent sur prescription médicale.

Ils peuvent agir sur « les retards du développement psychomoteur, les troubles de la maturation et de la régulation tonique, les troubles du schéma corporel, les troubles de la latéralité, les troubles de l'organisation spatio-temporelle, les dysharmonies psychomotrices, les troubles tonico-émotionnels, les maladresses motrices et gestuelles, les dyspraxies, la débilité motrice, l' inhibition psychomotrice, l'instabilité psychomotrice, les troubles de la graphomotricité à l'exclusion de la rééducation du langage écrit » .

En 2010, environ 13% des 7000 psychomotriciens français exercent en libéral⁵⁷. Ils sont indépendants.

Leur exercice permet un accompagnement de proximité auprès d'un large panel de patients. En effet, ils ont une action auprès :

- ✚ De la petite enfance : en prévention ou dans l'accompagnement d'un retard de développement psychomoteur.
- ✚ De l'enfance en scolarité : pour accompagner les enfants souffrant de troubles des apprentissages.
- ✚ Des enfants porteurs d'un handicap moteur ou mental : afin de les accompagner dans une autonomie et tendre vers une intégration.
- ✚ Des personnes âgées : avec une action préventive ou thérapeutique autour de la chute, des démences, de la dépression... Le psychomotricien en libéral a un grand rôle à jouer auprès de la personne âgée afin de l'aider à garder une autonomie le plus longtemps possible.

Le psychomotricien libéral travaille souvent en réseau avec des associations de psychomotriciens libéraux pour un travail de recherche et d'amélioration de leur prise en charge.

⁵⁶ <http://www.legifrance.gouv.fr>

⁵⁷ <http://www.snup.fr>

Ils se trouvent également à travailler de pair avec d'autres professionnels de santé ou de l'éducation (médecin, orthophoniste, kinésithérapeute, enseignant) avec lesquels l'échange d'informations sur le patient est primordiale pour permettre une prise en charge dynamique.

Bien que les soins de psychomotricité ne soient toujours pas remboursés par la sécurité sociale, la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées), la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et certaines mutuelles professionnelles peuvent venir en aide aux familles grâce aux l'Allocation d'Aide à l'Education ou à l'Autonomie, l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé...

2. Présentation de deux cas cliniques

Pierre (9 ans) et Benoît (8 ans) sont deux enfants d'âge scolaire présentant les trois symptômes du TDAH : c'est-à-dire des troubles attentionnels, une impulsivité, et hyperactivité.

2.1 PIERRE

2.1.1 Présentation du patient et anamnèse

2.1.1.1 Présentation du patient

Pierre est un garçon de 9 ans scolarisé en CM1. Il est accompagné le jour de l'évaluation par son père ; cet enfant est agréable et participant. Il a été adressé sous les conseils d'un psychiatre, pour des difficultés d'attention importantes révélées lors de l'évaluation des aptitudes intellectuelles (Wisc-IV), réalisée en septembre 2011.

Pierre a bénéficié pendant deux ans (CE1/CE2) d'un suivi psychologique axé sur les relations sociales et notamment familiales et sur la confiance en soi.

Depuis début septembre 2012, Pierre est sous Ritaline® à la demande de son psychiatre.

2.1.1.2 Histoire de vie et histoire du trouble

Pierre est le dernier d'une fratrie de trois (un frère de 13 ans et une sœur de 10 ans). Son frère aîné présente des antécédents de syndrome d'Asperger et est suivi par le même psychiatre.

La naissance et la petite enfance de Pierre semblent bien s'être déroulées.

En ce qui concerne sa scolarité, l'entrée en maternelle a été assez difficile. Pierre était très coléreux et avait des difficultés relationnelles avec les autres camarades : d'où sa première consultation avec le psychiatre.

En primaire (CP/CE1/CE2), il a montré peu d'intérêt dans certains apprentissages notamment l'écriture et la lecture (il refusait même parfois d'écrire). Néanmoins, en CE2, selon son père, Pierre a pu s'investir davantage dans certaines matières comme l'histoire ou les mathématiques mais la situation actuelle demeure encore compliquée. Un dossier MDPH avec une demande d'AVS ⁵⁸ est en cours.

A la maison, Pierre a du mal à se mettre au travail (lenteur d'exécution), il est souvent très agité et a besoin de beaucoup se dépenser. Son père souligne aussi la présence d'accidents énorétiques diurnes notamment quand il est « capté » par une activité. De plus, Pierre semble présenter des difficultés pour s'organiser dans la vie quotidienne et le passage d'une activité à une autre demeure encore difficile. Le sommeil semble bon.

Pierre fait du judo et de l'escrime depuis un an ainsi que du scoutisme. Il investit particulièrement les activités sportives, domaine dans lequel il excelle.

2.1.2 Les bilans

2.1.2.1 Bilan psychologique (2011)

Au niveau cognitif, Pierre présente des troubles attentionnels, des difficultés à se motiver et une grande fatigabilité.

Malgré une bonne capacité à raisonner, la psychologue lui observe des capacités d'attention auditive et visuelle perturbées, donc une mémoire de travail qui fait défaut. Ces difficultés sont en lien avec un grand besoin de bouger, c'est-à-dire une hyperactivité.

Elle observe aussi un blocage en situation d'écrit qui suscite de l'inquiétude.

Au niveau affectif, il présente des failles narcissiques, c'est un enfant très angoissé qui peine à gérer les contraintes. Il semble nécessiter un cadre rassurant pour se structurer.

La psychologue propose une prise en charge en psychomotricité afin d'aider Pierre à la prise de conscience de son agitation, et d'apprendre à la contrôler et tendre à la détente.

⁵⁸ Aide de vie scolaire

2.1.2.2 Bilan psychomoteur (Septembre 2012)

Pierre est un enfant agréable et souriant mais présentant une logorrhée très importante pendant l'entretien. Lors de l'évaluation, il a besoin d'être rassuré sur ses performances. Son investissement est irrégulier, il est parfois enjoué et motivé face à certaines épreuves et pour d'autres, comme l'écriture par exemple, il se montre opposant, négatif, refusant de réaliser l'épreuve. De plus, tout au long du bilan, Pierre semble être parasité par ses pensées et souvent très distrait. On note néanmoins un réel désir de bien faire. Malgré ses difficultés, Pierre a exposé son envie d'améliorer la situation qui le gêne.

Le tonus :

A l'examen du tonus, on note une tonicité de fond et une extensibilité normales au niveau des membres supérieurs et des membres inférieurs. Néanmoins, lors des diadococinésies, le tonus induit est accompagné de quelques diffusions toniques. On note des mouvements plus réguliers et de meilleure qualité à droite. Pierre détient quelques difficultés de relâchement en commande et en auto-commande lors de l'épreuve des bras tendus.

L'équilibre :

Les équilibres dynamiques et statiques sont bons (les yeux ouverts et les yeux fermés). Lors de cette épreuve, Pierre présente une bonne gestion émotionnelle.

La latéralisation :

La latéralité neurologique semble être homogène: L'oeil, la main et le pied sont dominants à droite au niveau neurologique. Néanmoins, Pierre vise avec l'oeil gauche.

L'organisation de la motricité :

Les coordinations dynamiques générales sont bonnes.

Lors de l'épreuve non-verbale des imitations de gestes de Bergès-Lézine, Pierre ; présente un bon niveau. On note néanmoins une légère impulsivité et quelques difficultés de saisie visuelle (rectifiées rapidement). Enfin, Pierre détient quelques difficultés au niveau de sa motricité fine, notamment digitale. On note lors de cette épreuve des crispations importantes.

✚ *La coordination oculo-manuelle :*

Dans l'épreuve du parcours visuo-moteur (subtest sensorimoteur de la Nepsy) évaluant les habiletés graphomotrices sous contrôle visuel de 5 à 12 ans, Pierre obtient une note standard de 4/19 correspondant à un niveau faible, certainement en lien avec une impulsivité importante et une grande difficulté de contrôle tonico-émotionnel.

✚ *Le schéma corporel :*

La connaissance des différentes parties du corps (la somatognosie de Bergès) est excellente pour son âge. De plus, Pierre détient une très bonne représentation mentale de son corps comme le démontre la construction et le dessin du bonhomme. Néanmoins, on note que le dessin est bien proportionné mais peu investi.

✚ *L'organisation temporo-spatiale :*

L'organisation temporelle ; la structuration temporelle est correcte. L'apprentissage de l'heure est en cours d'acquisition.

Au niveau du temps subjectif, Pierre présente quelques **difficultés à s'inscrire dans l'instant présent**, il se préoccupe systématiquement de ce qu'il va se passer après ou de ce qu'il s'est passé avant (en lien avec une gestion émotionnelle difficile).

L'organisation spatiale ; les repères droit/gauche sur soi sont acquis mais Pierre ne dispose pas encore de la notion de réversibilité (normalement en cours d'acquisition à son âge).

L'épreuve *des pas comptés de Marthe Vyl*, évaluant la perception et l'adaptation spatiale montre quelques difficultés au niveau de la perception spatiale. En effet, Pierre présente des **difficultés à poser des repères** et à anticiper son mouvement (impulsivité présente).

Lors de l'épreuve *des voyages de Marthe Vyl*, Pierre présente **quelques difficultés à mémoriser** les séquences proposées. Les résultats obtenus sont souvent irréguliers, parfois il inverse ou oublie certains chiffres. La mémoire de travail semble être parasitée par une mauvaise gestion émotionnelle. En effet, Pierre peut perdre parfois confiance en lui ou se laisser distraire lors de l'annonce des consignes.

A l'épreuve de la *figure de Rey (A)* évaluant l'organisation spatiale graphique, Pierre présente des résultats homogènes et de très bon niveau pour la reproduction à la copie et celle faite de mémoire. Pour la reproduction faite de mémoire, Pierre a besoin d'encouragements.

En conclusion, Pierre présente une organisation et des stratégies d'analyse visuelle solides néanmoins ses capacités mnésiques peuvent être affectées par d'importantes difficultés de gestion émotionnelle.

Le graphisme :

Sa posture est inadéquate provoquant ainsi de nombreuses crispations: le buste est penché exagérément en avant et en appui sur la table, la tête est exagérément penchée en avant, la feuille est droite et non penchée (prolongement du bras), les pieds ne sont pas à plats. Sa pince graphique (main droite) est correcte (tridigitale) néanmoins on note une pression importante sur l'outil scripteur en lien avec son positionnement inadapté et de nombreuses réactions tonico-émotionnelles.

Pour l'épreuve d'évaluation rapide de l'écriture (BHK), Pierre refusait d'écrire. Il a fini par accepter l'exercice mais le résultat obtenu ne reflète pas ses réelles capacités. On note cependant: une vitesse d'écriture trop lente en lien avec une distraction importante et une qualité graphique fragile : la crispation très importante rend le lettrage chaotique, irrégulier. avec de nombreuses retouches en lien avec un manque d'anticipation du geste graphique.

Les capacités attentionnelles :

Lors de *l'épreuve d'attention visuelle* (subtest de base de la NEPSY), Pierre obtient un résultat un peu juste de 10/19. On note lors de cette épreuve, une impulsivité importante et un manque de confiance. De plus, Pierre n'arrive pas à garder la même stratégie tout au long de l'épreuve.

Pour conclure, on observe que tout au long du bilan, Pierre présente une vulnérabilité attentionnelle. De plus ses difficultés importantes de gestion émotionnelle trahissent un manque de confiance en lui et une peur de l'échec. Elles peuvent affecter son tonus, ses capacités motrices (altération des habiletés graphomotrices notamment dans l'écriture), son organisation mentale (altération de la mémoire de travail, change de stratégies...) et ses capacités attentionnelles (notamment l'attention auditive et une difficulté à poser des repères spatio-temporels). Une impulsivité motrice et mentale majorent cette instabilité, Pierre manque d'anticipation.

2.1.3 Le projet thérapeutique

A la vue de ces bilans, on pourra suivre plusieurs axes de prise en charge:

- ✚ Nous allons chercher à renforcer la gestion émotionnelle de Pierre et notamment ses capacités tonico-émotionnelles en passant par des exercices autour du contrôle moteur, de l'équilibration et de la détente tonique. Une meilleure régulation émotionnelle pourra aider à une meilleure disponibilité psychique et motrice, nécessaire pour préparer l'attention.
- ✚ Une prise en charge davantage cognitive, aura pour but de renforcer ses capacités attentionnelles : en effet au travers de jeux de raisonnement logique demandant une séquentialisation de la tâche et une planification, (donc une réduction de l'impulsivité) on aidera Pierre à organiser ses idées et poser des repères. L'objectif est de l'aider à traiter plus efficacement les informations externes.
- ✚ Lors de jeux de repérage spatial (impliquant la mémoire de travail), Pierre pourra utiliser une procédure par étape afin de poser des repères visuels à partir de consignes verbales, et organiser son activité motrice dans le temps.
- ✚ Un travail sur le graphisme incitera Pierre à utiliser les procédures par étapes (notées ci-dessus) en recherchant d'abord un meilleur positionnement graphique, une pince moins crispée. L'objectif est de réduire la pression et améliorer la qualité graphique (obtenir une écriture plus régulière et plus fluide). En automatisant progressivement le geste graphique, Pierre pourra plus facilement diviser son attention, se concentrer sur le sens de ce qu'il écrit, ou ce que dit son enseignant en classe.

L'objectif à long terme sera de renforcer chez Pierre sa confiance en lui, ses capacités d'attention en cherchant avec lui des outils stables de compensation de ses troubles attentionnels.

La prise en charge de Pierre sera individuelle et se déroulera une fois par semaine durant 45 minutes dans le cabinet de psychomotricité.

2.1.4 La prise en charge en psychomotricité

Une grande partie de la prise en charge concerne la capacité de Pierre à être concentré dans l' « ici et maintenant », à s'inscrire dans un cadre spatial, dans un cadre temporel et accepter d'occuper pleinement ses espaces. Dans chacune des activités proposées, on recherche la maîtrise de son impulsivité en lui demandant d'écouter les consignes, de penser son action (pour lui éviter de penser trop vite, parler trop vite, de réaliser trop vite).

Il est important de noter que pendant la séance de psychomotricité, la Ritaline® n'a plus d'effets sur le comportement de Pierre, son temps d'action est passé.

L'hyperactivité :

- Hyperactivité Motrice :

En début de séance, Pierre est souvent très agité. En début de séance, il joue beaucoup avec le matériel de la salle, en lançant le ballon dans tous les sens (Il faut noter que cette agitation s'est nettement amoindrie depuis Septembre).

Pour l'aider à prendre conscience de son indisponibilité pendant ses temps d'instabilité motrice, on a mis en place, avec lui, un signe de disponibilité qu'il fait lorsqu'il décide d'écouter. Cela le rend acteur de son activité, qu'il peut lui-même décider de diminuer.

Nous proposons à Pierre de canaliser cette agitation motrice à travers des exercices d'équilibration, demandant un contrôle tonico-émotionnel et l'inhibition de ses gestes.

Par exemple, Pierre doit rester immobile malgré un environnement fort en stimulations sensorielles ou au contraire pendant un silence complet. Il est alors très intéressant d'observer ses réactions, (on a pu observer de nombreuses grimaces et de grandes difficultés à ne pas rire), d'observer sa stratégie mise en œuvre pour « jouer le jeu », garder son calme et ne pas s'agiter en réponse à cette sur-stimulation ; c'est-à-dire réguler ses émotions.

En fin de prise en charge, selon le degré d'hyperactivité de Pierre, on peut lui proposer un temps de détente (les yeux fermés) sur le Waff (gros ballon plat). Ce temps a pour objectif d'aider à la prise de conscience des ressentis corporels autrement que par le mouvement, et sans repères visuels. Pour cela, on peut lui proposer différentes stimulations tactiles, lui faire sentir des odeurs.

Pour l'aider, à se centrer sur son corps et diminuer la gêne que le toucher suscite chez lui, nous pouvons utiliser des objets intermédiaires (telles que des balles, des foulards...) et également construire, avec lui, une histoire autour de ses sensations, et de ce qu'elles lui évoquent.

- **Hyperactivité Mentale :**

Pierre est un garçon avec de nombreuses idées dans la tête, il est souvent dans l'hyperlogorrhée comme s'il voulait remplir le silence par une impulsivité du langage. Pour cette raison, il nous est important de poser un cadre.

Au début de la prise en charge, il passait son temps à poser des questions, sans forcément en lien avec la conversation en cours. Cette difficulté à maintenir un sujet de conversation rappelle la grande difficulté des enfants TDAH à focaliser leur attention.

Une règle de « 3 pourquoi maximum » a été instaurée, et toute question supplémentaire était comptabilisée sur le tableau. Le but est d'aider Pierre à en prendre conscience, l'aider à réguler son débit de parole. Cette règle a suscité chez lui de la frustration, qu'il a réussi à maîtriser. Son discours est aujourd'hui plus en lien avec la conversation ou l'activité.

 L'attention :

Pour renforcer l'attention sélective de Pierre, on l'aide à organiser ses idées en lui proposant des jeux de raisonnement par étapes. Ces jeux sont réalisés à table (comme en situation scolaire), ce qui lui demande une maîtrise de son instabilité motrice.

Il doit verbaliser ses stratégies d'anticipation avant d'agir, on recherche alors la maîtrise de son impulsivité.

La mémoire de travail de Pierre étant assez fragile, on cherche à la renforcer au travers de jeux ; on peut par exemple lui demander de mémoriser une séquence de tâches à réaliser dans l'ordre (tels que « les Voyages de Mme Soubiran »), on peut progressivement rajouter des détails. Pour mémoriser, il peut utiliser des images mentales (en posant des repères visuels ordonnés dans le temps) ou se répéter en tête la consigne verbale. Ces outils de mémorisation lui permettent de garder les informations à l'esprit, ils sont donc soutien pour l'attention.

Aujourd'hui, il utilise beaucoup plus sa mémoire (en fermant les yeux, se répétant à voix-haute) ce qui lui permet de penser sa réponse, qui est moins intuitive, moins impulsive qu'au début de la prise en charge.

D'après nos observations, et le retour de ses parents, Pierre a encore des difficultés à poser des repères dans le temps. Pierre ne fait pas non plus attention au temps qui passe, il n'en a pas conscience. En effet lorsqu'il se laisse happer par une activité, il n'est plus attentif à ce qui l'entoure ; il n'a alors ni la notion de temps ni la possibilité de diviser son attention. Avant de réussir seul à maîtriser son temps, il a aujourd'hui encore besoin qu'un adulte ou un « timer » lui pose un cadre temporel.

Gestion émotionnelle et Communication

Pierre est un enfant vite submergé par ses émotions, il se bloque facilement lorsqu'une situation le dérange sans réussir à le mettre en mots. Il se réfugie alors dans ses mimiques, des mots inventés.

Il est intéressant que nous mettions, nous, des mots sur ce que nous comprenons de sa gêne. Cela peut l'aider d'abord à lui faire prendre réellement conscience de son anxiété puis de l'aider si possible à la communiquer pour aider une compréhension de l'entourage.

Sa difficulté de régulation émotionnelle et ses troubles anxieux majorent son instabilité et son défaut d'attention pendant des exercices moteurs et des exercices de logique. Cette régulation des émotions est recherchée lors de jeux qui suscitent chez lui de l'excitation ; on lui demande alors de jouer tout en restant silencieux (ce qui est encore difficile pour lui), et de ne pas réagir par impulsivité.

Graphisme

Avant tout exercice de graphisme, on demande à Pierre de rechercher la posture adéquate stable (qui requiert l'inhibition de ses mouvements parasites) puis une précision du geste fin. Pour cela, afin de diminuer la crispation des doigts sur le stylo, et l'impulsivité de l'acte graphomoteur, on propose à Pierre des exercices de régulation tonique (par exemple de dialogue tonique par l'intermédiaire de bâtons). Il a actuellement encore des difficultés à réguler sa pression sur le stylo mais son écriture a gagné en lisibilité.

2.1.5 Conclusion et Devenir de l'enfant

Pierre est persévérant et essaye de bien faire, il a en effet progressivement intégré les règles de disponibilité, et ainsi de lui-même régulé son hyperactivité. Cela lui permet de profiter davantage du temps de la séance qu'il semble apprécier.

Son comportement s'est nettement amélioré au cours de l'année, en lien avec un meilleur contrôle de sa réactivité émotionnelle. Les situations d'échec restent cependant éprouvantes et lui font facilement perdre le contrôle des émotions.

Même si sa mémoire de travail reste fragile, Pierre focalise mieux son attention sur la tâche. Cependant un travail reste à faire sur la mise en mots des étapes à respecter pendant un effort de raisonnement ou la mise en mots de ce qui le gêne. Il n'aime pas prendre le temps de l'explication et exprime plus facilement par le corps, ce qui n'est pas forcément à son avantage dans les relations sociales.

2.2 BENOIT

2.2.1 Présentation du patient et anamnèse

2.2.1.1 Présentation du patient

Benoît est un garçon de 8 ans (pendant l'entretien), avec un bon contact et accompagné par ses deux parents. Il est spontané dans l'échange et participant.

Il a été adressé par son neuropédiatre pour des difficultés d'attention importantes révélées lors de l'évaluation des aptitudes intellectuelles (Wisc-IV), réalisée en Août 2012.

2.2.1.2 Anamnèse

Benoît a un frère de 13 ans qui a eu une enfance apparemment sans problème et qui est plutôt en avance. Leurs deux parents ont chacun beaucoup de responsabilités dans leurs travaux.

La grossesse n'a pas été problématique, l'accouchement s'est fait à terme.

Les parents ont commencé à s'inquiéter pendant la petite enfance de Benoît qui ne faisait pas ses acquisitions au même rythme que le frère aîné (marche à 14 mois et langage à l'entrée en maternelle). Cette inquiétude s'est majorée car à l'âge de deux ans Benoît aurait subi des coups de la part nourrice dont il a vite été enlevé.

Dès le début de la maternelle, Benoît a eu du mal à s'adapter au cursus scolaire ; il a eu des difficultés à intégrer les règles de vie, l'écoute était difficile, il était impulsif, se dissipait facilement, présentait des problèmes de concentration.

Une prise en charge de l'enfant a débuté au cours de son année de grande section en 2010 en orthophonie et psychomotricité et en 2011 a débuté une prise en charge en pédopsychiatrie qui coïncide, d'après les parents avec une amélioration de l'autonomie pour les activités de base comme la toilette, l'alimentation, le fait de dormir seul. Le suivi pédopsychiatrique lui a entre autre permis de reprendre en milieu de CP le suivi orthophonique qui avait du être arrêté en début CP du fait d'une opposition et agressivité chez Benoît.

Le CP a été très problématique du fait de la non acquisition des apprentissages de grande section, dont le langage écrit. En Septembre 2011, il a donc redoublé le CP qui s'est bien déroulé, il était bien intégré dans sa classe, cependant l'enseignant a noté une grande difficulté à se concentrer lorsqu'il se trouvait en groupe. Il y a eu une baisse de rendement en fin d'année dernière en lien avec le décès de son grand père. Il est actuellement en CE1.

Benoît est décrit par ses parents comme affectueux, observateur et persévérant mais vite frustré pas ses échecs. La mère dit avoir fait un gros travail pour prendre sur elle, semble beaucoup s'investir dans l'accompagnement de son fils, et dit être fatiguée de la situation.

C'est un enfant qui a toujours été un peu maladroit (se cogne souvent, renverse des objets) et qui a du mal à s'organiser dans son travail. Il a de bons copains, aime l'ordinateur, le dessin.

2.2.2 Prises en charges antérieures et en cours

Benoît est suivi par un *neuropédiatre* qui est le prescripteur des autres prises en charge.

Un suivi *neuropsychiatrique* a débuté en janvier 2011.

Le suivi *orthophonique* a débuté en milieu de la grande section de maternelle de Benoît (Janvier 2010). Le suivi s'est arrêté en début CP (Septembre 2010) à cause d'une opposition de l'enfant puis a repris par la même orthophoniste en janvier 2011 donc en milieu de CP jusqu'en janvier 2012 (milieu du deuxième CP).

Un suivi en *psychomotricité* débute en fin de grande section (janvier 2010) et s'arrête à la fin du CP de Benoît (Juin 2011) en raison du départ de la psychomotricienne.

2.2.3 Les bilans antérieurs

2.2.3.1 Bilan orthophonique (1er en Janvier 2010 et le 2nd en Juin 2011)

Le premier bilan en grande section de maternelle a noté des difficultés à l'explication orale (avec les constructions de phrases), dans la structuration spatio-temporelle, dans les notions de classifications (ne peut classer une histoire en 5 images), un trouble de la prononciation. Il est donc pris en charge pour un retard de la parole et du langage, pour travailler la structuration spatiale en reprenant les apprentissages de grande section non intégrés.

Le deuxième bilan en fin de CP note une nette amélioration dans tous les domaines qui étaient défailants, sauf pour la structuration spatiale.

2.2.3.2 Bilan psychologique (Juillet 2012, fin 2nd CP)

A la demande du neuropédiatre, Benoît a été évalué par une psychologue pour faire l'évaluation de ses capacités intellectuelles.

La psychologue note que Benoît est un garçon de bon contact mais qu'il manque de confiance en lui, il a sans cesse besoin d'être rassuré pour ne pas se décourager. Il présente une instabilité et des capacités attentionnelles très fluctuantes, qui minorent ses résultats.

Les résultats au WISC-IV sont très hétérogènes. Il existe une différence très importante entre l'investissement du domaine verbal et non verbal, au profit du non verbal. La compréhension verbale est normale mais le raisonnement logique fait défaut dans les tâches d'abstraction.

Sa mémoire de travail est un peu plus faible que la moyenne à cause d'oublis et un manque d'écoute. Sa vitesse de traitement est très faible en raison d'une grande lenteur d'exécution, notamment pour les réalisations graphomotrices. Les repères temporels ne sont pas acquis (confusion entre mois et saisons, méconnaissance de sa date de naissance).

2.2.3.3 1er Bilan psychomoteur (en Juin 2010, fin grande section)

La première psychomotricienne note chez Benoît et une faible autonomie pour son âge lié à son manque de confiance en lui.

Elle estime que les capacités attentionnelles sont en lien avec son immaturité affective. Il présente des troubles de l'organisation spatiale ce qui pose problème dans l'apprentissage de l'écriture, en plus de sa difficulté à réguler son geste graphomoteur.

2.2.3.4 Second Bilan psychomoteur (par son psychomotricien actuel)

Durant tout le bilan, qui dure plus de 2h, Benoît est participatif et très actif. Dans de nombreuses épreuves, il présente une certaine vivacité d'esprit.

✚ Latéralisation :

La latéralisation est hétérogène : l'oeil et le pied sont dominants à gauche, la main est dominante à droite. Au test de Head, l'organisation de la latéralité est acquise en miroir uniquement. La latéralisation spontanée n'apparaît pas encore.

✚ Tonus :

A l'examen on note une tonicité de fond importante au niveau des membres supérieurs et inférieurs. L'extensibilité et le ballant sont faibles, associés à des paratonies de fond.

✚ Equilibre :

L'équilibre statique est peu stable et les équilibres dynamiques se dégradent dans le temps. On peut également observer de nombreuses réactions tonico-émotionnelles et de prestance.

✚ L'organisation de la motricité :

La compréhension de la consigne est bonne et il a de bonnes coordinations et dissociations. L'accélération du mouvement ne perturbe pas la qualité de la réalisation. Les résultats aux épreuves d'imitations de gestes sont dans la norme ; et les gestes sont réalisés en pièce à pièce dans un souci de « bien faire ».

✚ **La motricité fine** est de niveau moyen. L'opposition pouce/doigts est réussie mais accompagnée de syncinésies bucco-faciales. Le pianotage est possible sur les 2 mains.

✚ **La coordination oculo-manuelle :**

Lors du mouvement de cercle du bras, on observe des syncinésies d'imitation de la tête. La tête participe au mouvement du bras mais Benoît s'adapte au rythme du mouvement.

✚ **Temps et rythme :**

Le tempo spontané est rapide et irrégulier. Au test de la reproduction de structures rythmiques de Mira Stamback, l'utilisation de procédures de comptage n'est pas possible.

✚ **L'organisation spatiale :**

Les repères généraux d'orientation spatiale sont acquis (haut /bas, devant/derrière, dessous/dessus,...) mais la structuration mentale de l'espace fait défaut pendant l'épreuve des pas comptés qui est échouée, où on dénote une impulsivité et non respect des consignes.

A l'épreuve de la figure de Rey évaluant l'organisation spatiale graphique, Benoît présente une performance plus faible en copie qu'en reproduction de mémoire. Il y a un défaut d'organisation visuelle malgré des essais de stratégies. Les reproductions sont réalisées par détails sur un fond confus avec une absence de structure et d'ordre.

Le traitement visuo-spatial est perturbé lors de la manipulation des cubes (Nepsy ns=8/19). On observe de même une impulsivité et une incapacité à corriger ses erreurs.

✚ **Le graphisme** est troublé par une mauvaise position, un important tonus et une instabilité.

Benoît écrit de sa main dominante (droite) avec tenue du crayon tridigitale, mais avec un enrobage du pouce et un poignet raide qui ne participe pas. La réalisation graphique est accompagnée de syncinésies bucco faciales. La posture d'écriture est globalement mauvaise et instable ; la feuille est inclinée de manière aléatoire, le coude n'est pas bien positionné car sur la table (donc épaule soulevée) et de ce fait se déplace latéralement, ce qui gêne la souplesse de l'écriture. Les pieds et jambes bougent sans cesse.

La vitesse d'écriture est juste pour son âge et la qualité graphique est insuffisante, il est difficile à relire à cause de lignes non planes et un lettrage chaotique, sans lien. La copie est accompagnée d'un grand nombre d'allers-retours inefficaces qui gênent la mémorisation. Par ailleurs, il n'y a aucune recherche de positionnement, ni aucune tentative de correction.

✚ **Raisonnement et traitement de l'information :**

Dans de nombreuses situations, alors que Benoît a le souci de bien faire, il présente une difficulté à planifier son action. Ses réponses sont plus généralement intuitives que planifiées, et ses erreurs sont plus liées à un défaut d'organisation qu'à la production d'une réponse rapide. Cependant, on peut noter une note élevée (16/19) à l'épreuve de la Tour de Londres.

✚ **Capacité attentionnelle :**

Au cours de l'ensemble des épreuves, Benoît est plutôt méticuleux et peut présenter une bonne capacité d'attention ponctuelle. Cependant, son temps d'attention est court et très sensible au contexte, à son intérêt. Après la moindre contrariété, il a beaucoup de mal à retrouver une disponibilité intellectuelle.

Pour conclure, on peut noter une bonne participation de la part de Benoît, mais qui diminue nettement lorsqu'il perd confiance et se sent en échec. Il présente une très forte angoisse de performance qui se traduit par un emportement tonique et émotionnel dès qu'il s'écarte du résultat attendu ou qu'il doit se corriger, ce qui le freine dans ses apprentissages. De plus ses fonctions exécutives sont perturbées ; son attention est labile (elle peut être soutenue pendant un court instant, mais est très dépendante du contexte émotionnel) il a des difficultés d'organisation, un manque de planification dans ses activités, auxquelles s'ajoutent une impulsivité et une instabilité corporelle.

Le graphisme est difficile et est en lien avec un défaut de structuration visuo-spatiale.

2.2.4 Le projet thérapeutique

En lien avec ces bilans, plusieurs axes de prise en charge peuvent être pensés :

- ✚ Va être utilisée, en début ou fin de séance, une approche ressemblant à la méthode COOP, selon laquelle on s'aide de la motivation de l'enfant comme soutien de son attention donc de son apprentissage en lui faisant choisir lui-même l'activité (souvent des jeux moteurs qui lui permet une décharge motrice).

Par ce biais, grâce au guidage progressif du psychomotricien, il découvre des stratégies de résolution de problème.

A long terme, on cherche à ce que Benoît utilise ses stratégies cognitives et ses nouvelles acquisitions au-delà de la séance dans sa vie de tous les jours.

Par contre, lors d'autres exercices de moindre motivation comme certaines épreuves de compétition et jeux cognitifs, on recherchera la régulation émotionnelle de Benoît et une gestion de sa frustration.

- ✚ Il est important de partir des capacités de Benoît pour le remettre en confiance en exploitant ses compétences cognitives efficaces dont la mémorisation, pour jouer sur les troubles de ses capacités visuo-spatiales et son organisation mentale.

On cherchera à renforcer ses méthodes de traitement de l'information par la verbalisation de la stratégie à prendre, ou de la correction à adopter lors d'activités motrices (de visée notamment impliquant une régulation tonique et un repérage spatial que l'on va matérialiser). En mettant comme repère temporel, un temps de « pause » avant chaque action (Stop & Go), le but est de laisser à Benoît le temps d'identifier les étapes de l'action à faire ou déjà réalisée (pour rechercher l'auto-correction).

- ✚ Un travail sur le graphisme sera effectué par la recherche d'une meilleure posture et d'une écriture plus fluide, plus économique (liens entre lettrage, formes de lettres adaptées,...). L'objectif est de l'aider à automatiser les stratégies de recherche d'informations visuelle, et le geste graphique.

Benoît est suivi individuellement, toutes les deux semaines, dans la salle de psychomotricité, en présence ou non de sa mère selon son niveau attentionnel.

2.2.5 La prise en charge en psychomotricité

- ✚ Aide à l'organisation mentale et gestuelle

Pour capter l'attention de Benoît dès le début de la séance, on utilise les jeux moteurs impliquant une précision du geste, donc une adaptation fine de la stratégie mentale.

Ensemble nous essayons de mettre en mots les étapes nécessaires pour une exécution du geste efficace : Par exemple, lors d'un exercice de visée « *je dois regarder à tel endroit, mettre telle force dans le bras (on varie la lourdeur du projectile et la distance au ballon), me positionner de telle manière, maintenir cette position* »

Demander à Benoît de mettre en mots son plan d'action l'aide à prendre conscience de la nécessité:

- D'une posture stable.
- D'une stratégie mentale : avec l'utilisation des repères d'espace-temps que l'on peut matérialiser par des objets.

L'échec est source d'anxiété, et a un impact direct sur son estime de soi. Cette intolérance à l'échec motive également Benoît à persévérer et à adopter ces différentes étapes. Il a besoin d'être mis en confiance, d'être rassuré. Lorsque je joue avec lui, ma maladresse et échouer par maladresse l'aident dans cette acceptation de l'erreur et donc à reprendre confiance.

Aide au maintien de son attention en position assise

En effet Benoît bouge encore beaucoup sa chaise, ses pieds, sa tête (ce qui n'aide pas la fixité visuelle) ; ensemble nous recherchons la gestion du tonus postural (aidés par les exercices de contraction et détente au préalable).

On peut lui proposer des jeux de logique, ou jeux sur l'i-pad pour renforcer son contrôle postural, dont la qualité a des conséquences directes sur le balayage et l'attention visuels.

Aide au graphisme cherche à le réconcilier avec l'écriture et cherche le maintien de la posture adéquate.

Pour que sa mémoire corporelle soutienne son défaut de stratégie visuelle dans l'écriture, on lui propose des activités d'écriture au tableau, les yeux fermés qui renforcent sa connaissance des lettres et des mots par un biais sensoriel autre que la vue. L'utilisation de la tablette graphique en plus de le motiver peut l'aider à décomposer ses mouvements, à adapter son tonus au geste graphomoteur puisque le stylet ne fonctionne pas sous une trop forte pression.

Pour diminuer la crispation des doigts sur le stylo, et l'impulsivité de l'acte graphomoteur, on propose à Benoît des exercices de régulation tonique (par exemple de dialogue tonique par l'intermédiaire de bâtons).

2.2.6 Conclusion et Devenir de l'enfant

Depuis le début de la prise en charge en Septembre s'est développée une relation de confiance avec Benoît. Le cadre contenant de la séance l'a vraisemblablement aidé à la maîtrise de ses émotions et à diminuer son emportement émotionnel lors des situations d'échec.

Cependant, il lui est impossible de venir chaque semaine en psychomotricité : cela l'empêche donc d'intégrer au mieux les procédures nécessaires pour compenser ses troubles. En effet une séance de psychomotricité par semaine de l'aider plus rapidement et de mieux soutenir ses apprentissages.

Conclusion cliniques :

Pendant les séances passées auprès de ces deux enfants, j'ai découvert les étapes nécessaires à la prise en charge de leurs troubles attentionnels.

Avant toute approche, il est important de prendre en compte la personnalité de l'enfant avant d'observer son trouble et d'instaurer une relation de confiance qui sera le pilier de la prise en charge. Seule la motivation de l'enfant nous offre la possibilité de travailler au mieux auprès de lui.

J'ai pu observer la richesse d'informations que nous apportent l'entretien et le bilan sur mon jeune patient. Mais face à autant d'informations, comment organiser mes idées ? Comment utiliser mes connaissances en psychomotricité et pour mettre de l'ordre dans toutes mes observations ? En effet, avant de débiter toute « rééducation », nous devons établir des objectifs thérapeutiques, planifier notre prise en charge au regard des troubles associés au syndrome TDA/H.

Mais même au cours de la prise en charge, le psychomotricien doit continuer à réévaluer ses objectifs en fonction de ce qu'il découvre progressivement de cet enfant, de ces compétences, et de ses vulnérabilités.

En quoi la psychomotricité a-t-elle une place privilégiée auprès de l'enfant TDA/H ? Quels outils utilise-t-elle ? Comment aider l'enfant TDA/H et son entourage à mieux cerner ses besoins, à mieux comprendre son instabilité ?

Je tenterai de répondre à ces questions au sein de ma discussion.

Partie 3 :

Discussion

**Quelle est la place de la psychomotricité
auprès de
l'enfant TDA/H ?**

En France, le décret d'actes des psychomotriciens évoque la prise en charge de « l'instabilité psychomotrice ». Cette dernière est considérée comme un désordre psychomoteur.

Rappelons l' « instabilité psychomotrice » correspond à l'association du trouble attentionnel avec une hyperactivité.

Selon J. De Ajuriaguerra « Les désordres psychomoteurs dans leur ensemble oscillent entre le neurologique et le psychiatrique, entre le vécu plus ou moins voulu et le vécu plus ou moins subi, entre la personnalité totale plus ou moins présente et la vie plus ou moins jouée. »⁵⁹

Par cette définition, J. De Ajuriaguerra nous invite, me semble-t-il, à considérer les théories cognitiviste et psychanalytique indispensables dans la compréhension du trouble de l'attention (avec ou sans hyperactivité). Cette vision holistique permet au psychomotricien de porter un regard global et d'être au plus près des besoins de l'enfant.

Je souhaite rappeler au lecteur qu'au cours de cette discussion, j'utiliserai la terminologie « enfant TDA/H » du DSM-IV pour m'intéresser :

- ✚ A l'enfant « instable psychomoteur » ou TDAH, présentant un **trouble du déficit attentionnel** et une **hyperactivité**.

- ✚ Et à l'enfant avec un déficit attentionnel dominant (TDA). Cet « enfant dans la lune », a tendance à être oublié en raison de son comportement peu envahissant. Son trouble se repère moins facilement que la forme avec hyperactivité mais peut également avoir des conséquences importantes sur les apprentissages de l'enfant.

⁵⁹ De Ajuriaguerra J., *Enfances et Psy*, 2012, p.156

1. Contribution de la psychomotricité au diagnostic

Nous devons nous interroger, pour l' enfant suspecté TDA/H, au poids du dysfonctionnement neurologique (permanence des troubles) et à l'importance de l'environnement dans son évolution.

Avant l'entretien, il nous est important de garder à l'esprit la raison pour laquelle l'enfant a été indiqué en psychomotricité par son médecin.

Le médecin peut nous demander de confirmer le diagnostic de TDA/H. Je me souviens d'un bilan psychomoteur d'une adolescente de 12 ans, demandé par son neuropédiatre, qui suspectait chez elle un TDA/H. Le bilan a révélé des troubles attentionnels qui diminuaient nettement voire disparaissaient lorsque la jeune fille était mise en confiance. Le déficit d'attention non permanent est la conséquence d'importants troubles anxieux. L'hypothèse d'un diagnostic TDA/H a donc par la suite été abandonnée par le médecin.

Il est important de distinguer l'origine de ces troubles attentionnels. Ils peuvent donc être réactionnels, et apparaître lors d'une situation anxieuse (on ne parle alors pas de TDA/H) ou constitutionnels (d'ordre neurologique).

Chez l'enfant TDA/H, au déficit cognitif reconnu, il ne faut pas mésestimer la part du réactionnel (l'influence de l'environnement sur les troubles) dans ses capacités attentionnelles : les troubles pouvant être majorés en situations anxieuses. Chaque enfant a un profil particulier : car même s'il porte le diagnostic TDA/H, il a une façon unique de l'exprimer et de vivre avec. Les comorbidités nous rappellent justement la part environnementale dans la manifestation des troubles.

1.1 L'entretien

Pendant le premier entretien qui a lieu en présence des parents et de l'enfant, on cherche à découvrir le profil particulier de l'enfant qui vient consulter.

Nous obtenons ainsi des informations provenant du discours des parents, du discours de l'enfant mais provenant aussi de nos propres observations sur la relation parent-enfant (mode de communication).

1.1.1 Prise d'informations sur l'histoire de vie de l'enfant et son trouble

Ainsi, l'échange entre le psychomotricien, les parents et l'enfant permettent de reconstituer l'anamnèse. Le psychomotricien a alors des indices de compréhension sur :

L'évolution du trouble TDA/H.

Comment s'est déroulée la petite enfance de l'enfant ? Quels sont les antécédents médicaux et psychiatriques de l'enfant et de ses parents? L'enfant a-t-il présenté un retard dans ses acquisitions ?

La situation familiale.

Existent-ils des conflits intra- familiaux pouvant affecter le développement de l'enfant? Les parents de l'enfant sont-ils séparés ?

La place de l'enfant dans sa famille.

A quel point investissent-ils l'éducation de leur enfant et l'accompagnement de son trouble ? Ses parents semblent-ils débordés face aux problèmes de leur enfant? Les compétences de l'enfant sont-elles comparées à celles de ses frères et sœurs ? Est-il écouté lorsqu'il parle? Quels rapports l'enfant entretient-il avec sa famille ?

La maturité affective de l'enfant.

A-t-il des difficultés à réguler ses émotions ? Les manifeste-t-il ? En effet l'enfant TDA/H présente souvent une certaine labilité émotionnelle et l'enfant hyperactif principalement peut avoir des crises de colère répétées.

L'intégration sociale de l'enfant.

A-t-il des difficultés à se lier d'amitié avec des enfants de son âge ? Est-ce qu'il s'en plaint ?

✚ **La répercussion du TDA/H sur les troubles des apprentissages.**

L'enfant apprécie-t-il l'école ? Est-ce qu'il investit certaines matières plus que d'autres ? Est-il en situation d'échec scolaire ? Quels sont les retours faits par la maîtresse ?

✚ **Le niveau d'autonomie de l'enfant dans les tâches quotidiennes.**

Est-il autonome dans son travail ? A-t-il des difficultés à s'habiller ? A quel point s'oriente-t-il dans le temps et l'espace ?

Ces observations nous permettent de distinguer rapidement deux formes cliniques du TDA/H:

✚ L'enfant peut être « hyperactif »: il présente alors des troubles attentionnels et une hyperactivité (TDAH) qui se manifeste par un comportement envahissant pour autrui. Il présente un défaut d'inhibition comportementale. Il est souvent très impulsif, et a des difficultés à inhiber une réponse intuitive (non réfléchie) qu'elle soit motrice ou verbale. Celui-ci se laisse facilement distraire par l'extérieur et présente un besoin constant de bouger. « A ce sentiment intime d'insuffisance il paraît vouloir chercher des compensations gesticulatoires et verbales»

✚ L'enfant peut être « distrait » : il présente alors des troubles attentionnels sans hyperactivité (TDA). En manque de stimulations externes et de motivation, il a des tendances à se « réfugier » dans ses pensées. Il peut facilement être « oublié » en classe puisqu'il s' « absente » de l'espace dans lequel il est. A l'inverse de l'hyperactif, il présente une lenteur d'exécution.

Comprendre le « mode de fonctionnement type » de l'enfant est une amorce dans la compréhension de sa personnalité. Ces enfants ne manifestent pas leurs troubles attentionnels de la même façon. En période d' inattention, l'un « s'échappe » dans une agitation motrice, l'autre dans son imagination.

Cependant, il est important de ne pas « étiqueter » l'enfant. En effet, lorsqu'il est mis en confiance et motivé, l'enfant TDA peut manifester beaucoup plus d'activité qu'à l'ordinaire. A l'inverse, dans les mêmes conditions, l'enfant hyperactif peut se calmer et moins éprouver le besoin de bouger. Cela nous prouve que la part environnementale dans les troubles de l'attention n'est pas à négliger.

1.1.2 Les observations directes du psychomotricien

En observant le comportement de l'enfant, nous avons dès l'entretien des indices quant à ses capacités d'attention, et de maîtrise de son hyperactivité (dans le cas du TDAH).

Arrive-t-il à porter son attention sur la conversation ? Se laisse-t-il aller à ses pensées ? Au contraire parle-t-il beaucoup ? Coupe-t-il la parole ? Est-il écouté ? Tient-il en place sur sa chaise ?

N'oublions pas cependant que le trouble de l'enfant TDA/H peut partiellement s'effacer en situation nouvelle qui suscite plus d'intérêt.

1.2 Le bilan

Le bilan psychomoteur qui est réalisé en absence des parents correspond au premier temps de « tête à tête » avec l'enfant, c'est une étape importante dans la relation enfant-thérapeute.

Ce bilan est un outil précieux d'objectivité pour le psychomotricien. En effet, « nous avons besoin d'outils d'évaluation car nous ne pouvons pas nous satisfaire d'impressions vagues et subjectives. Une objectivation s'avère indispensable dans notre travail d'évaluation »⁶⁰.

1.2.1 Les épreuves n'évaluant pas spécifiquement l'attention

Les épreuves et tests du bilan permettent d'évaluer le tonus, la latéralisation, le schéma corporel, les gnosies, l'organisation de la motricité (coordinations dynamiques générales,

⁶⁰ Leroux Y., Evolutions psychomotrices, n° 68, 2005, p.71

motricité fine, praxies), l'organisation spatio-temporelle (orientation, structuration, perception), l'écriture et les capacités de régulation émotionnelle.

L'attention étant nécessaire dans chacune de nos activités, toutes les épreuves du bilan nous donnent d'observer l'efficacité de l'attention de l'enfant. L'enfant peut être rapidement distrait et présenter des difficultés à écouter les consignes. Durant le bilan de Pierre, celui-ci avait tendance à transformer les épreuves et à détourner les consignes.

Les activités impliquant un effort mental sont souvent difficiles pour ces enfants TDA/H, une fatigue mentale se fait vite sentir et vient encore fragiliser l'attention.

L'impulsivité de l'enfant hyperactif (TDAH) est la manifestation extériorisée de son manque d'attention et d'anticipation. Cette tendance à « tout faire trop vite », à ne pas anticiper avant d'agir se manifeste particulièrement dans les tests d'habileté manuelle⁶¹. En effet les activités qui demandent un minimum de précision du geste dévoilent une maladresse de l'enfant.

Quel est le degré de maladresse de celui-ci ? Présente-t-il des troubles de la coordination dans sa gestuelle (voir la réalisation du test « Charlop Atwell ») voire une dyspraxie ?

On peut observer les répercussions de l'hyperactivité de l'enfant TDA/H sur son **tonus**, et son équilibre. Parvient-il à maintenir son équilibre statique et dynamique ?

Les enfants hyperactifs par leur besoin de bouger investissent beaucoup les activités sportives. Les épreuves du bilan évaluant la motricité générale peuvent être pour cette raison très bien réussies.

L'évaluation du tonus donne une indication sur l'enveloppe corporelle que s'est progressivement construite l'enfant.

En ce qui concerne les enfants hyperactifs ; J. Bergès explique l'hypertonie de certains enfants « instables tensionnels » comme barrière contre la fuite du contenu psychique. Au contraire certains enfants hyperactifs présentent des explosions motrices visant à lutter contre une hypotonie de fond. Ces enfants sont de ce fait maladroits, et ont des troubles de la coordination.

⁶¹ Ex : le test de reproduction de gestes de Bergès –Lézine

Une difficulté à se repérer dans **l'espace et le temps**, par exemple au cours de « l'épreuve des Voyages de Mme Soubiran » peut révéler un trouble de l'organisation spatio-temporelle, fréquent chez les enfants TDA/H. Un défaut de mémoire des repères visuels, ou des consignes verbales empêche la structuration de l'activité dans l'espace et le temps.

1.2.2 Les épreuves évaluant spécifiquement l'attention

Les épreuves spécifiques de l'attention permettent de nous interroger sur ses différentes composantes:

✚ Sa capacité à sélectionner les informations dans l'espace⁶² : Quelles sont les stratégies mises en œuvre pour soutenir cette sélectivité et inhiber les distracteurs ? Celles-ci font-elles défaut ? Une absence de stratégie est-elle visible sous forme d'une impulsivité ?

✚ Sa capacité à se maintenir dans le temps : soit l'attention soutenue⁶³ : La qualité de l'attention diminue-t-elle au cours du temps ? le geste moteur se dégrade-t-il dans le temps ?

On peut également observer lequel des canaux sensoriels (auditif ou visuel) permet le plus d'efficacité attentionnelle, et de mémorisation.

A-t-il une bonne attention auditive (s'observe lors du test de reproduction de rythme de Stamback) ? A-t-il une bonne attention visuelle ?

Le bilan psychomoteur permet d'évaluer l'ampleur du dysfonctionnement exécutif à l'origine du TDA/H. L'altération des fonctions exécutives est très variable d'un enfant à l'autre.

1.2.3 Les modalités de prise en charge

A partir des observations faites pendant l'entretien et le bilan, nous pouvons alors établir les objectifs prioritaires de prise en charge et ses modalités.

Certains des enfants diagnostiqués, ceux dont les troubles sont les plus handicapants dans la vie quotidienne prennent le traitement Ritaline ®.

⁶² Test d'appariement d'images de J. Marquet-Doléac, test D2, Test Stroop, Subtest de l'attention visuelle de la Nepsy

⁶³ Test parcours visuo-moteur de la Nepsy

Ce traitement soulage les conséquences de l'hyperactivité de l'enfant (l'activité est régulée) à l'école : l'ordre de la classe, les relations enfant-enseignant et enfant-camarades. La Ritaline® améliore de façon notable et rend enfin possible l'ensemble des apprentissages.

Son temps d'action correspond au temps passé à l'école, il ne fait plus effet en fin d'après-midi. C'est justement à ce moment qu'il me semble intéressant de prévoir la séance de psychomotricité.

Il me paraît important que le psychomotricien voie l'enfant hors médication : il le voit alors avec sa personnalité non sur-adaptée (même s'il risque d'être fatigué de sa journée), tel qu'il est dans sa famille. Car si l'on considère le syndrome comme une manifestation psychosomatique, l'agitation peut vouloir exprimer quelque chose. Dans quelle situation l'agitation est-elle majorée ? L'atout du psychomotricien est, au-delà de rééduquer les troubles de l'attention, de replacer les troubles de l'enfant dans leur contexte (d'apparition ou d'aggravation) et dans l'environnement.

2. L'approche globale de la psychomotricité auprès de l'enfant TDA/H

L'approche globale du trouble TDA/H n'est pas de l'isoler pour mieux le « rééduquer » mais plutôt de le considérer parmi d'autres troubles associés (tels que les troubles anxieux, autres troubles des apprentissages).

Je me souviens de l'enseignement de M. Crosnier qui rappelait l'importance d'évaluer le degré du trouble d'un patient.

Sa difficulté à réaliser une tâche est-elle la conséquence :

✚ D'une incapacité ? (L'équipement cognitif ou moteur est défaillant, le patient est atteint d'un handicap).

Dans le cas de l'enfant TDA/H, un déficit cognitif empêche l'efficacité de l'attention.

Le traitement Ritaline® agit directement sur les fonctions cérébrales de l'enfant pour permettre une fixité de son attention.

✚ D'une absence de savoir-faire ?

L'enfant TDA/H, en plus d'une vulnérabilité constitutionnelle de l'attention, manque d'outils de compensation. Nous verrons ci-dessous que c'est à ce stade que le psychomotricien intervient.

D'un manque de volonté ?

Le psychomotricien recherche la motivation de l'enfant pour le rendre acteur de sa prise en charge et lui donner l'envie de compenser son trouble.

Quels outils offrir à l'enfant TDA/H pour renforcer ses capacités attentionnelles ?

2.1 Motiver l'enfant par le jeu

La motivation est une condition à l'attention. Si le psychomotricien souhaite renforcer l'attention de l'enfant, il est important de susciter l'intérêt de l'enfant pour le mettre en condition d'apprentissage.

La spécificité du psychomotricien est de partir à la rencontre de l'enfant au travers du jeu. C'est un moyen privilégié pour entrer en relation avec l'enfant puisque le jeu permet de le captiver. Au cours des séances, grâce au jeu s'établit une relation de confiance.

Pour D.W Winnicott, « le jeu est toujours une expérience créative, une expérience qui se situe dans le continuum espace-temps, une forme fondamentale de la vie »⁶⁴. L'enfant se découvre avec ses qualités et ses vulnérabilités au sein d'une expérience créative.

Le psychomotricien transforme le jeu en un temps d'apprentissage mais un apprentissage qui dédramatise les situations d'échec (notamment lorsque l'enfant réalise que le psychomotricien peut, lui aussi, faire des erreurs).

Cette approche est particulièrement intéressante auprès des enfants TDA/H qui ont de grandes difficultés à supporter les situations d'échec. Ils se dévalorisent très vite. Le jeu peut les aider à retrouver le sentiment de sécurité qui fait défaut.

⁶⁴ Winnicott D.W, Jeux et réalité, 1971, p.110

2.2 Le Savoir-faire attention

Le psychomotricien va mettre à la disposition de l'enfant TDA/H un ensemble de moyens pour soutenir son attention. Contrairement aux enfants du même âge et à cause d'un déficit exécutif, ils n'ont pas pu automatiser certaines procédures nécessaires pour fixer l'attention et la soutenir dans le temps.

A travers l'expérimentation par le jeu, et la verbalisation, nous encourageons l'enfant à prendre conscience de son comportement, de ses compétences et d'une éventuelle désorganisation. On l'encourage à évaluer ses stratégies, les modifier si elles sont inefficaces. A long terme, le psychomotricien cherche à ce que l'enfant utilise le savoir-faire développé en séance dans sa vie de tous les jours comme outil de compensation de ses troubles.

2.2.1 « L'attention posturale »

« Un corps couché appelle l'esprit à faire dodo ». Pour se préparer à être attentif, notre corps a besoin d'une certaine posture et d'un tonus suffisant afin de maintenir l'esprit en éveil.

Cette posture est visible par autrui (par la maîtresse par exemple) et est la preuve d'une disponibilité au moins corporelle.

De même, il est intéressant que l'enfant hyperactif découvre de lui-même la difficulté qu'il a se concentrer lorsque le corps est en mouvement car même si l'hyperactivité n'est pas la cause de son trouble attentionnel, elle le renforce nettement.

2.2.2 Le contrôle mental

Les troubles de l'attention empêchent l'enfant de mettre en relation entre les différentes informations captées par son cerveau. L'attention dispersée de l'enfant oblige le cerveau à traiter plus d'informations qu'il n'en est capable. Aussi, les informations traitées partiellement peinent à s'organiser dans une pensée continue et cohérente.

En ce qui concerne les personnes hyperactives : « Les sentiments et les pensées de ces personnes s'éparpillent immédiatement en manifestations motrices ; elles vivent leurs impressions d'une façon immédiate et sans les penser »⁶⁵.

Afin de contrôler l'impulsivité de l'enfant TDAH lors des activités cognitives ou motrices, nous devons « imposer » le temps de la réflexion avec une verbalisation des étapes à suivre : « Par quelles étapes dois-tu passer pour répondre ? ». En questionnant ainsi l'enfant, nous l'encourageons à construire sa pensée au travers du langage : E Sonuga-Barke fait le lien le défaut d'organisation de la pensée et celui d'internalisation du langage.

Nous cherchons à ce que l'enfant prenne conscience de l'utilité de la planification pour réussir une tâche. Il réalise que cette réflexion peut lui éviter la frustration de l'échec et cela le motive l'enfant. En intégrant la règle « je passe par des étapes », il pourra ainsi progressivement stopper lui-même sa réponse intuitive, vérifier et s'auto-corriger. La capacité de flexibilité mentale est souvent défaillante chez l'enfant TDA/H : il présente une difficulté à utiliser les expériences passées pour évaluer une situation nouvelle.

2.2.3 La mémoire de travail

Le défaut de flexibilité mentale de l'enfant a un rapport étroit avec la perturbation de sa mémoire de travail. Cela explique la difficulté qu'a l'enfant TDA/H à se projeter dans le passé ou dans le futur.

Renforcer la mémoire de travail permet de maintenir une attention active, au travers d'image mentale ou de répétition de la consigne verbale. Donner en consigne verbale un certain nombre de « missions » incite l'enfant à mentaliser les informations, à développer des outils de mémorisation en posant des repères visuels dans la salle.

C'est la mémoire qui nous permet de relier les événements passés et présents dans une continuité de temps. Le défaut de mémoire chez l'enfant TDA/H explique donc un défaut d'organisation spatio-temporelle. Pierre, par exemple présente beaucoup de difficultés à organiser son temps dans ses activités quotidiennes notamment durant les temps d'habillage. Il ne fait plus « attention » au temps qui passe lorsqu'il investit une activité. A travers des jeux de rythme, nous l'encourageons à structurer son temps, à intégrer progressivement la notion de durée.

⁶⁵ Abramson , *Etude des processus attentionnels*, 1940, p.208, p. 35

2.2.4 S'inscrire dans l'espace grâce au corps

« La chair est l' « ici et maintenant » » (selon Merleau Ponty). Prendre conscience de son corps permet de l'inscrire et de s'inscrire soi-même dans l'espace.

Aborder la question du corps auprès de l' « enfant dans la lune » (TDA) qui a tendance à « s'échapper » dans ses pensées peut l'aider à davantage s'ancrer dans la réalité.

Les enfants hyperactifs semblent singulièrement rechercher les limites corporelles à travers une hyperkinésie voir une mise en danger. Les psychanalystes considèrent que l'hyperactivité manifeste une quête de limites du à un défaut de contenance. Lorsque l'enfant n'est pas trop agité, il est intéressant de prévoir un temps calme dans la séance.

Les exercices de prise de conscience corporelle permettent à l'enfant de développer l'attention qu'il a envers son propre corps. Le corps s'ancre par les sens ; par la vision, l'audition ainsi que le toucher et l'odorat. Ceux-ci permettent d'enrichir l'enveloppe corporelle qui aide au sentiment de contenance et de sécurité. Pour aider l'enfant à « écouter ses sensations », nous pouvons construire avec lui une histoire autour de ces dernières. Nous tentons de les comprendre et de les relier à des sensations passées, ce qui unifie le corps dans le temps.

Cet outil peut être précieux auprès des enfants qui présentent une hyperactivité mentale, un esprit surchargé de mille idées. Lorsque nous recherchons la détente corporelle et celle de l'esprit, proposer un imaginaire à l'enfant, peut être une solution pour l'aider à « décrocher » de ses idées. Elle développe la mentalisation en stimulant son imagination visuelle (en décrivant le paysage), auditive (« tu entends tes frères et sœurs jouer autour de toi »), tactile aidée par des sensations tactiles (« tu ressens le vent », « tu es bercé par les vagues »). Nous ne devons pas lui imposer une histoire mais la construire au fur et à mesure avec lui en prenant compte de ses intérêts et de sa curiosité.

Les sensations enrichissent le schéma corporel et aboutissent à une meilleure représentation du corps. L'intégration des limites corporelles aide l'enfant à diminuer sa maladresse. De ce fait, en travaillant la prise de conscience corporelle, le psychomotricien renforce également les praxies. Les exercices de prise de conscience « parlent » également à l'image du corps de l'enfant : l'enfant peut ainsi apprendre à apprécier son corps et le ressentir autrement que dans le mouvement.

2.3 La régulation émotionnelle

Le pédiatre T.B Brazelton, soulève l'importance d'« établir un schéma de comportement qui l'aide à se calmer »⁶⁶ chez le petit enfant distrait, hypersensible aux stimuli avec une instabilité émotionnelle et une activité désordonnée. Nous pouvons nous demander si l'hyperactivité de l'enfant et sa distraction ne seraient des moyens progressivement développés pour fuir une situation angoissante.

En effet, ces enfants présentent une grande réactivité émotionnelle, extériorisée chez l'enfant hyperactif et plus intériorisée chez l'enfant TDA. Cette grande sensibilité renforce nettement leurs troubles attentionnels. Comment peut-on être attentif si notre esprit est surchargé d'idées de peur et d'échec ?

Le psychomotricien P. Delion parle « d'angoisse psychomotrice » pour qualifier la perte de contrôle émotionnel face aux situations d'échec très mal vécues chez les enfants TDA/H. Leur intolérance à l'échec se transforme chez les enfants hyperactifs en impulsivité et agressivité, difficilement supportées par l'entourage.

Au contraire, les enfants TDA qui ont davantage d'inhibition comportementale risquent de « régresser » dans une tendance dépressive en intériorisant leurs émotions.

Dans les deux cas, l'anxiété de l'enfant risque de freiner le développement de ses compétences. Le psychomotricien peut donc intervenir pour l'aider au contrôle de ses émotions et l'aider à préserver son estime de soi en expérimentant :

Le contrôle tonico-émotionnel.

Celui-ci s'éprouve au travers de jeux d'équilibration en situation de sur-stimulations. Par exemple on peut proposer à l'enfant de maintenir son équilibre postural (sur un ballon plat) malgré la surcharge émotionnelle que suscitent les stimulations divers.

⁶⁶ Brazelton, T. B., Points forts, de la naissance à trois ans, 2010

✚ La valorisation de soi.

L'enfant TDA/H a souvent une très faible estime de lui-même due à au vécu de l'échec et de réprimande qui se répètent et lui rappellent ses « faiblesses ». Benoît, notamment, est très rapidement frustré par son échec et abandonne vite. La relation de confiance instaurée avec lui nous place en « égal à égal » dans le jeu. Parce qu'elle lui donne plus facilement la possibilité de se tromper, l'enfant dramatise moins son échec et manifeste moins d'emportement émotionnel.

La mise en confiance est primordiale chez l'enfant TDA/H : la relation avec le psychomotricien l'aide à construire un « cadre sécurisé » qui joue le rôle « pare-excitation ». Cela l'aide à recevoir de manière objective ce qui vient de l'extérieur. L'enfant a besoin de résister aux perturbateurs émotionnels pour préserver son estime de soi.

2.4 La communication

Pour J. Bergès, la thérapie ne doit pas se borner à poser des limites dans le temps et l'espace à l'enfant instable, il faut aussi lui donner la place de parler. Selon la théorie psychanalytique, l'hyperactivité est un message comportemental qui exprime ce que l'enfant ne peut pas dire avec des mots.

Le psychomotricien doit pour cela être attentif à l'effet de l'environnement sur les variations d'activité de l'enfant. Mettre des mots sur ce que l'on comprend du comportement de l'enfant peut l'aider à mieux comprendre l'origine de celui-ci. Donner nos impressions sur ce que nous comprenons de son malaise l'aide à verbaliser.

Par exemple, lorsqu'il s'agit d'exprimer une gêne ou une peur, Pierre se réfugie dans des mots inventés ou dans une motricité excessive, ce qui évoque une difficulté à utiliser le langage et à communiquer. Je me souviens d'une séance durant laquelle Pierre s'est opposé franchement à un jeu. Il devait deviner ma posture par le toucher, les yeux bandés puis la reproduire. Il n'arrivait pas exprimer son angoisse avec des mots. Progressivement, en échangeant avec lui, nous avons établi un rapport entre son opposition et sa gêne du toucher qu'il avait vécu comme intrusif.

L'hyperactivité, comme la distraction, ne permettent pas à l'enfant de communiquer avec autrui. Le tourbillonnement moteur ou l' « échappatoire par la pensée » place l'enfant dans un espace de solitude et manifestent son indisponibilité psychique ou corporelle.

Mettre en place des temps d'échange sur ce que l'enfant aime faire, sur ses activités hebdomadaires est utile pour développer chez l'enfant TDA/H l'envie de communiquer et le désir d'écouter ; car nous avons aussi pour objectif d'aider l'enfant à créer des liens sociaux stables.

Je vous ai présenté les différents axes de prise en charge en séance de psychomotricité qui me semblent nécessaires pour accompagner au plus près les besoins d'un enfant TDA/H. Cependant, le danger du psychomotricien est de créer une atmosphère « sur-adaptée » à l'enfant, une « bulle » très éloignée de la réalité de son quotidien.

Il me semble important de souligner que les compétences de la psychomotricité dépassent le « travail » effectué dans la salle.

3. Accompagner l'enfant TDA/H au quotidien

Afin que la prise en charge porte ses fruits, les savoir-faire développés en psychomotricité doivent se perdurer au-delà de l'espace de la salle et du temps de la séance. Les repères qu'elle a pu lui apporter doivent être « transposés » dans son quotidien. C'est une condition nécessaire pour que l'enfant puisse compenser ses troubles à long terme et développer son autonomie.

La coopération entre le psychomotricien, les parents et l'enseignant permet d'accompagner l'enfant selon une certaine continuité. En effet, le psychomotricien est une « personne-ressource auprès des professeurs des écoles »⁶⁷. Ils ont à eux tous une vision globale sur l'évolution du TDA/H de l'enfant ce qui permet de réévaluer progressivement les objectifs thérapeutiques, éducatifs ou pédagogiques.

De même, le psychomotricien peut s'enrichir des observations de l'enseignant, des parents pour établir adapter sa prise en charge. Impliquer les parents me semble très important car cela peut les aider à se déculpabiliser : le TDA/H ne s'explique pas par une carence éducative. Nous pouvons les encourager à rechercher avec leur enfant des moyens efficaces pour se

⁶⁷ Puyjarinet F., Madramany P., *Favoriser l'amélioration des mécanismes d'apprentissage chez un élève TDA/H*, p.10

calmer lors des temps de grande réactivité émotionnelle. Il est important que l'enfant puisse également à la maison mettre des mots sur ses émotions, ses colères, ses peurs plutôt que de l'exprimer dans son comportement.

Pour aider l'enfant à prendre conscience de son instabilité en classe, nous pouvons proposer « la Méthode des points », suggéré par J. M .Albaret.

Cette méthode comportementale consiste à renforcer positivement (par un point vert à l'école, et une récompense à la maison) les réussites d'attention de l'enfant et négativement lorsqu'il se montre trop agité. Même si ce cadre semble rigide, il est efficace pour que l'enfant apprenne à évaluer son attitude et pour que l'enseignant puisse protéger les apprentissages de l'enfant.

L'enseignant et le psychomotricien peuvent ensemble penser un aménagement de la scolarité de l'enfant TDA/H :

- ✚ Diminuer au maximum les stimulations qui surchargent rapidement l'enfant : diminuer le bruit de fond, éviter de le placer auprès d'un enfant trop agité
- ✚ Utiliser le dynamisme de l'enfant hyperactif en le rendant productif : distribuer les cahiers, effacer le tableau...
- ✚ Simplifier au maximum les consignes et les appuyer de repères visuels pour capter son attention et renforcer sa mémoire de travail

Ces outils de soutien de l'attention peuvent également profiter aux autres enfants de la classe. De plus, même à l'école, n'oublions pas la nécessité d'un cadre rassurant autour de l'enfant porteur d'un TDAH. La mise en confiance peut suggérer l'envie d'apprendre et de dépasser ses troubles.

Ainsi, nous voyons que l'apport de la psychomotricité ne se résume pas à une prise en charge en séance : son efficacité trouve sa source dans l'alliance thérapeutique entre l'enfant et son psychomotricien et dans l'efficacité du dialogue pluridisciplinaire.

Conclusion générale :

J'ai démontré à travers ce mémoire que ni la neurologie d'un côté, ni la psychiatrie de l'autre n'ont le monopole dans la compréhension du trouble attentionnel et de l'hyperactivité chez l'enfant. La dissociation des deux théories nous prive de la mise en relation des différents fonctionnements de l'esprit et du comportement humain.

En psychomotricité, les observations cliniques (avec Pierre & Benoit) nous ont montré à quel point il est primordial de ne pas dissocier l'approche cognitiviste de l'approche psychodynamique lors de l'évaluation et la prise en charge de l'enfant porteur d'un trouble attentionnel. Cette prise de conscience enrichit le champ d'action du psychomotricien et lui donne la possibilité d'approcher au plus près les besoins de l'enfant.

La psychomotricité peut offrir à l'enfant porteur d'un TDA/H des outils de compensation de ce trouble : pour renforcer son attention et une adaptation de son activité, le psychomotricien intervient dans :

- La mise en confiance de l'enfant par la relation thérapeutique et le « jeu »
- La régulation de ses émotions et encourage leur expression au travers du langage
- La prise de conscience corporelle
- L'organisation de sa pensée en l'aidant à prendre le temps de l'analyse, à établir des stratégies et à procéder selon des étapes d'exécution
- Les capacités relationnelles de l'enfant

Grâce à ces outils, le psychomotricien peut aider l'enfant à mieux comprendre son trouble.

Cependant il est important d'avoir conscience des limites existant dans l'exercice de la profession de psychomotricien. Ce dernier n'est pas l'intervenant majeur au quotidien dans la vie de l'enfant. Son travail ne peut être efficace et durable sans le dialogue avec son environnement : le personnel soignant (orthophoniste, psychologue, psychiatre...), la famille et l'enseignant.

Unir les efforts des différentes adultes qui interviennent auprès de l'enfant est obligatoire si l'on souhaite l'accompagner « dans sa globalité » et régulièrement. Ainsi nous pouvons l'aider à faire de sa vulnérabilité une force.

J'ai certes utilisé le terme d'« enfant TDA/H » au cours de ma discussion par soucis de clarté, mais je n'oublie pas pour autant que l'enfant qui vient consulté en psychomotricité n'est pas le trouble diagnostiqué. Cet enfant provient d'une histoire familiale, il a sa personnalité, ses goûts, ses dégoûts, ses peurs. Chaque enfant est Unique.

FIN

Bibliographie

4.1. Ouvrages

- Ajuriaguerra, J., Manuel de psychiatrie de l'enfant, Masson, Paris, 1973
- Albaret, J.-M., Le TDA/H comme trouble de l'inhibition comportementale et de l'auto-contrôle : le modèle de Barkley. In F. Joly (Ed.), *L'hyperactivité en débat*. Toulouse : Erès, 2005, (pp. 146-148)
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM IV)*, Washington, 1994
- Bergès, J., Le corps dans la neurologie et dans la psychanalyse. Leçons cliniques d'un psychanalyste d'enfants, Toulouse, Erès, 2005
- Bergès, J., Les enfants hyperkinétiques, in Marika Berges-Bounes et al., *Enfant insupportable*, 2010, *Psychanalyse et clinique*, Toulouse : Erès, p. 39-56.
- Bourguignon, O., Njiengwé, F., Sztulman, H., Les formes contemporaines du malaise dans la civilisation : colloque national, Toulouse 25 et 26 mars 1995
- Bourneville, DM., Les enfants anormaux au point de vue intellectuel et moral, Paris : Le Progrès médical Alcan, 1905.
- Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent – R-2012*
- Heuyer, D., Les enfants anormaux et les délinquants juvéniles, Paris, 1914
- Houzel, D., Emmanuelli M. & Moggio, F., Dictionnaire de la psychopathologie de l'enfant, Paris PUF, 2000
- Illingworth, R.S., Développement psychomoteur de l'enfant, Paris : Masson, 1990
- Joly, F., *L'enfant hyperactif: (De quoi s'agit-il ? Pourquoi s'agite-t-il ?)*, Montreuil : Edition papyrus, 2008
- Lecendreux, M. & al., *L'hyperactivité TDAH*, Paris : Solar, 2003
- Moreau de Tours, P., *La folie chez les enfants*, Paris : J.B Baillière, 1888
- Philippe, J. & Paul-Boncourt G., *Les anomalies mentales des écoliers*, Paris : Félix Alcan, 1905
- Roulin, J.L. (Dir.), *Psychologie cognitive*, Paris : Bréal, 2006, 2nd éd.
- Seguin, E., *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés*, Paris : édition J.B Baillière, 1846
- Seron, X. & Jeannerod, M. (Dir.), *Neuropsychologie humaine*, Paris : Mardaga, 1994

- Thomas, J. & Willems, G., Trouble de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant, Paris : Masson, 1997
-
- **4.2. Articles**
- Ajuriaguerra J. de, «Comparaisons entre les notions de syndrome d'instabilité psychomotrice et de syndrome hyperkinétique », *Enfances & Psy*, 2012/1, n° 54, p. 147-157.
- Alison M. & al., La théorie de l'esprit dans le trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA-H) , *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2009/2 n° 43, p. 169-185.
- Abramson, J., L'enfant et l'adolescent Instables, *Etudes Cliniques Et Psychologiques*, Paris, 1940
- Brown T.E, Executive Functions and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Implications of two conflicting views, *International Journal of Disability, Development and Education*, Vol. 53, No. 1, 2006, pp. 35–46
- Bursztejn, C. & Golse, B., L'hyperactivité avec troubles de l'attention: questions cliniques et épistémologiques, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 54, 2006, p. 29-37.
- Camus, J.F., Wallon et la neuropsychologie actuelle, *Enfance*, 51 n°1, 1998, pp. 15-25.
- Chorus, A.M., L'évolution de la naissance à la puberté, *L'année psychologique*, 1942, vol. 43-44. pp. 473-481
- HAS, Note de cadrage - Conduite à tenir devant un enfant ou un adolescent ayant un déficit de l'attention et/ou un problème d'agitation, Service des bonnes pratiques professionnelles Décembre 2012
- Goudreau R., Le développement des processus de contrôle attentionnel, *Psychologie Québec*, 2000, p. 24-27
- Heuyer G.- Débilité mentale et débilité intellectuelle. In: *L'année psychologique*. 1949 vol. 50, n°1. pp. 655-669.
- Puyjarinet F., Madramany P., Favoriser l'amélioration des mécanismes d'apprentissage chez un élève TDA/H : un exemple de collaboration Psychomotricien des Ecoles, *Entretiens de Psychomotricité*, 2010, p.1-14

- Revol, O. & Fournernet, P., Approche diagnostic d'un enfant instable, *La revue du praticien*, 2002, p. 1-6
- « Rythme et sens du temps », *L'année psychologique*, 1942, vol. 43, n° 1, pp. 549-553.
- Voyazopoulos R., « Enfant instable, enfant agité, enfant excité », *Enfances & Psy*, 2001/2 n°14, p. 26-34
- Wallon, H., L'instabilité posturo-psychique chez l'enfant, Buts et méthodes de la psychologie, *Enfance*, 16 n°1-2, 1963, pp. 163-171.
- Welniarz, B., « De l'instabilité mentale au trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité : l'histoire d'un concept controversé », *Perspectives Psy*, 2011/1, Vol .50, p. 16-22.

▪

▪ **4.3. Sites**

- <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/semioPSMenf/POLY.Chp.2.5.html>
- <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/semioPSMenf/POLY.Chp.2.html>
- <http://www.tdah-france.fr>
- http://www.med.univ-rennes1.fr/noment/cim10/cim10-c5.c_p11.html
- <http://hyperactif.scpo.siteo.com/fr/pag2-Un-peu-de-culture...html>
- <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct031495.pdf>
- <http://www.tdahquebec.com>
- <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/CharachFrxp.pdf>
- <http://videos.tf1.fr/jt-20h/enfants-hyperactifs-une-maladie-complexe-et-mal-connue-4527841.html>