

Université Pierre et Marie Curie

Sémiologie

Psychomotricité deuxième année

2006 - 2007

Agnès Renault-Dulong

Mise à jour : 28 mars 2007

Sommaire

3 **Sommaire**

7 **Chapitre 1 : Le schéma corporel**

- 7 1.1 Introduction
- 8 1.2 Développement du schéma corporel
- 9 1.3 Image corporelle, image de soi
- 10 1.4 Le corps dans les pathologies
- 11 1.5 Chez l'enfant polyhandicapé
 - 11 1.5.1 Le cadre en psychomotricité
 - 11 1.5.2 Le rôle du psychomotricien
 - 12 1.5.3 Évaluation psychomotrice
- 13 1.6 Bibliographie

15 **Chapitre 2 : L'infirmité motrice cérébrale**

- 15 2.1 Définition
- 15 2.2 Les premiers signes
- 15 2.3 Etiologie
 - 16 2.3.1 Causes anténatales
 - 16 2.3.2 Causes néonatales
 - 16 2.3.3 Causes postnatales
- 16 2.4 Les différentes formes cliniques
- 17 2.5 Les troubles associés
 - 17 2.5.1 Les troubles sensoriels
 - 17 2.5.2 La comitativité
 - 17 2.5.3 Les troubles du langage
 - 18 2.5.4 Les troubles praxiques
 - 18 2.5.5 Les troubles gnosiques
 - 18 2.5.6 Les troubles psycho-affectifs
 - 18 2.5.7 Les troubles liés à un dysfonctionnement frontal
- 18 2.6 Les fonctions neurovisuelles
 - 18 2.6.1 Les voies practo-motrices
 - 19 2.6.2 Les voies sensori-gnosiques
- 19 2.7 La pathologie de la vision : les agnosies
- 20 2.8 La dyspraxie visuo-spatiale
 - 20 2.8.1 Les praxies
 - 20 2.8.2 La dyspraxie
- 20 2.9 Les troubles liés au syndrome frontal
- 21 2.10 Le bilan psychomoteur
- 22 2.11 Evaluation praxiques et visuo-spatiales

23	2.12	Evaluation des troubles gnosiques visuels
24	2.13	Les fonctions exécutives
24	2.14	La prise en charge de l'enfant IMC
25	2.15	Evaluation et prise en charge de l'enfant polyhandicapé

27 **Chapitre 3 : La déficience mentale**

27	3.1	Introduction
27	3.2	Etude clinique
27	3.2.1	Déficience mentale profonde
28	3.2.2	Déficience mentale sévère et modérée
28	3.2.3	Déficience mentale légère et limite
28	3.3	Les causes de la déficience mentale
28	3.3.1	Les causes prénatales
28	3.3.2	Les causes périnatales
29	3.3.3	Les causes postnatales
29	3.4	Enquête étiologique
29	3.4.1	Les aberrations chromosomiques
29	3.4.2	Les déficiences liées à des maladies génotypiques
29	3.4.3	Les atteintes cérébrales acquises
30	3.4.4	Les facteurs psychosociaux
30	3.5	La trisomie 21 ou syndrome de Down
30	3.5.1	Les aspects médicaux
30	3.5.2	Les différents types de trisomie 21
33	3.5.3	Etiologie
35	3.5.4	La prévention et le diagnostic prénatal
35	3.5.5	Les caractéristiques morphologiques
35	3.5.6	Le développement moteur et psychomoteur
36	3.6	Le syndrome de l'X fragile
37	3.7	La sclérose tubéreuse de Bourneville
37	3.8	L'autisme
37	3.8.1	Historique et définition
38	3.8.2	Evolution du concept
38	3.8.3	Classification
40	3.8.4	Les signes précoces de l'autisme
40	3.8.5	Évolution de la symptomatologie autistique
41	3.8.6	Les signes cliniques de l'autisme
42	3.8.7	Aspects médicaux
42	3.8.8	Aspects cognitifs
42	3.8.9	Diagnostic
43	3.8.10	Education et thérapies
44	3.9	Bibliographie
44	3.9.1	Références historiques
44	3.9.2	Ouvrages généraux
45	3.9.3	Approches neurobiologiques
45	3.9.4	Approches psychologiques

45	3.9.5	Approches psychiatriques
46	3.9.6	Approches psychanalytiques
47	Chapitre 4 : La latéralité	
47	4.1	Latéralité et latéralisation
47	4.2	Spécialisation hémisphérique
48	4.3	Les étapes développementales
48	4.3.1	La prélatéralité
48	4.3.2	Les étapes développementales
48	4.3.3	Evolution de la coordination bimanuelle
49	4.3.4	Latéralisation
49	4.4	Approche psycho-affective de la latéralisation
50	4.5	Latéralisation de l'œil
50	4.6	Evaluation sémiologique de la latéralisation manuelle
50	4.6.1	Évaluation de la latéralité d'usage
51	4.6.2	Évaluation de la latéralité fonctionnelle
51	4.6.3	Évaluation neurologique
51	4.6.4	Conclusion
52	4.7	Bibliographie
55	Chapitre 5 : Les dyspraxies	
55	5.1	Développement du geste chez l'enfant
56	5.2	Les troubles du mouvement intentionnel et du geste
56	5.3	Les troubles d'acquisition de la coordination
58	5.4	Les dyspraxies
58	5.4.1	Définition
58	5.4.2	Approche neurologique
59	5.4.3	Le diagnostic de dyspraxie
61	5.4.4	Evaluation psychomotrice
63	5.4.5	Les grands axes de la rééducation
63	5.4.6	Aménagements scolaires
64	5.5	Bibliographie
65	Chapitre 6 : La graphomotricité	
65	6.1	Ecriture, les mécanismes évolutifs
65	6.1.1	Avant l'écriture
66	6.1.2	Écriture : de l'apprentissage à l'autonomie
67	6.2	Les conditions psychomotrices
67	6.3	Evaluation
69	6.4	Abord clinique du graphisme
69	6.4.1	Définitions
69	6.4.2	La dysgraphie instrumentale

70	6.4.3	La dysgraphie réactionnelle
70	6.5	Prise en charge psychomotrice
72	6.6	Bibliographie

75 **Chapitre 7 : L'hyperactivité**

75	7.1	Historique
75	7.2	Perspectives actuelles
77	7.3	Epidémiologie
77	7.4	Sémiologie psychomotrice
77	7.4.1	Les troubles toniques
78	7.4.2	Les troubles praxiques
78	7.4.3	Les troubles spatio-temporels
78	7.4.4	Les troubles de la représentation du corps
78	7.5	Examen psychomoteur
81	7.6	Abord thérapeutique
83	7.7	Différents axes de prise en charge psychomotrice
83	7.8	Bibliographie

85 **Chapitre 8 : Inhibition psychomotrice**

85	8.1	Définitions
85	8.2	Les causes et les conséquences
86	8.3	Les différents concepts
86	8.3.1	En psychanalyse
86	8.3.2	En psychomotricité
87	8.4	Le bilan psychomoteur
88	8.5	Abord thérapeutique
88	8.6	Bibliographie

Chapitre 1

Le schéma corporel

1.1 Introduction

- Perception que l'on a de son corps.
- Image de notre corps
- Modèle permanent
- Se constitue grâce à nos expériences vécues
- Se constitue au long de l'enfance → 11 ans

SCHILDER : Représentation que chacun a de son corps, immobile ou en mouvement dans l'espace.

HEAD : modèle postural

L'HERMITTE : insiste sur la nécessité des praxies – Rôle des données kinesthésiques et visuelles

BERGES : armature ou enveloppe

MERLEAU-PONTY : sensation de corporéité → conscience des postures.

Développement de l'affectivité lié à celui de la motricité.

Le schéma corporel se constitue lentement en fonction de :

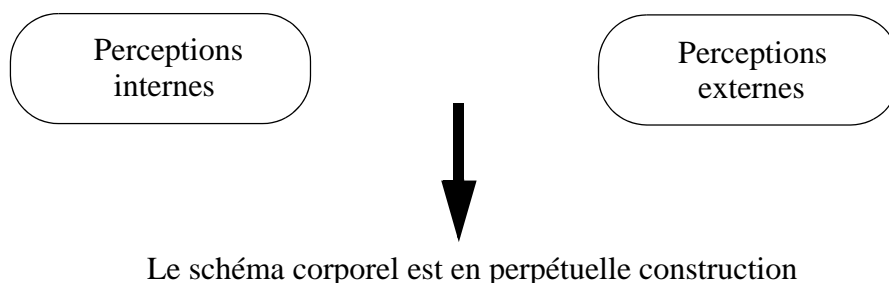
- La maturation de SN
- L'univers dans lequel les mouvements sont à faire
- La tonalité affective de cet univers

La conscience du corps est l'ensemble de la représentation motrice : mouvements, attitudes, postures.

1.2 Développement du schéma corporel

Chronologie difficile à établir

Importance des données sensorielles :



A l'origine :

- Importance de la relation mère-enfant : postures, odeurs, bercement
- 2 mois : développement du toucher
- 3 mois : la vision entre en jeu

⇒ Modalités sensorielles diverses = perception « éclatée » de son corps.

A partir de 10 mois : différence entre les différentes sensations : sensation de son corps et sensations faisant intervenir les objets.

Vers 12 mois : changement important

- La préhension se développe
- Acquisition de la marche

⇒ Meilleure structuration de l'image du corps

Expérimentation de son corps : se frappe certaines parties du corps avec des objets

Vers 2 ans : Reconnaissance des organes sur autrui

Attitude de l'enfant par rapport à autrui :

Unification du corps par l'expérience du miroir

- 4 mois : fixe son image
- 5 mois : sourit à son image
- 6 mois : se retourne quand on lui parle

⇒ Expérience nouvelle

— Il n'avait que des images partielles de son corps

— Il est vu par autrui

Rôle du tonus :

Permet l'émergence du sentiment d'enveloppe.

État tonique = expression du bien- être ou mal-être

L'enfant s'adapte aux messages tonico-posturaux dans le portage ou maternage.

WALLON : L'enfant acquiert le « sentiment de corps propre » en réagissant aux variations toniques qui l'entourent.

S. ROBERT-OUVRAY : importance de la fonction tonico-émotionnelle et de la parole.

La peau : frontière entre l'intérieur et l'extérieur

BULLINGER : « genèse de l'axe corporel » = repère fondamental

Permet à l'enfant de ressentir la continuité entre les différents segments de son corps.

Du vécu sensori-moteur à la représentation

Nécessité de la fonction symbolique ⇒ association de l'image mentale à la représentation kinesthésique du corps.

Expérience du miroir : permet l'élaboration d'une réalité, d'un imaginaire, et de la fonction symbolique

Importance de l'intégration des expériences perceptivo-motrices

L'unité psycho corporelle se développe en suivant les étapes du développement cognitif et psychoaffectif de l'enfant.

Elle s'enrichit des expériences du corps propre avant de donner naissance aux représentations que sont le schéma corporel et l'image du corps.

1.3 Image corporelle, image de soi

Représentation mentale de ce qu'est notre corps-expression.

S'élabore par investissement libidinal

Image du corps = perceptions et représentations mentales de notre corps

Première représentation inconsciente de soi

DOLTO : « C'est une représentation dynamique du sujet en état désirant »

Elle se construit par les expériences agréables ou douloureuses, au travers du regard des autres.

3 sous-unités :

- Image de base
- Image fonctionnelle
- Image des zones érogènes

Dolto propose une image schématique entre schéma corporel et image du corps.

Schéma corporel	Image du corps
Le même pour tous	Propre à chacun, liée à l'histoire
S'élabore sur des sensations	S'élabore sur des expériences émotionnelles
Évolutif dans le temps et l'espace	Le passé inconscient résonne dans la relation présente
Pré-cs, cs, ics	Incs
Se structure par apprentissage et expériences	Se structure par la communication

1.4 Le corps dans le pathologies

Les névroses

La question du corps est centrale.

Atteintes des fonctions : alimentation, sommeil, sexualité

Le névrosé habite son corps mais il en a peur.

- Hystérie : le corps est mis en scène
- Phobie : Le corps est encombrant
- Obsession : Corps = objet de soins, de méfiance

Les troubles de l'humeur

Dépression : Ralentissement idéique et psychomoteur

Le corps est douloureux

États maniaques : hyperactivité motrice, déni corporel.

La schizophrénie

Dépersonnalisation, catatonie, élaborations délirantes

Le corps n'est pas engagé dans la relation

Inadéquation entre l'affect et son expression corporelle.

Rôle du psychomotricien

- Réveiller des sensations pour que le corps prenne son rôle de référent
- Donner au patient le désir de ressentir, de découvrir des sensations corporelles, donner les moyens de maîtriser son corps pour favoriser une ouverture sur l'extérieur.

1.5 Chez l'enfant polyhandicapé

L'évolution du tonus permet l'émergence des premières conduites motrices intentionnelles dont la coordination renforce la conscience du corps propre.

Troubles du tonus fréquents

- retard ou impossibilité l'acquisition des mouvements.
- Incidence sur le développement des praxies

Atteinte visuelle ou auditive

- Privation de stimulations sensorielles éveillant le désir de se mouvoir ou de saisir des objets.

La douleur

- Adoption de postures antalgiques + attitudes de repli \Rightarrow pauvreté des échanges corporels.

Pauvreté des expériences sensorimotrices

- Pauvreté d'élaboration de repères somatognosiques et temporeux spatiaux

La déficience intellectuelle

- Difficulté de construction de ces représentations

Les premières étapes sont entravées : affectation des représentations spatiales et de l'image du corps qui l'accompagne.

1.5.1 Le cadre en psychomotricité

- Offrir un cadre rassurant, stimulant qui favorise l'exploration du corps et de son environnement.
- Définir la place des parents dans ce cadre

1.5.2 Le rôle du psychomotricien

- Offrir un lieu où l'enfant puisse ressentir son corps et les affects qui s'y rattachent et en construire les limites
- Utiliser son corps dans la relation à l'autre
- Créer un espace où il peut expérimenter en sécurité et connaître le plaisir à travers le mouvement
- Construire des modes de communication
- Donner un sens à son vécu corporel en accompagnant les progrès et les régressions.
- Développer, maintenir les fonctions perceptivo-motrices et favoriser son adaptation à l'environnement

ronnement.

Auprès des parents

- Leur offrir un espace d'écoute
- Valoriser leur compétence parentale en leur donnant les moyens de se rencontrer

1.5.3 Évaluation psychomotrice

Nécessité d'une évaluation des possibilités neuro-motrices, sensori-motrices et relationnelles
→ Orientation et les différentes modalités de prise en charge de l'enfant.

Important : le bilan psychomoteur est un outil d'évaluation d'un enfant à un moment de son existence.

Il permet de connaître les potentialités et les difficultés et ainsi d'établir un projet thérapeutique.

L'évaluation des fonctions psychomotrices s'effectue en référence à des échelles de développement du jeune enfant.

- L'échelle de développement psychomoteur de Brunet-Lezine
- Les grilles d'évaluation neuro-psychomotrice de Vaivre-Douret
- Les grilles des N.E.M de Le Métayer

Le bilan d'observation peut s'établir sous différents axes :

Etat tonique global :

Tonus axial et périphérique

Capacités posturo-locomotrices :

- Maintien et redressement de la tête, du tronc.
- Maintien des postures
- Passage d'une position à l'autre
- Modes de déplacement

Préhension :

Type de préhension : au contact, palmaire, pince.

Comportement avec les objets saisis : cognitif, stéréotypé.

Coordinations/dissociations :

Coordination oculo-manuelle, coordination membres supérieurs/membres inférieurs.

Schéma corporel et image du corps :

Perception de la globalité de son corps, conscience et reconnaissance des différentes parties de son corps,

Zones corporelles les plus investies.

Investissement de l'espace :

Intérêt pour le corps propre seulement, investissement de l'espace proche et/ou plus lointain.

Attitude face aux objets :

Regarde, lance/jette, utilisation dans des gestes stéréotypés, activités manipulatoires, activités exploratoires, permanence de l'objet.

Capacités de communication :

Désir ou non de communiquer.

Mode de communication

Observation de réactions face aux moments de plaisir et/ou de mécontentement.

Absence ou présence de langage

Contact :

Recherche ou non de contact physique, déplacement vers l'autre, comportement de fuite.

Sociabilité :

Sourire, réponse aux sourires, colère

1.6 Bibliographie

- ANDRIEU B. « Le corps dispersé », l'Harmattan, Paris, 1993
- ANZIEU D, « Le moi-peau », Paris, Bordas, 1985
- ANDRE P., BENAVIDES T., CANCHY-GIROMINI F. , « Corps et psychiatrie », Ed. Heures de France, Thoiry, 1996
- BENAVIDES T., « Le développement de la connaissance du corps chez l'enfant », Journal de Pédiatrie et de Puériculture, pp 281-286, Ed. techniques de l'Encycl. Med. Chir., N° 5, Vol 10, Paris, Juillet, 1997
- BENAVIDES T., « Recherche limites, désespérément », Enfance et Psy, pp. 83-89, Ed. Erès, N° 11, Paris, Mars, 2000
- BERNARD M. « Le corps », Editions Universitaires, Paris, 1976
- CAMBIER J et BOVIER ph, « Corps et douleur, le corps en psychiatrie », Paris, Masson, 1982
- CANCHY-GIROMINI F, « Corps et paroles sur le corps » Ed. Vernazobres-Gregio, Paris, 1995
- DOLTO F, « L'image inconsciente du corps », Paris, Seuil, 1984
- GAUTHIER JM, « Le corps de l'enfant psychotique », Paris, Dunod,1999
- GUILLERAULT G, « Le corps psychique. Essai sur l'image du corps selon F. Dolto » l'Harmattan, 2000
- LESAGE B., « Etayage et structure corporelle : corps à corps et corps - accord », Thérapie psychomotrice et recherches, 1996, pp. 20-31
- MONTAGU A, « La peau et le toucher », Paris, Seuil, 1979
- MOYANO O., « Du corps au contenant psychique, Le corps en question en psychomotricité », Thérapie psychomotrice, n° 92,1991, p 34-49
- PAILLARD J, « Le corps et ses langages d'espace, le corps en psychiatrie », Paris, Masson, 1982
- PASINI W., ANDREOLI A., « Le corps en psychothérapie », Paris, Payot, 1993
- SAMI-ALI, « Corps réel, corps imaginaire », Paris, Dunod, 1977
- SCHILDER P, « L'image du corps », Paris, Gallimard, 1973

- VAYER P, « Le dialogue corporel », Paris, Doin, 1971
- WALLON H, « Kinesthésie et image visuelle du corps propre chez l'enfant », *Enfance*, 1958, N°7, p. 239-246
- ZAZZO R, « La genèse de la conscience de soi, la reconnaissance de soi dans le miroir » *Psychologie de la connaissance de soi*, 1973, Paris, PUF, p. 145-188

Chapitre 2

L'infirmité motrice cérébrale

2.1 Définition

- Terme introduit par TARDIEU en 1969
- Séquelle de lésion cérébrale néonatale
- Atteinte non-héréditaire et non-évolutive
- Atteinte des fonctions neuromotrices alors que l'outil moteur est normal.
- Intelligence et comportement sont normaux
- **IMOC** : Associe les mêmes troubles moteurs à une déficience intellectuelle
- **Polyhandicap** : plusieurs handicaps lourds associés dont un retard mental sévère.
- Prévalence : 0,6 / 1000

2.2 Les premiers signes

- Souvent signalés par les parents.
- Ils sont repérables à un âge variable suivant la gravité de l'atteinte.
- Difficultés dans le développement de la motricité : tenue de tête non acquise, station assise tardive...
- Signes évoquant un contrôle moteur anormal : membres inférieurs raides, tenue de tronc asymétrique...

2.3 Etiologie

- Lésions cérébrales secondaires à un trouble circulatoire
 - ischémie = diminution de l'apport du sang
 - Hémorragie
- Causes anténatales, néonatales ou postnatales

- Augmentation des causes anténatales \Rightarrow meilleure survie des enfants de petit poids ou très prématurés.

2.3.1 Causes anténatales

- Pathologies maternelles
- Causes psychosociales
- Hypertension artérielle
- Ictère nucléaire

2.3.2 Causes néonatales

- Traumatisme obstétrical
- Hypoxie
- Prématurité : première cause en occident.
Naissance avant la 37^{ème} SA (8 mois de grossesse).
Risque d'ischémie est plus important
2 critères sont importants : le poids de naissance et si la naissance est intervenue avant la 32^{ème} semaine.

2.3.3 Causes postnatales

- Infection
- Traumatisme
- Méningites

2.4 Les différentes formes cliniques

La symptomatologie dépend de la localisation de la lésion.

La diplégie spastique de Little

atteinte des 2 membres inférieurs + atteinte minime des membres supérieurs.
Troubles associés : Troubles praxiques, épilepsie.

La tétraplégie spastique

Atteinte de tout le corps avec une tenue de tête faible.

L'hémiplégie spastique

Atteinte unilatérale avec composante dystonique
Troubles associés : épilepsie, troubles visuo-spatiaux, astéréognosie, trouble spécifique du

langage.

Forme athétosique

Mouvements lents, involontaires survenant au repos

Atteinte du système extrapyramidal qui joue un rôle dans la régulation des mouvements volontaires.

Facteur B + imprécision de commande motrice

Ataxie cérébelleuse

Atteinte des voies cérébelleuses

Trouble de la coordination et de la statique

Tremblements fins touchant l'extrémité des membres

Hypotonie ⇒ trouble de la marche

Dysarthrie ⇒ parole lente et saccadée

2.5 Les troubles associés

Atteinte de certaines fonctions ⇒ difficultés d'apprentissage

Certaines étapes du processus cognitif ne sont pas épargnées malgré l'intelligence normale

- Difficultés d'organisation du mouvement = dyspraxie
- Difficultés de repérage des données spatiales
- Difficultés dans l'analyse des images

2.5.1 Les troubles sensoriels

Les troubles du regard

Troubles de la fixation, de la poursuite oculaire, de l'exploration.

Les troubles auditifs

- Lésion des centres auditifs primaires
- Lésion de la cochlée

2.5.2 La comitialité

Les lésions cérébrales ⇒ troubles de l'excitation neuronale.

2.5.3 Les troubles du langage

- Atteinte du versant sensoriel
- Atteinte du versant moteur

2.5.4 Les troubles praxiques

L'action est précédée d'un projet d'action intégrant les données du mouvement nécessaires pour accomplir l'action.

2.5.5 Les troubles gnosiques

Intégration et décodage des stimuli qui arrivent au cerveau.

2.5.6 Les troubles psycho-affectifs

- Les hospitalisations rendent difficiles la construction de la relation.
- Sentiment de culpabilité \Rightarrow hyperprotection ou rejet.
- Les attitudes spastiques \Rightarrow difficulté de dialogue tonique.
- Les troubles neurovisuels \Rightarrow perturbation des échanges, de la communication non-verbale.
- Adolescence : prise de conscience de l'irréversibilité du handicap.

2.5.7 Les troubles liés à un dysfonctionnement frontal

Tripotage, adhérence, trouble de la mémoire

2.6 Les fonctions neurovisuelles

2.6.1 Les voies practo-motrices

Regarder = saisir l'information sur la rétine.

3 sortes de mouvements pré-programmés qui sont combinés de façon permanente dans la vie quotidienne.

- La fixation
- Le balayage
- La poursuite oculaire

Chez les enfants IMC \Rightarrow Trouble de la pré-programmation de ces mouvements

2.6.2 Les voies sensori-gnosiques

Voies sensorielles qui conduisent à l'analyse ou au décodage des images captées.

- Le récepteur = la rétine (cônes + bâtonnets)
- Le décodage = interprétation et accès à la signification (cortex).
Selon le type d'information : le décodage se fera dans des zones distinctes des lobes occipitaux.
- L'accès à la signification = décodage du sens du message visuel (zones associatives).
Confrontation : Informations issues des récepteurs + connaissances emmagasinées dans les domaines langagier, mnésique, raisonnement.

Le cerveau doit organiser la perception, l'intégrer à un ensemble de connaissances cognitives et interpréter l'information jusqu'à ce qu'elle prenne sens.

2.7 La pathologie de la vision : les agnosies

Agnosie visuelle = troubles des fonctions perceptives concernant l'identification par le canal visuel des objets, images, sans trouble élémentaire de la vision.

Atteinte des voies afférentes, celles qui permettent l'attribution d'un sens à ce qui est vu.

L'agnosie des images

La plus fréquente des agnosies même si elles sont encore négligées.

L'enfant a un comportement étrange vis à vis des images.

Fluctuation des réponses.

Image indécodable : caractéristiques physiques

Rôle du regard dans la construction de l'espace :

- La topologie : situer les objets les uns par rapport aux autres
- Les orientations par rapport à un axe de référence : axe vertical ou axe de symétrie corporelle

Conséquence : dans la vie quotidienne et scolaire

- Apprentissage de praxies complexes
- L'accès à la représentation de la troisième dimension
- Acquisition de notions géométriques
- Activités de repérage sur un plan

2.8 La dyspraxie visuo-spatiale

Praxies : fonctions cognitives élaborées permettant la gestion de tous les gestes volontaires finalisés

Anomalie touchant les fonctions de planification et de pré programmation de gestes volontaires.

Ces troubles de l'assemblage sont intriqués avec des difficultés d'analyse visuelle.

Il n'y a ni insuffisance d'apprentissage, ni déficit mental.

La dyspraxie de l'habillement :

Pathologie fréquente.

Il confond devant/derrière, endroit/envers.

Grande lenteur

2.8.1 Les praxies

Coordination volontaire des mouvements vers un but.

Le mouvement est la résultante d'un apprentissage et non d'un réflexe.

Le geste intentionnel suppose :

- Élaboration d'un plan ou d'un programme moteur permettant d'atteindre un but précis.
- Contribution de rétroactions kinesthésiques, proprioceptives, vestibulaires.
- S'appuie sur des informations du monde extérieur

2.8.2 La dyspraxie

- Trouble de la coordination développementale \Rightarrow altération marquée dans le développement de la coordination motrice.
- Peut survenir :
 - Chez des enfants sans aucun antécédent neurologique = Dyspraxie développementale.
 - Chez des enfants présentant des antécédents particuliers : IMC...

Conséquence :

Retard du développement psychomoteur

Déficit d'intégration sensori-motrice affectant le schéma corporel (infos visuo-spatiales et proprioceptives imprécises).

2.9 Les troubles liés au syndrome frontal

Le cortex préfrontal sous-tend de nombreuses fonctions cognitives :

- Troubles de l'attention
- Troubles du geste
- Trouble de la mémoire de travail

Chez l'enfant :

- « Tripotage » incessant de tout matériel situé dans l'espace de préhension. Manipulation sans projet.
- Adhérence excessive : tendance à poursuivre une action (parole, geste) sans but. Les persévérations peuvent se voir :
 - Domaine idéique
 - Domaine verbal
 - Domaine graphique.
- Défaut d'adhérence :
 - Au niveau du langage : diffluence
 - Impulsivité : enfant distrait, agité

2.10 Le bilan psychomoteur

Capacités Posturo-motrices

- Observation du maintien postural
- Passage d'une position à une autre
- Observation des moyens de déplacement

Schéma corporel

- Dessin du bonhomme
- Puzzle
- Somatognosie
- Vocabulaire latéralité

Étude de l'espace

- TRT
- Trajets : marquage au sol, schéma
- Topologie : repère égocentré et décentré
- Perception spatiale : Test des points, perception directionnelle.

Oculo-motricité

- Vision binoculaire
- Fixation, poursuite.
- Exploration : Test des cloches, dénombrement

- Coordination œil/cible : pointage, suivi de tracés

Étude du temps

- Jours de semaine (avant/après), mois de l'année, saisons, DDN, place dans la fratrie.

Graphisme

- Signes pré-picturaux
- Écriture de mots connus en copie ou en dictée
- BHK (échelle d'évaluation rapide de l'écriture)

Praxies

- Figure complexe ou simplifiée de Rey
- Bender ou Santucci
- E.M.G. (imitation de gestes)

2.11 Evaluation praxiques et visuo-spatiales

Épreuves graphiques

- Le BHK
- Le Bender : difficultés particulières sur les obliques, les éléments sont reconnaissables mais non reliés entre eux.

Épreuves de praxies constructives

- Épreuves de construction avec des cubes : pont (3 ans), escalier (4 ans), pyramide (5 ans).

Épreuves visuo-spatiales

- Épreuve de « barrage et des points » de Lacert
- Frostig : Sub-test « position dans l'espace et « relations spatiales »

Epreuves gestuelles

- L'E.M.G.
- Epreuves non-étalonnées :
 - Reconnaître un geste
 - Reproduction de gestes
 - Faire un geste sur consigne orale

Gestes caractéristiques des enfants dyspraxiques

- Tourne le matériel dans tous les sens
- Savent que leur production est ≠ du modèle
- Réalisations successives différent pour un même modèle

Principales épreuves utilisées dans le bilan

Epreuves	Dyspraxies pures	Dyspraxies visuo-spatiales	Troubles visuo-spatiaux
Figure de Rey	Échec	Échec	Échec
Imitation de gestes	Variable	Échec	Échec
Mimes utilisation objets	Échec	Variable	Variable
Reversal	OK	Variable	Échec
Lacert	OK	Échec	Échec
Barrage de cibles	OK	Échec	Échec
Frostig			
Position espace	OK	Échec	Échec
Relations spatiales	Échec	Échec	Échec

2.12 Evaluation des troubles gnosiques visuels

Signes d'appel

Enfant prématuré porteur de troubles du regard

Enfant présentant des troubles neurologiques avec atteinte des lobes occipitaux

Étayer le diagnostic

Pas de tests spécifiques

- Agnosie des images :
Ce sont les plus fréquentes
 - Dénomination d'images : il étonne par la méconnaissance des objets usuels (élimination : manque du mot, méconnaissance du mot le désignant)
 - Sub-test « discrimination figure-fond »
 - Sub-test « constance de formes »

Dissociation

On cherche 2 types de dissociations

- En fonction du matériel utilisé : images/objets
- En fonction de la nature des afférences

Importance de faire la preuve que les troubles ne sont pas le reflet

- D'une déficience mentale
- D'un trouble linguistique

Conséquences

- Sur les apprentissages
- Graphisme
- Comportement

2.13 Les fonctions exécutives

Elles font le lien entre les connaissances, les savoirs, les savoir-faire.

C'est un contrôle et une régulation de toutes les opérations cognitives « spécialisées » : fonctions linguistiques, mnésiques, praxiques, gnosiques, raisonnementales.

- Fonction de filtre : oriente et régule l'attention en fonction d'un projet. (atteinte = distractibilité, aimantation vers un stimulus)
- Fonction d'arrêt : atteinte = persévérations motrices, langagières, gestuelles, graphiques.

Caractéristique du fonctionnement cognitif lors d'un syndrome dysexécutif

- Persévérations
- Réponse de type n'importe quoi
- Diffluence

Les fonctions attentionnelles et exécutives sont rarement explorées chez l'enfant et le diagnostic de syndrome dysexécutif est rarement posé

2.14 La prise en charge de l'enfant IMC

Le psychomotricien élabore son projet thérapeutique à partir de l'examen psychomoteur.

L'examen psychomoteur fait apparaître, après la synthèse, le retentissement des lésions et ses effets.

La prise en charge va approcher et travailler :

- Les troubles neuropsychologiques (gnosies, praxies, mémoire, attention...)
- Les déficits de synthèse de référence : SC, spatialisation, temporalité
- Les troubles psychoaffectifs
- Les troubles relationnels

Le psychomotricien se réfère toujours au retentissement de ce trouble sur le corps

2.15 Evaluation et prise en charge de l'enfant polyhandicapé

Chapitre 3

La déficience mentale

3.1 Introduction

État de réduction notable du fonctionnement d'un individu.

« Fonctionnement intellectuel inférieur à la moyenne, associé à des limitations dans au moins deux domaines du fonctionnement adaptatif : communication, compétences domestiques, habiletés sociales, aptitudes scolaires fonctionnelles »

Introduction de la psychométrie par Binet.

Classification de l'OMS

Déficience mentale profonde : $QI < 25$

Déficience mentale sévère : $QI < 40$

Déficience mentale modérée : $QI < 55$

Déficience mentale légère : $QI < 70$

Déficience mentale limite : $QI < 85$

3.2 Etude clinique

3.2.1 Déficience mentale profonde

Niveau de développement

Le niveau mental ne dépasse pas 2 ou 3 ans.

Retard massif de toutes les acquisitions.

Langage réduit à quelques mots ou phonèmes

Existence fréquente de troubles neurologiques associés (épilepsie).

Troubles affectifs et du comportement

Perturbations relationnelles massives

Symptômes évoquant certaines psychoses infantiles

3.2.2 Déficience mentale sévère et modérée

Niveau de développement

Age mental de 6/7 ans

Retard de développement psychomoteur fréquent

Certaine autonomie possible si environnement stimulant

Langage asyntaxique

Scolarisation impossible

La pensée se maintient au mode préopératoire.

3.2.3 Déficience mentale légère et limite

Niveau de développement

Scolarité = critère fondamental caractérisant l'enfant

Langage = pas d'anomalie sévère

Insertion sociale satisfaisante

Troubles affectifs et du comportement

Organisation en deux axes :

- Instabilité, réactions colériques devant l'échec
- Inhibition, soumission

3.3 Les causes de la déficience mentale

3.3.1 Les causes prénatales

- Les perturbation du programme génétique
- Les maladies héréditaires du métabolisme
- Les troubles de la répartition du matériel génétique
- Les atteintes dues à des maladies transmissibles (rubéole, toxoplasmose)

3.3.2 Les causes périnatales

- Les atteintes mécaniques : hémorragies cérébro-méningées

3.3.3 Les causes postnatales

- Maladies infectieuses
- Accidents avec traumatisme cérébral
- Les carences graves en stimulation

3.4 Enquête étiologique

3.4.1 Les aberrations chromosomiques

Autosomiques

La trisomie 21, La maladie du cri du chat

Gonosomiques = portant sur les chromosomes X ou Y

- Le syndrome de Turner (45X au lieu de 46XX)
- Le syndrome de Klinefelter (47XXY)
- La fragilité du chromosome X

3.4.2 Les déficiences liées à des maladies génétiques

Les encéphalopathies métaboliques héréditaires

- Les amino-acidopathies : la phénylcétonurie
- Les troubles du métabolisme glucidique
- Les encéphalopathies progressives : Maladie de Niemann-Pick

Les déficiences intellectuelles familiales

- Les anomalies cutanées : La sclérose tubéreuse de Bourneville, la maladie de Sturge-Weber

3.4.3 Les atteintes cérébrales acquises

Les atteintes anténatales

malformations cérébrales = trouble prénatal du développement (15 %)

Les atteintes postnatales

- Les encéphalites
- Les traumatismes crâniens
- Les troubles métaboliques

- L'épilepsie :
 - Syndrome de West : début 5/12 mois
 - Syndrome de Lennox-Gastaut : début 2/4 ans

3.4.4 Les facteurs psychosociaux

Importants dans le cadre de la débilité légère

De nombreuses études montrent une corrélation entre la débilité légère et les conditions socioculturelles défavorables.

Travaux de Spitz sur le climat affectif jouant un rôle fondamental

3.5 La trisomie 21 ou syndrome de Down

3.5.1 Les aspects médicaux

Les aspects génétiques

- 1846 : P.SEGUIN parle de ce syndrome à la suite des descriptions de John DOWN
- 1959 : LEJEUNE démontre que le mongolisme est lié à la présence de 3 chromosomes 21

Rappel génétique

A la conception, le sujet reçoit 46 chromosomes de ses parents. L'œuf fécondé contient 2 chromosomes 21, cette première cellule se duplique en 2 nouvelles cellules ayant chacune 2 chromosomes 21. Ces cellules se dupliquent à leur tour donnant 4 puis 8, 16...

Dans la trisomie l'erreur survient au moment de la répartition des chromosomes 21

3.5.2 Les différents types de trisomie 21

La Trisomie libre

- Erreur avant la fertilisation

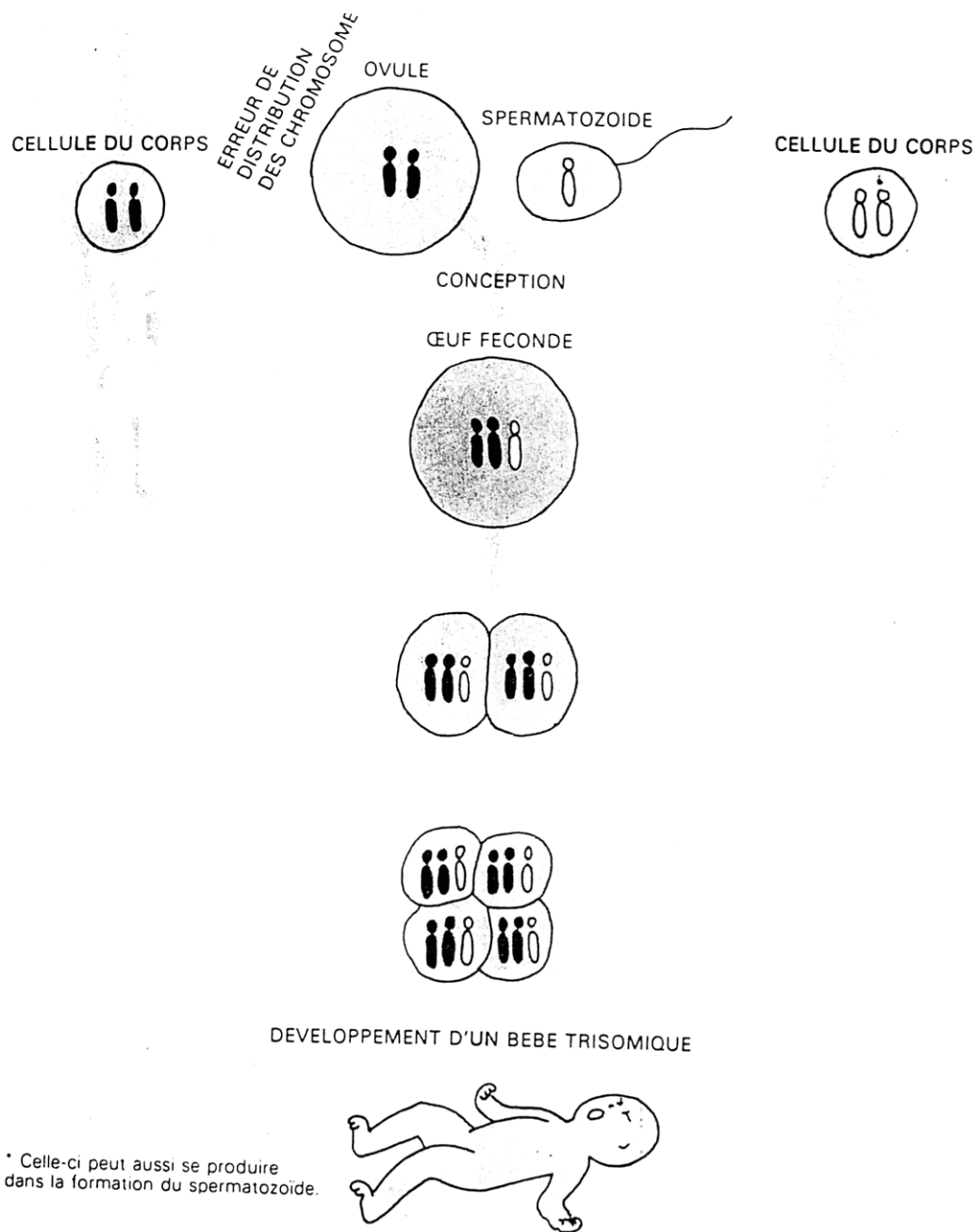


Figure 5 – Une erreur de distribution des chromosomes dans l'ovule ou le spermatozoïde peut amener une trisomie 21 dans l'œuf fécondé. Toutes les cellules formées ensuite présentent ce déséquilibre génétique, ce qui a pour effet ces altérations dans le développement que l'on appelle le syndrome de Down.

Trisomie libre : erreur avant la fertilisation

- Lors de la première division cellulaire

SYNDROME DE DOWN

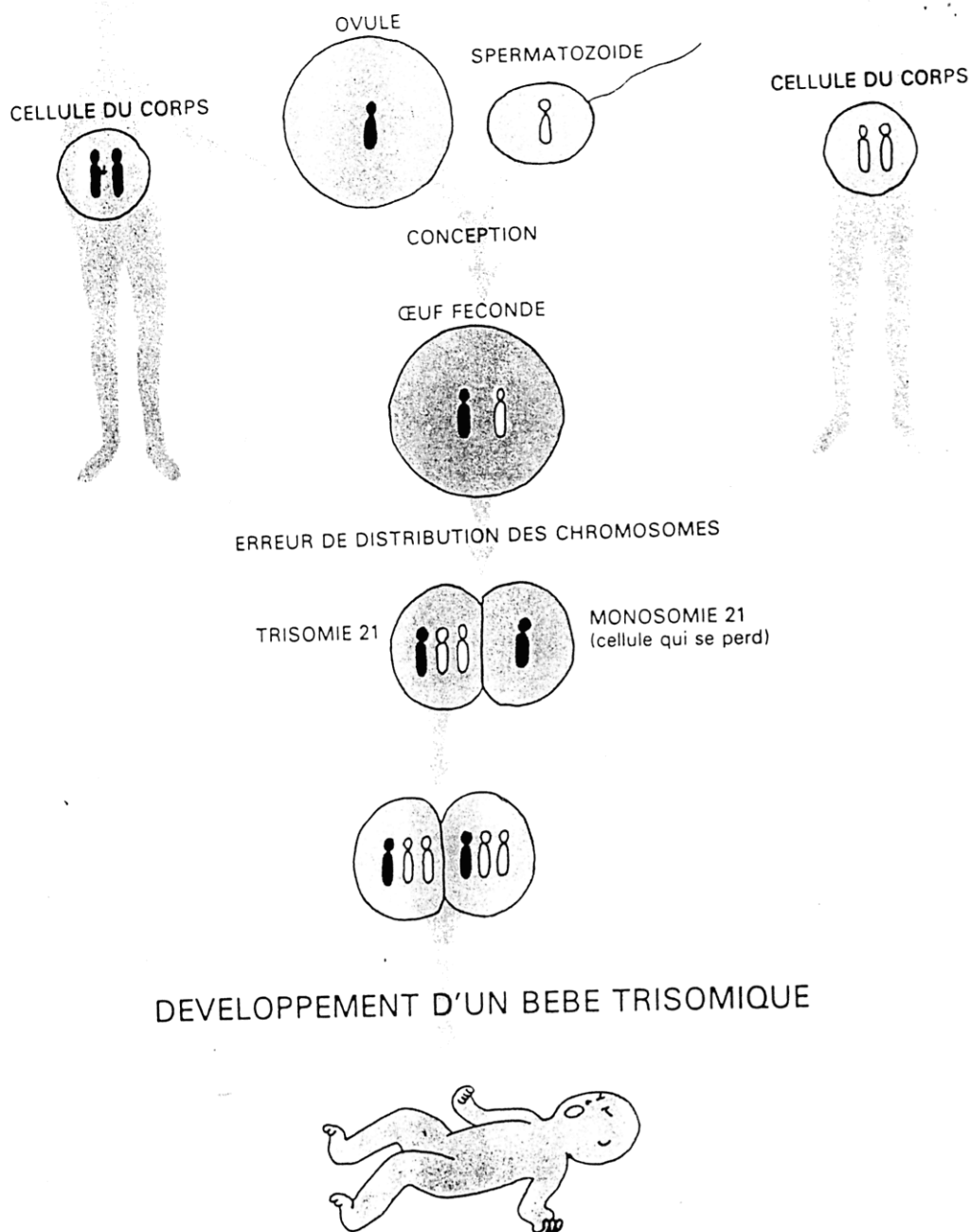


Figure 6 — Distribution anormale d'un chromosome 21 dans la première division cellulaire de l'œuf fertilisé, amenant une trisomie 21 et produisant un bébé qui présente le syndrome de Down.

Trisomie libre : lors de la 1^o division cellulaire

La trisomie en mosaïque

- L'erreur se produit à partir de la 2^o division cellulaire

La trisomie par translocation

Translocation = remaniement chromosomique entre 2 chromosomes qui ne feront plus qu'un.

- Parent porteur de la translocation qui apportera 2 chromosomes 21, un libre et un transloqué, l'autre parent apportera 1 chromosome 21 \Rightarrow Enfant aura 3 chromosomes (2 libres et 1 transloqué).
- Lors de la première division, il y a un processus de translocation alors que les parents sont sains

3.5.3 Etiologie

Facteurs intrinsèques

- La mère est trisomique
- Les cas de translocation
- L'âge maternel

Les facteurs extrinsèques

- Les radiations
- Les déficiences vitaminiques
- Les facteurs immunobiologiques

FORMATION D'UN CHROMOSOME TRANSLOQUE

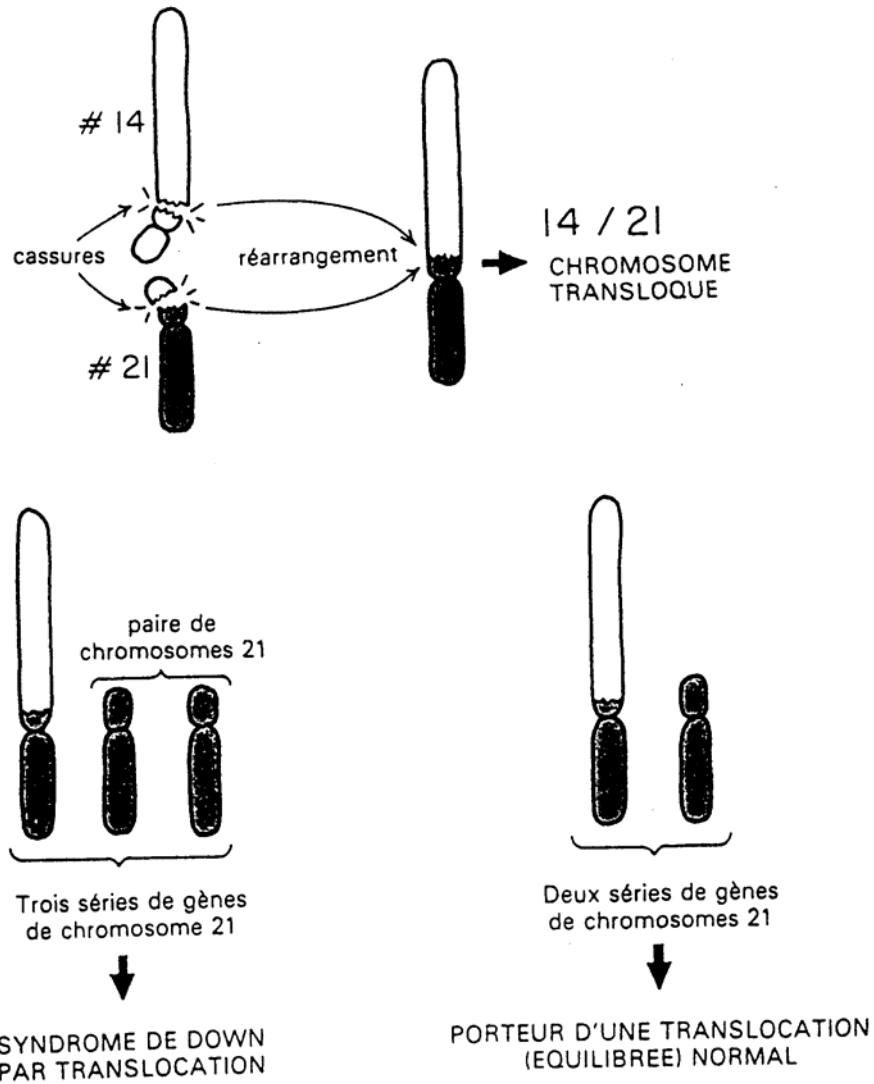


Figure 8 — La cassure et la soudure des grands bras des deux chromosomes produisent un chromosome transloqué simple (avec perte des deux petites parties). Quand l'œuf fécondé reçoit ce chromosome transloqué 14/21 en plus des deux chromosomes 21 habituels, il en résulte un enfant trisomique 21. Quand l'œuf fécondé reçoit le chromosome transloqué 14/21 plus un chromosome 21, il en résulte un enfant qui sera un porteur normal de la translocation ; et lui-même courra le risque d'avoir un enfant présentant le syndrome de Down.

3.5.4 La prévention et le diagnostic prénatal

Les méthodes invasives

- L'amniocentèse, à partir de la 8^e SA

- Ponction du sang fœtal

Les méthodes non-invasives

- L'échographie \Rightarrow recherche de la taille de l'axe fronto-occipital, rapport de la taille fémur/pied, la nuque plate, malformations cardiaques, épaissement du pli du cou.
- Le dosage sanguin : 16/18° SA \Rightarrow faux positifs/ faux négatifs
Faux positifs = Résultat mauvais alors que l'enfant est indemne
Faux négatifs = Dosage normal mais enfant est porteur d'une trisomie.
35 % erreurs.

Prudence :

Le faux positif entraîne une angoisse avec risque de perte d'un enfant sain
Le faux négatif a des conséquences dramatiques en terme d'acceptation de l'enfant trisomique. Le choc de la réalité peut compromettre la qualité des liens futurs.

3.5.5 Les caractéristiques morphologiques

- Taille < moyenne
- Petite tête avec l'occipital plat
- Nez aplati car arête nasale insuffisante
- Yeux légèrement bridés
- Des oreilles basses
- Dents mal plantées
- Cou fort
- Des mains courtes, auriculaire n'a que 2 phalanges
- Un seul pli palmaire
- Des cheveux fins et peu abondants

3.5.6 Le développement moteur et psychomoteur

On observe , à des degrés divers, un retard d'évolution motrice avec une hypotonie + un retard de maturation neurologique.

Hypotonie

- Retard postural : tenue de tête (4/5 mois), position assise (12 mois), déplacements au sol (13 mois), marche (24 mois).
- Apparition tardive de la prise digitale en pince
- Sphère buco-faciale : protusion de la langue, bavage, mimique atone.

Retard de maturation nerveuse

- Disparition tardive des réactions motrices automatiques

3.6 Le syndrome de l’X fragile

Deuxième cause des retards mentaux héréditaires : signes allant de difficultés d’apprentissage \Rightarrow retard mental sévère

Atteinte surtout des garçons : 1/1200

Moins de filles : 1/2500

1991 : découverte du gène FMR1 (Fragile X Mental retardation) : amplification anormale d’une séquence répétitive de triplets CGG hyperméthylés.

Transmission dominante avec pénétrance incomplète = certaines personnes sont porteuses du syndrome en latence

Caractéristiques :

Grande variété de symptômes

Les caractéristiques physiques

- Anomalie des oreilles (position et orientation)
- Visage allongé
- Front haut
- Macroorchidie
- Pli palmaire unique
- Pieds plats
- Astigmatisme
- Grandes oreilles

20 à 30 % ne présentent aucun signe physique \Rightarrow on se réfère aux caractéristiques comportementales.

- Hyperactivité
- Troubles de l’attention
- Langage persévératif
- Colères fréquentes
- Anxiété relationnelle

Les anomalies de croissance

- Périmètre crânien $>$ normale
- Taille et poids élevés

Le retard mental et problèmes d’apprentissage

- Chez les garçons : 85 % ont un retard mental (QI $<$ 40)
- Chez les filles : 50 à 70 % ont un QI $<$ 85

Le comportement

- Filles : timides, anxieuses
- Garçons : hyperactivité, difficultés d’attention

Certaines caractéristiques autistiques (morsures, réactions défensives au toucher) apparaissent chez les garçons, moins chez les filles

3.7 La sclérose tubéreuse de Bourneville

Maladie familiale héréditaire à transmission autosomique dominante
Association d'anomalies oculaires, rénales, cardiaques, dermatologiques.

Signes neurologiques

- Épilepsie : pronostic en lien avec l'âge du début des crises
- Retard intellectuel

Trouble du comportement

- Parfois composante autistique
- Hyperactivité + trouble de l'attention

Signes dermatologiques : très fréquents

- Macules dépigmentés
- Angiofibromes cutanés

3.8 L'autisme

3.8.1 Historique et définition

1911 : terme employé pour la première fois par E. BLEULER

1943 : Kanner en fait une pathologie à part entière

« Inaptitude à établir des relations normales et à réagir normalement aux situations. »

Caractéristiques cliniques : retrait autistique, besoin d'immuabilité, trouble du langage

3.8.2 Evolution du concept

Abandon du terme de psychose infantile ⇒ Trouble du développement.

Perturbation du développement du SNC à un stade précoce

Dysfonctionnement cérébral ⇒ terrain neuropsychologique avec dimension affective

Opposition aux autres troubles du développement :

- Déficience intellectuelle

- Dysphasie
- Dyspraxie

3.8.3 Classification

Les troubles envahissants du développement (TED)

L'autisme infantile

Développement anormal observé avant 3 ans

Perturbations : interactions sociales, communication, comportement

Retard intellectuel

Caractérisé par :

1. Total de 6 items appartenant aux rubriques 1,2 et 3 avec au moins 2 items dans la rubrique 1 et un item dans chacune des deux autres.
 - Rubrique 1 : Anomalies de l'interaction sociale
 - Rubrique 2 : Anomalies qualitatives dans la communication
 - Rubrique 3 : Intérêts restreints, comportements répétitifs
2. Développement retardé avant 3 ans dans l'interaction sociale, langage, jeu symbolique.
3. Perturbations non liées au syndrome de Rett ou à un désordre désintégratif de l'enfance

L'autisme atypique

TED avec apparition + tardive des troubles

Anomalies discrètes dans un des 3 secteurs normalement atteints dans l'autisme

Le syndrome de Rett

Trouble décrit chez les filles.

Première période de développement normal, puis perte du langage et motricité + stagnation du PC

1. *Présence de tous les signes suivants :*
 - Développement périnatal apparemment normal
 - Développement psychomot normal → 5 mois
 - PC normal à la naissance
2. *Apparition des signes après la période normale de développement*
 - Ralentissement de la croissance de la tête entre 5 et 48 mois
 - Perte des habiletés manuelles fonctionnelles + mouvements stéréotypés des mains
 - Perte de l'engagement social
 - Démarche peu coordonnée
 - Développement anormal du langage

Autre trouble désintégratif de l'enfance

TED autre que le syndrome de Rett avec période de développement normal puis apparition de troubles : perte nette des performances + anomalies de la communication, des relations sociales et du comportement, perte du langage.

1. *Développement normal* → 2 ans
2. *Perte des habiletés acquises dans au moins deux domaines* :
 - Langage réceptif et expressif
 - Habiletés sociales
 - Contrôle sphinctérien
 - Jeu
 - Habiletés motrices
3. *Anomalies du fonctionnement dans au moins deux domaines*
 - Anomalies qualitatives de l'interaction sociale
 - Anomalies qualitatives de la communication
 - Comportements, intérêts restreints répétitifs et stéréotypés
4. *Troubles qui ne correspondent pas à un autre TED ou schizophrénie*

Syndrome d'Asperger

Troubles avec anomalies qualitatives des interactions sociales réciproque. Activités répétitives. Développement du langage et cognitif bons.

1. *Anomalies qualitatives de l'interaction sociale (2 signes)*
 - Anomalies des comportements non-verbaux
 - Incapacité à développer des relations sociales
 - Manque de partage des activités ludiques
 - Manque de réciprocité émotionnelle
2. *Comportements, intérêts et activités restreints (1 signe)*
 - Préoccupation pour un centre d'intérêt anormale par l'intensité ou le thème
 - Adhésion inflexible à des routines
 - Maniérismes moteurs répétitifs
 - Préoccupations persistantes pour des parties d'objets
3. *Troubles entraînant des anomalies dans le fonctionnement social*
4. *Pas de retard significatif dans le développement du langage*
5. *Pas retard dans le développement cognitif ou autonomie ou comportements d'adaptation*

3.8.4 Les signes précoces de l'autisme

Catégorie de signes	Symptômes
Trouble des conduites sociales	Aversion contact corporel, défaut d'attitude anticipatrice
Trouble du pré langage	Babillage monotone
Retard développement psychomoteur	Hypotonie, ↓ contrôle postural
Troubles des conduites perceptives	Évitement du regard, réactions paradoxales aux bruits
Trouble du comportement	Indifférence au monde ext, inactivité, stéréotypies, cris
Troubles fonctionnels	Vomissements, anorexie, insomnie
Absence des organisateurs de Spitz	Absence de sourire au visage, absence d'angoisse devant l'étranger

3.8.5 Évolution de la symptomatologie autistique

Le nouveau-né

- Semble ne pas avoir besoin de sa mère
- Pleure rarement

Les 6 premiers mois

- Sourire, baillage absents ou retardés
- Réactif aux sons

De 6 à 12 mois

- Non affectueux
- Dans les bras : indifférent ou rigide
- Absence de communication verbale et non-verbale
- Aversion pour nourriture solide

De 2 à 3 ans

- Indifférent aux contacts sociaux
- Communique en bougeant la main de l'adulte
- Recherche de stimulations sensorielles
- Particularités motrices

De 4 à 5 ans

- Absence de contact oculaire
- Langage limité ou absent
- Résistance aux changements dans l'environnement

3.8.6 Les signes cliniques de l'autisme

Anomalies qualitatives de l'interaction sociale

Les comportements non- verbaux non-présents ou mal utilisés.

Le regard est déviant

Mimiques sociales appauvries ou exagérées

Faible compréhension des expressions des autres ⇒ isolement

Anomalies de la communication

Retard d'acquisition du langage et non utilisation d'autres modes de communication

Langage abstrait mal compris

Si langage : présence d'écholalies immédiates et différées

Intérêts restreints, comportements répétitifs

Intérêt vers un objet qui est utilisé dans des activités répétitives

Changements mal supportés

Autres signes n'appartenant pas directement à l'autisme :

Retard de développement

Fréquent retard de développement psychomoteur

Troubles du sommeil

Difficulté d'endormissement ou réveils nocturnes

Trouble de l'alimentation

Passivité lors de la tétée, pas de réaction de succion

Préférence marquée pour une gamme étroite de nourriture

Problèmes acquisition de la propreté

Troubles du transit

Indifférence aux signaux émis par le corps

Problèmes moteurs

Hyper ou hypotonie, troubles de la coordination : motricité globale et fine

Motricité instrumentale et de relation

Mouvements pauvres, ralentis ou différés

Persistance de la marche sur la pointe des pieds

Latéralisation tardive

Problèmes sensoriels

Réactions atténuées ou exagérées ⇒ réactions d'évitement

3.8.7 Aspects médicaux

Facteurs obstétricaux et postnataux

Age élevé de la mère, prématurité, saignements pendant la grossesse.

Troubles du métabolisme

Différentes anomalies du métabolisme sont associées à l'autisme mais retard mentaux sévères \Rightarrow diagnostic difficile

Aspect génétique

Contribution de facteurs génétiques

Récurrence entre 3 et 5 % dans une fratrie

3.8.8 Aspects cognitifs

Autisme et fonctionnement intellectuel

75 % présentent une déficience intellectuelle

$QIV < QIP$

Difficultés dans l'abstraction, la compréhension verbale, l'agencement des séquences temporelles, le codage de l'information

Hypothèses :

problèmes de saisie de l'information : intégration sensorielle perturbée

3.8.9 Diagnostic

Ensemble de signes comportementaux + histoire de développement

Utilisation d'échelles standardisées :

La CARS – Échelle d'évaluation de l'autisme

Enfant > 2 ans

Entretien + observation

14 rubriques : anomalies du comportement, des relations sociales, imitation, réponses émotionnelles, utilisation du corps, utilisation des objets, adaptation aux changements, réponses visuelles, réponses et mode d'exploration dans les domaines du goût, odorat et toucher, réponse de peur, communication verbale, communication non-verbale, niveau intellectuel.

La plus utilisée en France

L'ADI-R : Autism diagnostic Interview – Revised

Entretien semi-structuré avec les parents

Recherche de symptômes : relations sociales, communication, comportements ritualisés.

Longueur (2 à 3 heures) + entraînement

LES OUTILS D'ÉVALUATION

Tests classiques d'évaluation intellectuelle

- Le Brunet-Lezine
- L'échelle de Griffiths
- Le K-ABC
- Le WISC IV
- La WPPSI

Tests spécifiques pour enfants autistes

- Le PEP-R (Psycho-Educational Profile)
6 mois à 7 ans
Items indépendants du langage
Administration flexible

Test de comportements adaptatifs

- Le Vineland : évaluation de l'adaptation personnelle et sociale
Évaluation de la communication, vie quotidienne, socialisation, motricité

Observation

- Requiert une bonne connaissance de l'autisme

3.8.10 Education et thérapies

Premier traitement = éducation ⇒ épanouissement + autonomie

Apprentissages spontanés difficiles

- Objectifs à long terme : autonomie, intégration sociale
- Objectifs à moyen terme : habillage, toilette, savoir se comporter dans les situations sociales
- Objectifs à court terme : exercices pour organiser les comportements

Mise en place de moyen de communication efficace ⇒ expression des besoins, formuler des demandes.

Programme : attention, imitation, motricité, perception, communication

Adaptation de l'environnement : donner des repères

- Espace : éviter le stress
- Temps : difficultés à appréhender la succession d'activités et donc à anticiper.

Aides visuelles ⇒ meilleure compréhension donc meilleure adaptation.

3.9 Bibliographie

3.9.1 Références historiques

Nathalie BÉLANGER - *De la psychologie scolaire à la politique de l'enfance inadaptée* - Col. Histoire du Handicap et de l'Inadaptation - C.T.N.E.R.H.I. - Paris - 2002.

Alfred BINET, Théodore SIMON - *Le développement de l'intelligence chez les enfants* - Année psychologique - XIV - 1908 - Pages 1 à 94.

Alfred BINET, Théodore SIMON - *Les enfants anormaux (Guide pour l'admission dans les classes de perfectionnement)* - Privat - Toulouse - 1978 - Édition originale : Armand Colin - Paris - 1907.

Alfred BINET, Théodore SIMON - *Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux* - Année psychologique - N° 11 - 1905 - Pages 191 à 244.

Yves PÉLICIER, Guy THUILLIER - Édouard Séguin (1821-1880) (« *L'instituteur des idiots* ») - Économica - Paris - 1980.

Jacqueline ROCA - *De la ségrégation à l'intégration (L'éducation des enfants inadaptés de 1909 à 1975)* - C.T.N.E.R.H.I. - Paris - 1992 - Préface d'Antoine Prost.

Claude WACJMAN - *L'enfance inadaptée (Anthologie de textes fondamentaux)* - Privat - Toulouse - 1993.

3.9.2 Ouvrages généraux

Expérience subjective du handicap somatique - Journée du 21 mars 2002, à Paris, organisée par le CTNERHI et l'ADEP - C.T.N.E.R.H.I. - Paris - 2003 - Avec la participation de H.

L'intégration scolaire aujourd'hui - Le Courrier de Suresnes - N° 50 - C.N.E.F.E.I. - Suresnes - 1988.

Votre enfant est différent... (Informations et conseils pratiques pour les parents d'enfants ayant une déficience intellectuelle) - U.N.A.P.E.I. - Paris - 2003.

Chantal BARAT, François BATTISTELLI, Monique BARTSCHI - *L'enfant déficient mental polyhandicapé (quelle réalité, quels projets)* - E.S.F. - Paris - 1996.

Charles GARDOU - *Parents d'enfant handicapé* - Col. Connaissance de l'éducation - Érès - Toulouse - 1996.

Jacqueline GATEAUX-MENNECIER - *La débilité légère, une construction idéologique* - Éditions du C.N.R.S. - Paris - 1990 (réimprimé en 2001).

Olivier R. GRIM, Cécile HERROU, Simone KORFF-SAUSSE, Henri-Jacques STIKER - *Quelques figures cachées de la monstruosité* - Col. Point sur... - C.T.N.E.R.H.I. - Paris - 2001.

Jean-Charles JUHEL - *La déficience intellectuelle* - Presses de l'Université de Laval - Laval - 1997, 2000.

Gérard PONSOT - *Le polyhandicap* - Colloque Polyhandicap, Juin 1992, Hôpital Saint-Vincent de Paul, Paris - Flash-Informations du CTNERHI - N° 213 (numéro hors série) - Paris - 1995.

3.9.3 Approches neurobiologiques

Cl. AMIEL-TISON, A. GRENIER - *Évaluation neurologique du nouveau-né et du nourrisson* - Masson - Paris - 1980.

M. GUENOT - *Le diagnostic prénatal des anomalies chromosomiques* - Revue de la M.G.E.N. - N° 132 - Novembre/Décembre 1990.

3.9.4 Approches psychologiques

Psychomotricité - Cahier du F.A.I.T. - N° 13.

Michèle GUIDETTI, Catherine TOURRETTE - *Handicaps et développement psychologique de l'enfant* - Col. Cursus - Armand Colin - Paris - 1997.

Sous la direction de Gérard ZRIBI et Jacques SARFATY - *Construction de soi et handicap mental (L'enfant et l'adulte dans leur environnement familial, social et institutionnel)* - Éditions ENSP - Rennes - 2000.

3.9.5 Approches psychiatriques

Bernard AZEMA, Jean-Yves BARREYRE, François CHAPIREAU, Marcel JAEGER - *Classification internationale des handicaps et santé mentale* - Col. Point sur... - C.T.N.E.R.H.I. - Paris - 2001.

Sous la direction des Pr Roger MISÈS et Dr Nicole QUEMADA - *Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent - R-2000 ; Classification Internationale des Maladies - CIM 10 - Chapitre V - Troubles mentaux et du comportement* - C.T.N.E.R.H.I. - Paris -

2001.

3.9.6 Approches psychanalytiques

Danielle FLAGEY - *Mal à penser, mal à être* - Érès - Toulouse - 2003.

Bernard GIBELLO - *La pensée décontenancée (Essai sur la pensée et ses perturbations)* - Col. Cogito - Bayard - Paris - 1995.

Bernard GIBELLO - *L'enfant à l'intelligence troublée* - Col. Paidos - Le Centurion - Paris - 1984.

Roger MISÈS et Roger PERRON - *Débilité mentale et échec scolaire* - Confrontations Psychiatriques - N° 23 - 1983.

Roger MISÈS, Roger PERRON, Roger SALBREUX - *Retards et troubles de l'intelligence chez l'enfant* - Col. La vie de l'enfant - E.S.F. - Paris - 1994.

Roger MISÈS - *Les pathologies limites de l'enfance* - P.U.F. - Paris - 1999.

Simone KORFF-SAUSSE - *L'enfant handicapé (Une étude psychanalytique)* - La psychiatrie de l'enfant - Volume XL - Fascicule 2 - P.U.F. - Paris - 1997.

Simone SAUSSE - *Le miroir brisé (L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste)* - Col. Le passé recomposé - Calmann-Lévy - Paris - 1996.

Denis VAGINAY - *Accompagner l'enfant trisomique (Trisomie 21 et quête d'identité)* - Chronique Sociale - Lyon - 1997.

Sous la direction de Denis VAGINAY - *Trisomie 21 (Transmission et intégration : pour quelle éthique ?)* - Col. Comprendre les personnes - Chronique Sociale - Lyon - 2000.

Chapitre 4

La latéralité

4.1 Latéralité et latéralisation

LA LATERALITE

Asymétrie fonctionnelle

Fondements neurologiques : répartition asymétrique des fonctions des hémisphères cérébraux.

LA LATERALISATION

Processus d'organisation d'un élément corporel

- Origine interne : facteurs de maturation
- Origine externe : expériences motrices, pressions socio-culturelles

La latéralité est un état

La latéralisation est un processus dynamique

4.2 Spécialisation hémisphérique

Latéralité hémisphérique

Répartition des fonctions supérieures.

Hémisphère gauche : gnosies, praxies, organisation temporelle, le langage.

Rôle analytique

Hémisphère droit : mémorisation des notions familières, mémoire topographique, perception visuo-spatiale et visuo-constructive, l'attention.

Rôle plus globaliste, imaginant.

Hémisphère droit	Hémisphère gauche
Imaginaire	Le symbolique
Mémoire des images	Mémoire des mots
Repérage du familier	Repérage du nouveau
Souvenirs, passé	Projet, futur
Vision périphérique	Vision centrale
Langage non articulé	Langage articulé
Contexte	Texte
Impression subjective	Analyse « objective »
Créativité imaginative	Créativité déductive

4.3 Les étapes développementales

4.3.1 La prélatéralité

- Corrélation entre préférence manuelle et position utérine du fœtus (Grapin 1968)
- Latéralisation dans la marche automatique (Mélékian 1981)

4.3.2 Les étapes développementales

- La monolatéralité
- La duo-latéralité
- La bilatéralité

4.3.3 Evolution de la coordination bimanuelle

- Nouveau-né : unilatéralité et bilatéralité des mouvements spontanés
- 1 à 4 mois : extension unilatérale du bras
- 4 mois : extension bilatérale
- 5/6 mois : bilatéralité des gestes d'approche

- 6 mois : Passage d'un objet d'une main à l'autre
- 6/8 mois : saisit un objet en gardant le 1^{er}
- Jusqu'à 1 an : prédominance des comportements unimanuels
- 15 mois : coordination bimanuelle s'affine

4.3.4 Latéralisation

- Elle s'installe à compter de 3 ans et demi
- Évolution de maturation des structures nerveuses \Rightarrow usage des fonctions.
- Importance de la vue
- Interaction entre influence sociale et réceptivité ou opposition de l'enfant.
- Fluctuation dans l'organisation

ORTON \Rightarrow 2 périodes d'instabilité :

- Vers 2/3 ans : la marche \Rightarrow réorganisation psychomotrice
- Vers 6/7 ans : apprentissage de l'écriture – choix de la main

Résumé des différentes étapes :

- Non différenciation des deux côtés du corps
- 4/5 ans : compréhension des deux côtés
- 6/7 ans : Reconnaissance de la droite et de la gauche.
- 8 ans : réversibilité

Le processus de latéralisation doit déboucher sur la connaissance de la latéralité et de sur l'orientation du corps propre.

4.4 Approche psycho-affective de la latéralisation

G. HAAG \Rightarrow articulation de la vie psychique et du développement psychomoteur, la formation de l'image du corps et l'investissement de l'espace.

S. CADY \Rightarrow liens entre structuration psychique, image du corps, espace et latéralité.

3 mouvements psycho-affectifs de l'organisation de la latéralité : différenciation, autonomisation, identification.

- Stade oral : fusion de l'image des corps, puis la frustration + présence du père \Rightarrow Différenciation
- Stade anal : perte de l'objet puis récupération. L'enfant se situe dans la relation \Rightarrow Autonomi-

sation.

- Période œdipienne : mise à distance de la mère \Rightarrow identification et organisation de l'espace en rapport avec le modèle (parent de même sexe). Apparition de la réversibilité.

Conclusion

Parfois, l'organisation psychique peut prendre la pas sur l'organisation somatique.

Enfant non autonome peut se spatialiser en miroir.

Les troubles de la latéralité en tant qu'organisation psychopathologique peuvent révéler des difficultés d'une structuration psychoaffective personnelle.

4.5 Laréalisation de l'œil

Méthodes non corrélées

La visée : influence de la main

65 % droitiers

32 % gauchers

3 % pas de différences

Chez les droitiers : 65 % de dominance oculaire droite

Chez les gauchers : 55 % de dominance oculaire gauche

4.6 Evaluation sémiologique de la latéralisation manuelle

3 aspects :

- Latéralité d'usage : étudie le comportement manuel dans les actes courants.
- Latéralité fonctionnelle : étudie le comportement manuel dans les épreuves non-courantes.
- Latéralité neurologique : étude segmentaire comparative : tonus de fond, tonus d'action, contrôle moteur.

4.6.1 Évaluation de la latéralité d'usage

Épreuve de latéralité usuelle de M AUZIAS

Deux types de latéralité manuelle :

- La latéralité graphique

- La prévalence manuelle dans des activités autres
 - Observation de la main utilisée spontanément
 - Corrélation avec la latéralité graphique

4.6.2 Évaluation de la latéralité fonctionnelle

La batterie de dominance latérale de Galifret-Granjon

2 épreuves de dominance manuelle : distribution de cartes, diadocinésies
2 pour la dominance oculaire : sighting, visée
2 pour la dominance pédestre : marelle, shooting

Analyse des possibilités motrices de Stambak

Epreuves de pointillage, la construction d'une tour, découpage de cercles d'Oseretsky, habileté digitale

4.6.3 Évaluation neurologique

Tonus de fond : étude de l'extensibilité et du ballant

Tonus d'action : Étude des syncinésies d'imitation

- Syncinésies à diffusion tonique
- Syncinésies à diffusion tonico-cinétique

Étude segmentaire du contrôle moteur

Épreuve du doigt sur le nez \Rightarrow valeur de la fonction de freinage.
Deviens précise vers 4 ans.

4.6.4 Conclusion

Bergès a montré que les corrélations sont variables entre les épreuves.

- Bonnes entre l'extensibilité et le ballant ainsi qu'entre les syncinésies d'imitation et syncinésies axiales
- Faibles entre le tonus d'action et tonus de fond
- Relation entre latéralité gestuelle et latéralité des membres est d'autant plus significative qu'on s'éloigne de l'axe du corps
- Corrélation entre latéralité d'utilisation et latéralité tonique sont d'autant moins significatives que la latéralité tonique est évoquée dans les régions les + distales.

Bergès oppose donc

- Latéralité neurologique et latéralité d'utilisation
- Latéralité axiale et latéralité distale

Latéralité \Rightarrow association d'une part d'hérédité et une part d'adaptation personnelle au milieu.

En psychomotricité

- La latéralité spatiale et corporelle joue un rôle dans l'écriture.
- Dyslexie : enfants mal latéralisés
- Les latéralités « contrariées » : latéralisation en opposition, en lien avec une situation oedipienne difficile.
- Répercussion sur la motricité fine et les praxies

Importance d'un entretien complet avec les parents.

Ne pas hésiter à demander un bilan psychologique complémentaire.

4.7 Bibliographie

- **Ajuriaguerra** : Manuel de la psychiatrie de l'enfant - Masson, Paris 1971
- **Ajuriaguerra** : Les gauchers - PUF, 1963
- **Auzias** : Enfants gauchers, enfants droitiers - Delachaux 1975
- **Azemar G** : La latéralité chez l'enfant et l'adolescent - Editions universitaires, Paris, 1969
- **Cady S** : Latéralité et image du corps - Paidos, 1988
- **Calza A et Contant M** : L'unité psychosomatique en psychomotricité - Collection Psychothérapies Corporelles, Masson, 1989
- **Dailly R Moscato M** : Latéralisation et latéralité chez l'enfant, Mardago, Bruxelles, 1984
- **Dolto F** : L'image inconsciente du corps - Seuil, 1984
- **Dupasquier M.A** : Les gauchers du bon côté - Hachette, Paris, 1987
- **Fagard J.** : Développement des habiletés de l'enfant : coordination bimanuelle et latéralité. Paris, CNRS éditions, 2001
- **Fritsch W** : La gauche et la droite, vérités et illusions du miroir - Flammarion, 1967
- **Gardner M** : L'univers ambidextre - Seuil, Paris, 1985
- **Gribenski A** : La posture et l'équilibration - PUF, 1973
- **Haag G** : La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps - Revue de Neuropsychiatrie de l'enfance, 33, 1985
- **Hatwell Y** : Toucher l'espace - Presses Universitaires de Lille 1986
- **Hecaen H** : La dominance cérébrale. Une anthologie - Paris, Mouton, 1978
- **Le Boulch J** : Vers une science du mouvement humain - Introduction à la psychocinétique - ESF 1982
- **Lurçat L** : L'enfant et l'espace - PUF, 1973
- **Marrion J** : L'organisation générale de la motricité - La revue du praticien, Paris 59, 1980.
- **Sami Ali** : Corps réel - corps imaginaire - DUNOD 1984
- **Sami Ali** : Le corps, l'espace et le temps - Dunod 1990

- **Segond H** : Latéralité manuelle et perception tactile à 2 mois- Thèse de Psychologie, Université René Descartes Paris V
- **Sergent J** : L'asymétrie fonctionnelle du cerveau - M. Botez 1987
- **Simounet C** : La droite et la gauche dans le dessin de l'enfant - Enfance, 1975, 47- 69

Chapitre 5

Les dyspraxies

5.1 Développement du geste chez l'enfant

Mouvement = action où le corps passe d'un lieu à un autre.

Geste = combinaison de mouvements → action consciente et intentionnelle.

Rappels neuro-anatomiques :

Mouvement volontaire = 3 processus

- Phase d'identification du but à atteindre
- Phase de programmation des contractions musculaires
- Phase d'exécution

Le geste est un mouvement dirigé vers un but

- Intégrité des systèmes sensorimoteurs
- Commande motrice intacte

2 gestes différents :

Le geste « dynamique » :

sauter, courir, attraper une balle ⇒ déplacement

Le geste « organisationnel » :

Autre finalité que le mouvement.

Ils demandent une organisation selon un plan

Développement des coordinations

Anomalies de ce développement :

- Retard d'acquisition de la motricité
- Retard de l'acquisition de la motricité fine
- Retard d'acquisition à certaines habiletés de la vie quotidienne
- Retard dans les activités « visuo-spatiales »

Corps, mouvement, espace

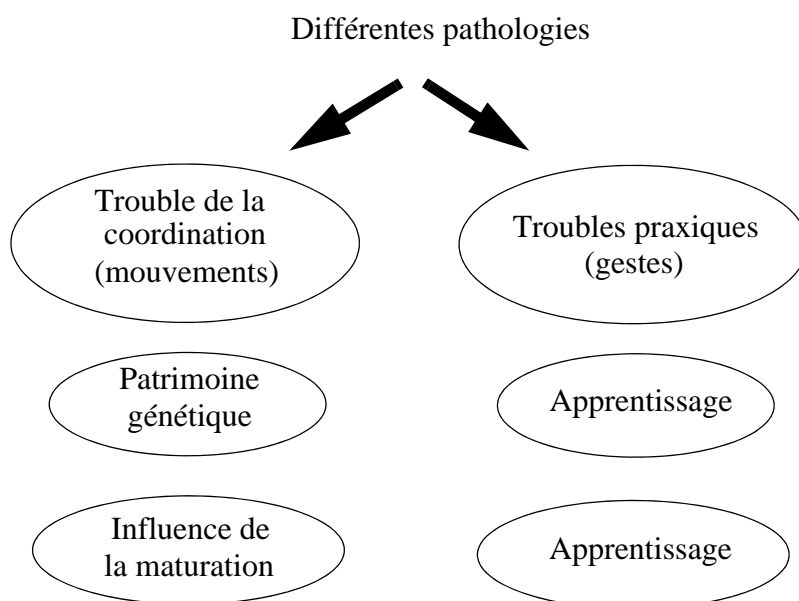
Ces trois notions sont liées.

La maîtrise de l'organisation motrice \Rightarrow découverte de l'espace

Le mouvement structure l'espace : manipulation \Rightarrow connaissance des caractéristiques

Le corps est référentiel de base

5.2 Les troubles du mouvement intentionnel et du geste



5.3 Les troubles d'acquisition de la coordination

Performance médiocre dans les activités de la vie quotidienne ne correspondant ni à l'âge ni au niveau d'intelligence avec exclusion de maladie ou d'accident.

Prévalence : garçons > filles

Comorbidité : dyslexie, THADA, troubles des apprentissages

3 phénomènes observables :

Phénomène Central	Fonction motrice	Exemple
Contrôle postural médiocre	Hypo ou hypertonie Équilibre statique Équilibre dynamique	Équilibre unipodal Cloche-pied
Difficultés apprentissages moteurs	Nouveaux mouvements Planification Automatisation	Vélo Attraper une balle
Coordination sensorimotrice médiocre	Coordination	Lenteur, imprécision : — Pointage — Ecriture

Difficultés de coordination = incapacité totale \Rightarrow déficit dans certaines activités.
De la lenteur à l'incapacité de réaliser des apprentissages moteurs

Critères diagnostiques du TAC :

- Performance en dessous du niveau escompté compte tenu de l'âge et de son niveau intellectuel
- Les perturbations interfèrent avec la réussite scolaire
- Non due à une affection médicale
- Si présence de retard mental, les difficultés motrices dépassent celles associées à celui-ci.

Hétérogénéité des manifestations :

- Défaut de tonus musculaire
- Défaut de coordination entre les deux hémicorps
- Gêne dans les tâches motrices non-familiales
- Déficit concernant les notions spatiales et temporelles
- Tendance à confondre ses mains ou ses doigts
- Incoordination oculo-manuelle
- Mauvais contrôle de la motricité fine (graphomotricité)

5.4 Les dyspraxies

5.4.1 Définition

Trouble de la planification, de la préprogrammation des gestes complexes, intentionnels et finalisés \neq gestes réflexes (apprentissage).

→ Enfant maladroit

→ Difficultés de construction

Acquisition facultative, influence culturelle, dépendent des apprentissages.

5.4.2 Approche neurologique

Atteinte des fonctions du cerveau se rapportant à l'action \Rightarrow pénalise le geste dans sa précision, sa rapidité, son organisation.

Elle concerne la pensée de l'action ou sa réalisation \Rightarrow mêmes zones cérébrales.

- Zones pariétales
- Zones frontales

\Rightarrow **Retentissement sur tous les apprentissages : lecture, approche du nombre, écriture**

Distinction :

Trouble moteur = constance et régularité de l'anomalie

Trouble praxique = fluctuation des performances + dimension spatiale au premier plan.

Caractéristiques psychomotrices :

Lenteur, absence de précision, défaut d'anticipation lors de l'exécution motrice.

Mauvaise utilisation des rétroactions visuelles et proprioceptives lors du contrôle du mouvement.

Les différentes dyspraxies :

— **La dyspraxie idéatoire/idéomotrice**

Les gestes concernent l'utilisation d'un outil et/ou ayant un aspect symbolique.

Parfois les mimes d'utilisation sont perturbés

— **La dyspraxie constructive**

Concerne les activités d'assemblage.

Dimension spatiale

— **La dyspraxie visuo-spatiale**

Dyspraxie + troubles du regard

Classification des dyspraxies

C.L GERARD et M. DUGAS ont différencié les dyspraxies en 3 groupes.

- **La dyspraxie de premier type :**

- Association troubles praxiques + Difficulté d'expression verbale
- **La dyspraxie de deuxième type :**
Atteinte dissociée de la motricité. Praxies sur ordres mieux réussies que sur imitation.
Difficultés syntaxiques + dyscalculie spatiale
- **La dyspraxie de troisième type :**
Déficit du système attentionnel.
Déficit de représentation d'indices visuels.

Quand suspecter une dyspraxie ?

Quand la maladresse se manifeste dans différents domaines

- Les enfants dyspraxiques n'aiment pas les jeux de construction.
- Pauvreté des dessins spontanés
- Dysgraphie
- Gêne dans certaines activités de la vie courante

Quand la maladresse présente certaines caractéristiques

- Fluctuation des réalisations
- Conscience de l'échec

Quand la maladresse se distingue d'une maladresse banale

- Pas ou peu d'évolution sur 6 mois
- Tests psychométriques : dissociation > 15 points entre QIV et QIP

5.4.3 Le diagnostic de dyspraxie

Association d'une plainte + faisceaux concordants d'examen cliniques

1. LA PLAINTÉ

École maternelle : premier signalement \Rightarrow échec aux activités + maladresse dans les activités motrices

2. DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

- Le trouble du geste est-il avéré ? : écart > 2 DS (exclusion d'un retard)
- Le « retard psychomoteur » est-il électif ? : dissociation QIV et QIP (exclusion d'une déficience)
- Le trouble du geste est-il neuromoteur ? Consultation en neuropédiatrie
- Caractéristiques de ce trouble : aspect qualitatif du geste

Il faut une grande rigueur pour éviter :

- Diagnostic abusif
- Dénier ou banalisation des troubles = enfant paresseux, opposant, immature

Quelques repères dans les acquisitions motrices

AGE	ACQUISITIONS MOTRICES
8 mois	Tient assis seul
14 mois	Marche autonome
24 mois	Course aisée
30 mois	Tient sur une jambe
34 mois	Monte seul les escaliers en alternant
3 ans	Fait du tricycle
42 mois	Descend les escaliers en alternant
4 ans	Sautille sur place
5 ans	Sauts à pieds joints sans élan 20cm
7 ans	Sauts à cloche-pieds

Acquisitions pratiques : principales étapes

Ages	Construction	Graphisme	Vie quotidienne
2 ans	Tour 4/6 cubes	Traits circulaires	Mange seul purée Enfile grosses perles
3 ans	Pont de 3 cubes Puzzles 4 morceaux	Reproduit traits vertical, horizontal	Se déshabille Utilise fourchette
3 ans 1/2	Tour 10 cubes	Reproduit une croix	Met pantalon et chaussettes
4 ans	Pyramide 6 cubes, puzzle 10 pièces	Reproduit un carré et des diagonales	Découpe entre 2 lignes. Actionne fermeture éclair
5 ans	Escalier 10 cubes	Reproduit un triangle, copie son prénom	Découpe suivant des courbes. Utilise le couteau. S'habille seul
6 ans		Écrit son prénom sans modèle	Se coiffe, se mouche

5.4.4 Evaluation psychomotrice

Vise à mettre en évidence les qualités d'un enfant dans l'appréhension de son corps et à mesurer les discordances de certains savoir-faire corporels.

L'entretien

Primordial pour repérer les signes d'appel

- Coordination générale : difficultés dans l'apprentissage de la marche, des sauts, du vélo.
- Motricité fine : lors des repas
- Jeux : non intéressés par les jeux de construction, les puzzles.

Les coordinations dynamiques générales

- Charlop-Atwell : 3 à 6 ans
- Le Lincoln-Oseretski : les facteurs
F2 (coordinations globales),
F3 (activités alternatives des deux membres),
F5 (équilibre).
- Le M ABC

Les coordinations manuelles

- Le Lincoln-Oseretski : les facteurs
F1 (contrôle/précision au niveau manuel),
F4 (vitesse doigts-poignets),
F8 (coordinations manuelles)

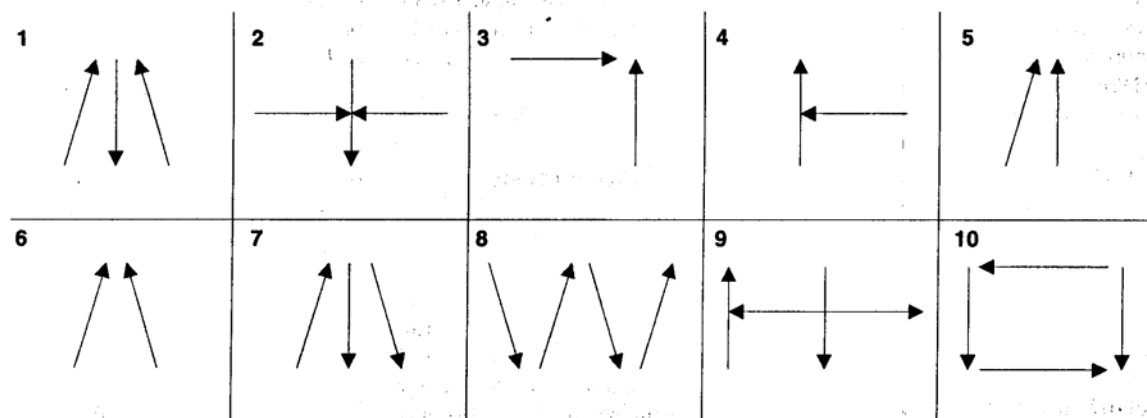
La dominance manuelle

- Test de M. Auzias
- Test de Harris

L'organisation spatiale

- Les tests de Santucci ou Bender
- La figure complexe de Rey
- Le Frostig
- Le test des bâtonnets : 7 à 11 ans

Reproduction à l'identique de 10 modèles réalisés par le thérapeute à l'aide de 2, 3, ou 4 bâtonnets dans le même sens que le modèle puis en sens inverse.



Stick-test de Butters et Barton (1970)

Le schéma corporel

- Les somatognosies
- Le test du bonhomme
- Le test de Meljak

Le graphisme

- Graphomotricité : observation du tonus postural, des appuis, de la régulation tonique, du rôle de la main controlatérale.
- Les cycloïdes
- Le BHK

Caractéristiques des enfants dyspraxiques

- Les enfants sont peu latéralisés
- Agnosie digitale
- Syncinésies
- Maladresses motrices : tombent, se cognent
- Acquisition plus tardive de certaines habiletés motrices
- Équilibre précaire : anxiété \Rightarrow diminution des déplacements
- Motricité fine difficile : découpage, dessins
- Déficits visuo-spatiaux
- Déficits de perception tactile
- Interprétation erronée de la perception temporelle
- Reconnaissance droite/gauche difficile

5.4.5 Les grands axes de la rééducation

La prise en charge de la dysgraphie

Début précoce (PSM) : Jeux graphiques \Rightarrow déliement digital, automatisation de la prise du stylo, amplitude du geste.

En GSM : graphisme devient un enjeu scolaire \Rightarrow évaluation des possibilités en fonction du coût cognitif.

Apprentissage du clavier.

Ne pas oublier : le graphisme est un outil et non un objectif qui doit être fiable, rapide et automatisé pour permettre les apprentissages.

La prise en charge de la dyscalculie spatiale

Éviter le dénombrement

Favoriser l'apprentissage de la comptine numérique, des faits numériques

\Rightarrow **Différencier** ce qui concerne l'aspect conceptuel de ce qui revient au savoir-faire spatial.

Conclusion :

Dyspraxie = véritable handicap invisible

Souvent, interprétation erronée en terme de pathologie psycho-affective.

Répercussion scolaire \Rightarrow intersection des actions thérapeutiques et pédagogiques.

Analyse des outils cognitifs \Rightarrow mise en place des stratégies utilisables par l'enfant.

Complément de l'évaluation psychomotrice par bilan orthophonique et évaluation psychologique (QI)

5.4.6 Aménagements scolaires

Conséquences scolaires multiples :

- Graphisme
- Utilisation d'outils (règle, compas, équerre)
- Organisation du travail
- Lenteur

\Rightarrow jugement péjoratif, perte de confiance

Aide :

- Prescription d'un ordinateur
- Limiter la copie
- Donner plus de temps

5.5 Bibliographie

- **ALBARET JM** : Trouble de l'acquisition de la coordination - Evolutions Psychomotrices, 11,45, 1999
- **ALBARET JM, ZANONE PG** : Une approche dynamique des troubles d'acquisition de la coordination - ANAE, 59-60, 2000
- **BERTHOZ A** : Le sens du mouvement - Paris, Odile Jacob, 1997
- **BOIDEN F** : Les ratés du geste, ANAE, 59-60, 2000
- **CORRAZE J** : Les troubles psychomoteurs - Marseille, Solal, 1999
- **GERARD C** : Dyspraxie de développement : proposition de typologie - Ann. Réadaptation Méd. Phys, 34 1991, pp 325-332
- **GORDON N, MC KINLAY** : Rééducation psychomotrice de l'enfant maladroite - Paris, Masson, 1981
- **LE GALL D** : L'apraxie - Marseille, Solal, 2000
- **LUISSIER F, FLESSAS J** : Neuropsychologie de l'enfant ; troubles développementaux et de l'apprentissage -Paris, Dunod, 2001
- **PELLIZZER G** : Développement de la coordination visuo- manuelle chez l'enfant de 6 à 10 ans - Thèse de l'Université de Genève, 1990
- **PIAGET J** : La psychologie de l'intelligence - Paris, Armand Colin, 1967
- **RIVIERE J** : Le développement psychomoteur du jeune enfant - Marseille, Solal, 2000
- **STAMBAK M, AUZIAS M, AJURIAGUERRA J** : Les dyspraxies chez l'enfant. Psychiatrie de l'enfant, 7, 381-496, 1964
- **TREMPADO JJ, MONTAGNE G** : Les coordinations perceptivo-motrices - Paris, Armand Colin, 2001
- **ZANONE PG** : Une approche écologique-dynamique de la coordination. In Albaret, Soppelsa : précis de rééducation de la motricité manuelle - Marseille, Solal, 1999

Chapitre 6

La graphomotricité

6.1 Ecriture, les mécanismes évolutifs

Écriture = aboutissement d'un processus de développement complexe mettant en action des facteurs de motricité, de perception et de représentation.

6.1.1 Avant l'écriture

Étude du niveau moteur

12/20 mois : gribouillage = besoin d'exécuter un mouvement.

Première trace laissée par le corps.

Intégration des notions de forme et de direction.

18 mois : premiers tracés sur sollicitation.

Traces horizontales ou verticales

22 mois : Évolution vers un dessin plus figuratif, intervention de la fonction perceptive.

Apparition du tracé circulaire.

Le bras peut aller dans le champ spatial opposé \Rightarrow apparition des boucles

28/30 mois : apparition de la sériation du tracé sous forme de tirets.

3 /4 ans : apparition du mouvement de translation.

\rightarrow Le mouvement se perfectionne dans le sens proximo-distal

Bras \Rightarrow balayage

Avant-bras \Rightarrow courbe et cercle

Poignet \Rightarrow boucle

Pouce \Rightarrow fractionnement du trait

Étude du niveau perceptif

Le contrôle de la main par l'œil est automatique.

Installation progressive : l'œil suit la main puis rôle de surveillance.

Étude du niveau symbolique

Écriture fixe le langage à l'aide de signes, de lettres.

2 ans 6 mois : début de la pensée symbolique, l'enfant cherche à donner une signification à ses dessins.

3 ans : Interprétation de ses dessins

4 ans : essai de représentation graphique de la relation entre les objets avec aide de la verbalisation

4 ans 6 mois : Association des formes de significations ≠

5 ans : abandon de l'idéogramme, formes plus identifiables.

6.1.2 Écriture : de l'apprentissage à l'autonomie

Écriture est liée au développement moteur de l'enfant = longue maturation.

Les mécanismes de l'écriture

Le fixage des lettres est possible grâce à la combinaison :

— Mouvement d'inscription

— Mouvement de translation

⇒ Équilibre dans la combinaison de ces 2 mouvements opposés

⇒ Position du corps

Le geste scripteur

Combinaison de déplacements des doigts, poignet, coude.

— La posture : si correcte ⇒ libération du bras

— Tenue de l'outil scripteur : pince défectueuse = vitesse ↓

— Disposition du papier : adaptation possible vers 10 ans.

La croissance de l'écriture

— **La phase pré-calligraphique** : 6 à 8 ans

Apprentissage par copie.

Enfant est concentré sur la forme

Manque de maîtrise ⇒ aspect cassé, tremblé, liaisons entre les lettres maladroites ou inexistantes.

— **La phase calligraphique** : 8 à 11 ans

Redressement de la posture.

Coordination inscription/translation plus aisée

Les lettres sont liées.

— **La phase post-calligraphique** : 12 à 30 ans

Rapidité ⇒ Changement de forme des lettres

Transformation de l'écriture

Automatisation permet la personnalisation

6.2 Les conditions psychomotrices

Lien entre facteurs de coordination, d'équilibre, de régulation tonique et contrôle perceptif.

Équilibre et tonus

Processus complexe.

Point d'appui du mouvement concerne la posture assise (statique) + celui du bras (mobile)

⇒ nécessité d'harmonie

Tonus et préhension

Bonne régulation tonique = prise adaptée

Mouvement et perception

Nécessité de facultés perceptives adaptées permettant un repérage et un contrôle (visuel et kinesthésique) de la forme, de l'espace et du mouvement.

6.3 Evaluation

Entretien

Age de début de scolarité, habiletés lors des dessins, main utilisée (changement ?), instruments utilisés, présence de douleur ou fatigue, bilan ophtalmologique.

Mise en situation

Écriture spontanée, copie d'écriture scripte et cursive, dictée de mots

Observations

Position face à la table : torse, tête, disposition de la feuille

Pression exercée (utilisation de papier carbone)

Outils de mesure

Échelle E

BHK

LE B.H.K : Évaluation rapide de l'écriture

Copie en 5 minutes d'un texte. 13 items pour la cotation.

- Écriture grande : caractéristique d'un groupe de dysgraphique
- Inclinaison de la marge : sensible aux troubles visuo-spatiaux
- Lignes non-planes : liés aux troubles visuo-constructifs
- Mots serrés : impulsivité, tonus ↑
- Écriture chaotique : signe le + dysgraphique
- Liens interrompus
- Télescopage : trouble tonique
- Variation de la hauteur des lettres
- Hauteur relative incorrecte
- Distorsion des lettres
- Forme des lettres ambiguës

- Hésitations, tremblements
- Lettres retouchées

ÉCHELLE E

30 composantes : 14 relatifs à la Forme, 16 à la Motricité.

Notes : 1 ; 0,5 ; 0 selon le degré de présence \Rightarrow plus la somme est élevée plus le niveau est faible.

- F1 – écriture en surface (coef 2)
- F2 – écriture dodue (coef 1)
- F3 – Absence de mouvement (coef 2)
- F4 – Écriture grande (coef 2)
- F5 – m et n scolaires (coef 2)
- F6 – Barres de t (coef 2)
- F7 – p scolaire (coef 1)
- F8 – a en 2 morceaux (coef 3)
- F9 – d,g,q en 2 morceaux (coef 2)
- F10 – Majuscules maladroites (coef 3)
- F11 – Points de soudure (coef 3)
- F12 – Collage (coef 1)
- F13 – Espace irrégulier entre les lignes (coef 3)
- F14 – Zones mal différenciées (coef 2)

- M15 – Bâtons descendants repris (coef 3)
- M16 – Lettres retouchées (coef 3)
- M17 – Ensemble sale
- M18 – Arquage des bâtons droits (coef 1)
- M19 – Cabossages des lettres rondes intérieures (coef 3)
- M20 – Mauvais galbe des boucles extérieures (coef 2)
- M21 – Tremblement (coef 3)
- M22 – Tracé vacillant
- M23 – Saccades (coef 2)
- M24 – Télescopages (coef 2)
- M25 – Lignes cassées (coef 2)
- M26 – Lignes fluctuantes (coef 1)
- M27 – Lignes descendantes (coef 1)
- M28 – Mots dansants sur la ligne (coef 2)
- M29 – Irrégularité de dimension (coef 3)
- M30 - Irrégularité de direction (coef 1)

Les items sont regroupés selon leur appartenance aux trois secteurs évolutifs de l'enfant :

- *Plan moteur* :

Écriture en surface, écriture dodue, absence de mouvement, écriture grande, points de soudure, collages, arquage des bâtons droits, cabossages, mauvais galbe des boucles extérieures, tremblements, saccades.

- *Plan perceptif* :

M et n scolaire, p scolaire, majuscules maladroites, espace irrégulier entre les lignes, zones mal différenciées, lignes cassées, lignes fluctuantes, lignes descendantes, mots dansants sur la ligne.

6.4 Abord clinique du graphisme

6.4.1 Définitions

Ajurriaguerra (1980) : « enfant chez qui la qualité de l'écriture est déficiente alors qu'aucun déficit neurologique important ou intellectuel n'explique cette déficience »

Olivaux (1988) étend les dysgraphies à toute altération de l'écriture qu'elles soient d'origine accidentelle, imputable à l'éducation, dues à des déficits intellectuels ou moteurs

Postel (1993) « atteinte de la fonction graphique se manifestant au niveau des composantes spatiales de l'écriture alors que les structures morphosyntaxiques ne sont pas touchées »

- ⇒ Difficulté à cadrer la dysgraphie
- ⇒ Existe plusieurs types de dysgraphies
- ⇒ Étiologies multiples

6.4.2 La dysgraphie instrumentale

Étiologie d'essence psychomotrice ⇒ troubles graphomoteurs

- **Troubles de la fonction tonique :**
 - Tension musculaire excessive ⇒ crispation de la main, des doigts, raideur du bras
 - Difficulté dans la capacité d'inhibition
 - Hypotonie ⇒ préhension insuffisante + mollesse d'inscription
- **Troubles de la motricité fine :**
 - Difficultés de déliement digital, de dissociations des mouvements fins.
- **Troubles de la coordination oculo-manuelle :**
 - Mauvaise coordination entre le contrôle visuel et kinesthésique
- **Troubles du schéma corporel :**
 - Écrire = engagement du corps
- **Latéralisation :**
 - Ambiguïté d'utilisation d'un segment de membre, ou contrariété ⇒ mauvaise tenue de l'outil scripteur, troubles de la régulation tonique.
- **Structuration spatiale :**
 - Écriture en miroir avec lettres inversées, inégalité de la dimension des lettres.

6.4.3 La dysgraphie réactionnelle

Tajan (1982) « l'écriture est chargée d'une signification qui dépasse le geste, elle est porteuse de sens, elle possède un contenu qui prend en charge et dépasse le geste ».

Écriture :

- Moyen d'entrer en communication régit par des règles et un trouble peut exprimer un malaise psychique inscrit dans le corps.
- Trace du corps

Les troubles réactionnels s'expriment de façon instrumentale.
Peuvent exprimer un refus de communiquer.

6.5 Prise en charge psychomotrice

Travail des stéréognosies

Jeux tactiles avec différents supports : Tactilo, la main dans le sac

Travail de la somatognosie

Connaissance de la main et des doigts : yeux ouverts, yeux fermés

Travail de la motricité fine

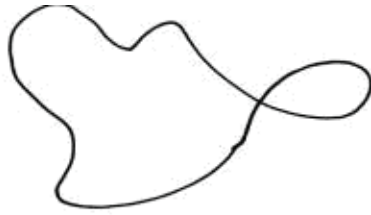
- Marionnettes à doigts : histoires mettant en jeu la mobilité des doigts.
- Ombres chinoises
- Reproduction de formes mains cachées ou pas

Travail sensori-moteur

Favoriser une organisation gestuelle différente.

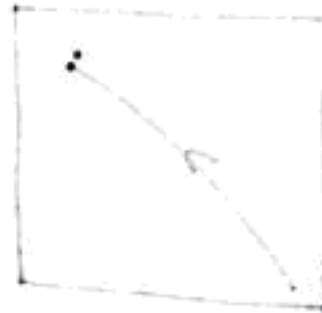
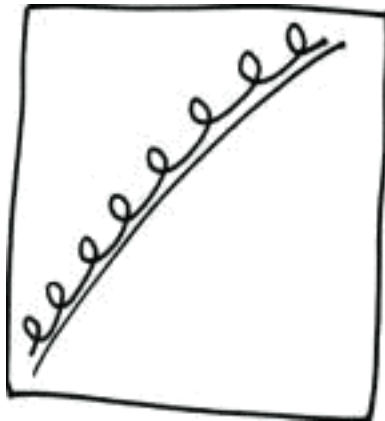
Plan vertical \Rightarrow engagement de tout le corps.

Partir des tracés spontanés de l'enfant puis lui demander de reproduire avec complexification des formes.

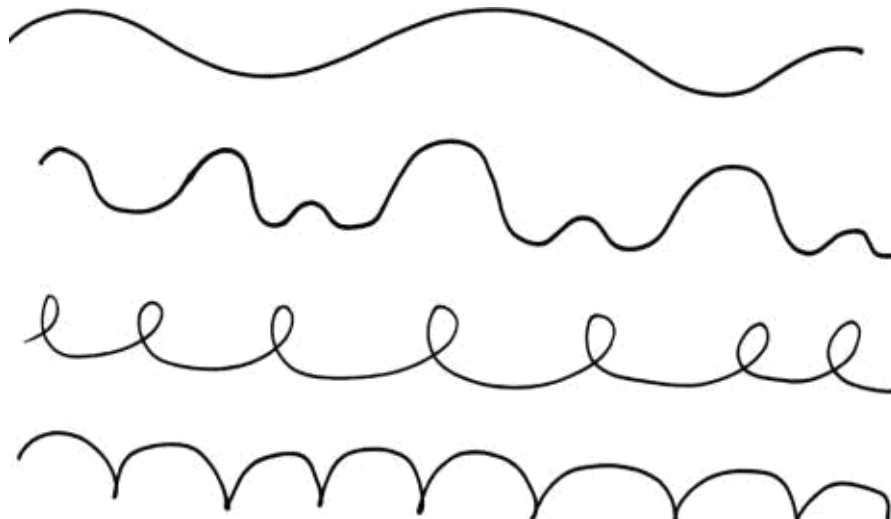


Travail sur la table

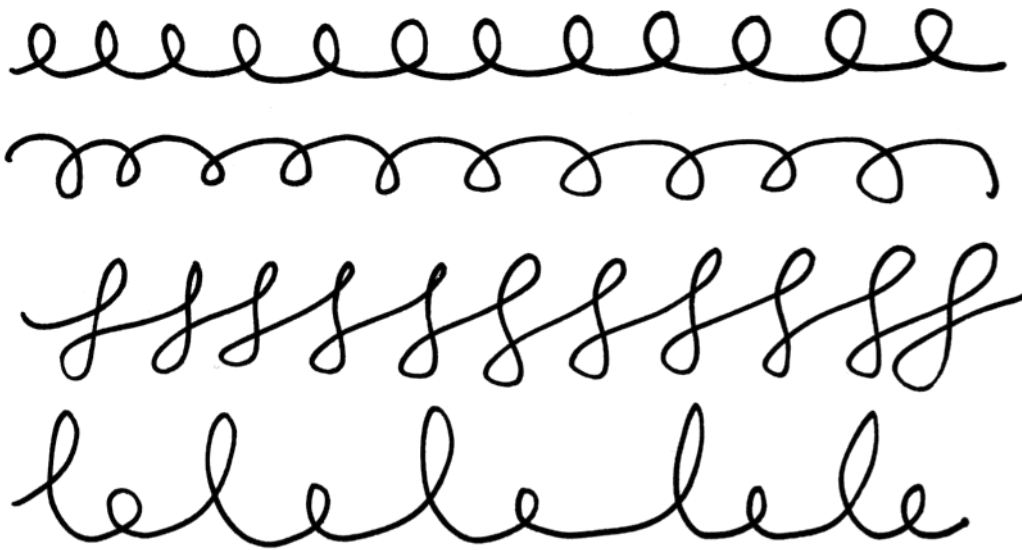
- Translation de l'avant – bras



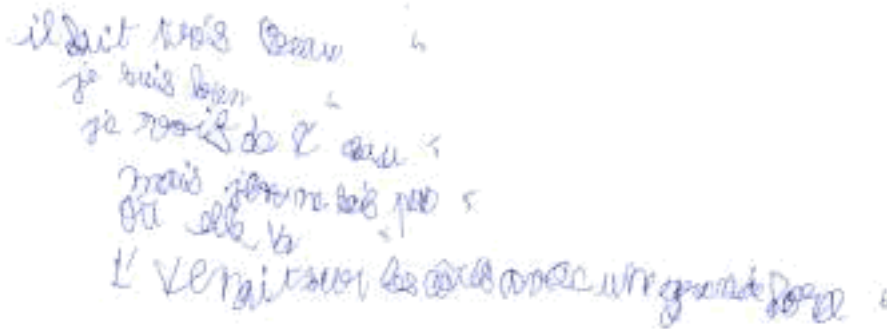
- Mouvements de flexion/extension des doigts



- Mouvements favorisant la mobilité digitale



- Travail de la pression
Utilisation de papier carbone
Jeux graphiques où on ne doit pas entendre le bruit du feutre sur la feuille.
- Travail de l'inhibition motrice



6.6 Bibliographie

- **AJURRIAGUERRA J, AUZIAS M, DENNER A** : L'écriture de l'enfant, Delachaux et

Niestlé

- **ALBARET JM** : Evaluation psychomotrice des dysgraphies, Rééducation orthophonique, 1995, 33, 181, 71-80
- **AUZIAS M** : L'apprentissage de l'écriture, COLLIN, 1966
- **BADEFORT JP** : Conditions psychomotrices et champ d'action dans l'écriture, Evolutions Psychomotrices, 1991, 14, 38-42
- **CORRAZE J** : La neuropsychologie du mouvement, Paris, PUF, 1987
- **DU PASQUIER MA** : Les gauchers du bon côté, Hachette, 1987
- **LURCAT L** : Le désastre de la lecture, Esprit, 1989
- **LURCAT L** : Dessin, espace et schéma corporel chez l'enfant, ESF, 1987
- **LURCAT L** : Etude de l'acte graphique, Ed Mouton, 1974
- **OLIVAUX** : Désordres et rééducation de l'écriture, Ed ESF, 1971
- **PEUGEOT J** : La connaissance de l'enfant par l'écriture, Ed Privat, 1988
- **PULVER M** : Le symbolisme de l'écriture, STOCK, 1953
- **TAJAN A** : La graphomotricité, PUF (Que sais-je ?), 1982
- **ZESIGER P** : Ecrire : approches cognitive, neuropsychologique et développementale - Paris, PUF, 1995.

Chapitre 7

L'hyperactivité

7.1 Historique

- DUPRE \Rightarrow Hyperactivité = véritable entité
L'instabilité psychomotrice illustre le parallélisme entre les phénomènes psychiques et les phénomènes moteurs.
- WALLON : conception organique avec 4 niveaux
 - Syndrome d'insuffisance cérébelleuse
 - Incontinence choréique
 - Incontinences des affects, anxiété
 - Insuffisance frontale
- ABRAMSON : le trouble = déséquilibre affectif, intellectuel et moteur
- THIFFAULT (1982) description plus moderne \Rightarrow association d'une hyperkinésie + distractibilité + impulsivité

Les travaux anglo-saxons valident l'aspect organique et proposent une description comportementale soutenue par un étayage organiciste \Rightarrow notion de MBD ou DCM

Deux tendances s'opposent :

- Auteurs anglo-saxons \Rightarrow dysfonctionnement préfrontal
 - Auteurs français \Rightarrow symptôme d'un trouble affectif et/ou relationnel
 - Ajuriaguerra : pathologies du narcissisme
 - Lepage : traits psychopathologiques : mauvais contrôle des tendances agressives.
- \Rightarrow **Étiologie mixte : intrication de facteurs développementaux, constitutionnels et causes environnementales.**

7.2 Perspectives actuelles

Plusieurs appellations : hyperkinésie idiopathique, hyperactivité avec attention déficitaire, déficit

attentionnel.

Le DSM III : trouble attentionnel était le trouble majeur.

Distinction :

- Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
- Trouble déficitaire de l'attention sans hyperactivité
- Trouble déficitaire de l'attention avec impulsivité

Diagnostic

La DSM IV (1994) définit le **THADA (syndrome déficitaire de l'attention avec hyperkinésie)**
= association de deux groupes de symptômes : inattention et hyperactivité-impulsivité.

9 points sont précisés pour définir chacun des deux groupes

INATTENTION

- Ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie
- A du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux
- Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle
- Souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires
- A du mal à organiser ses travaux ou ses activités
- Souvent évite ou fait à contre cœur les tâches qui demandent un effort mental soutenu
- Perd souvent les objets nécessaires à son travail
- Souvent, se laisse distraire par des stimuli externes
- A des oublis fréquents dans la vie quotidienne

HYPERACTIVITE/IMPULSIVITE

- Remue les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège
- Se lève souvent en classe ou dans des situations où il est supposé rester assis
- Souvent, court ou grimpe partout dans des situations inappropriées.
- A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux
- Agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts »
- Parle souvent trop
- Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas entièrement posée.
- A souvent du mal à attendre son tour
- Interrompt souvent les autres ou impose sa présence.

Il faut :

- Six des symptômes dans chacun des deux groupes ayant persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau du développement de l'enfant.
- Le début des troubles avant 7 ans, leur expression au moins dans deux environnements différents (école et maison) avec retentissement sur l'intégration scolaire.

7.3 Epidémiologie

Entre 3 et 5 % de la population normale en âge scolaire.
Plus de garçons que de filles.

La nosographie psychiatrique française met en avant 3 symptômes :

Inattention

Difficultés à rester fixer sur une tâche.

On parle aussi de : labilité de l'attention, distractibilité

Hyperactivité

Excès de mouvements.

Impulsivité

Incapacité à inhiber une réaction immédiate. L'acte moteur est plus rapidement exécuté que pensé.

A ces symptômes s'ajoutent :

Troubles du comportement

- Trouble oppositionnel
- Troubles des conduites
- Troubles émotionnels

Troubles du développement

Altération des performances scolaires

7.4 Sémiologie psychomotrice

Les troubles psychomoteurs sont regroupés en 4 parties

7.4.1 Les troubles toniques

Bergès distingue

- *Les instables avec état tensionnel*
- *Les instables avec état de déhiscence*

Troubles toniques = difficulté de représentation du corps.

Variations toniques : explosion du tonus ou tension constante

Examen psychomoteur :

Perturbation du tonus de fond, d'action, de l'équilibre

7.4.2 Les troubles praxiques

Traduisent la maladresse chez ces enfants avec un manque d'élaboration du plan moteur, et rend compte de l'improductivité motrice.

Les enfants donnent l'illusion d'une apparente aisance.

7.4.3 Les troubles spatio-temporels

Trouble de la latéralité constant

Structuration spatiale déficitaire

Troubles temporels massifs (déroulement temporel)

⇒ Ces troubles rendent compte des difficultés à dérouler dans l'espace et le temps une activité motrice

7.4.4 Les troubles de la représentation du corps

Manque de représentativité du corps, la sur-utilisation du corps ne leur permet pas une représentation fiable de leur corps.

Mauvaise image du corps : auto-dépréciation, se représente sous un angle d'une immaturité corporelle en décalage avec leur âge réel.

7.5 Examen psychomoteur

⇒ Apprécier la composante motrice du trouble et ses différentes manifestations.

Présence ou non d'autres troubles associés

→ **Examen du tonus, des syncinésies, des diadococinésies**

Contrôle moteur, réactions tonico-émotionnelles

- Épreuves d'immobilité
- Épreuves dynamiques : marche, course, saut

Adaptations aux rythmes

Rythmes frappés et marchés

Praxies

Écriture (BHK), figure de Rey, EMG

Tests d'attention

Test de Stroop,
Test d'appariement d'images,
Tests de barrage,
Labyrinthes de Porteus

TEST DE STROOP

Apprécie les troubles de l'attention.

Mesure l'attention sélective = capacité à maintenir l'attention sur une cible quand des distracteurs sont présents, ou à tenir compte d'une des dimensions d'un stimulus tout en ignorant les autres.

Les enfants doivent inhiber une réponse automatique (la lecture) pour donner une réponse moins évidente qui est la dénomination des couleurs.

Enfants de 8 à 15 ans

MATERIEL :

3 cartes :

Carte A : 4 noms de couleurs écrits en noir et blanc (10 rangées de mots)

VERT JAUNE ROUGE BLEU JAUNE

TEST DE STROOP

Carte A

VERT	JAUNE	ROUGE	BLEU	JAUNE
VERT	ROUGE	BLEU	VERT	BLEU
ROUGE	JAUNE	BLEU	VERT	ROUGE
JAUNE	JAUNE	VERT	BLEU	ROUGE
VERT	JAUNE	BLEU	ROUGE	ROUGE
BLEU	JAUNE	VERT	JAUNE	ROUGE
VERT	BLEU	ROUGE	VERT	BLEU
JAUNE	JAUNE	BLEU	ROUGE	VERT
BLEU	JAUNE	VERT	ROUGE	BLEU
VERT	ROUGE	JAUNE	VERT	JAUNE

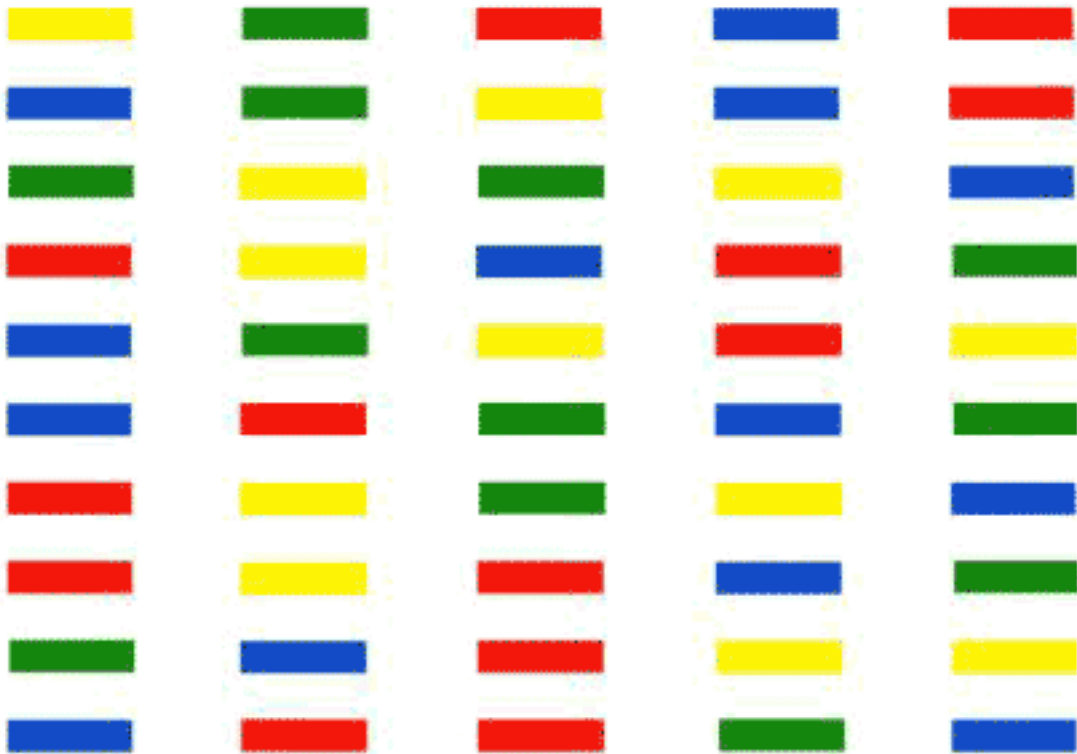
Carte B : Composée de mêmes noms de couleurs mais imprimés d'une couleur différente qu'ils expriment

BLEU JAUNE VERT ROUGE BLEU

Carte C : 10 rangées de 5 rectangles de couleur

TEST DE STROOP

Carte C



PASSATION

45 secondes pour lire ou dénommer les items

1. L'enfant lit les mots de la carte A
2. L'enfant lit les mots de la carte B sans prendre en compte les couleurs d'impression
3. L'enfant nomme les couleurs des rectangles de la carte C
4. Carte B : nommer les couleurs d'impression en prenant garde de ne pas lire les mots eux-mêmes

7.6 Abord thérapeutique

Analyse rigoureuse de la sémiologie, des éventuels facteurs et circonstances d'expression du déficit d'attention.

Association d'une approche psychologique, éducative, pédagogique, médicamenteuse, rééducative.

La prise en charge psychopédagogique

- Planification des tâches scolaires
- Organisation du temps : temps de travail à horaires fixes
- Structuration de l'espace

Orthophonie

Si trouble du langage écrit

La prise en charge psychothérapeutique

Interactions des enfants avec leur environnement pénalisées ⇒ Accompagnement de l'enfant + famille.

Traitements des troubles psychoaffectifs :

- Troubles oppositionnels avec provocations (30 à 60 %)
- Troubles anxieux et dépressifs (20 à 50 %)

La psychomotricité

Thérapie à médiation corporelle avec élaboration de représentations corporelles passant dans le registre verbal, moteur.

Il s'agit de restaurer et de développer les capacités d'inhibition comportementale.

3 objectifs :

- Accroître progressivement le temps de concentration et d'attention
- Réduire l'hyperactivité en atténuant les mouvements incompatibles avec le travail en cours.
- Améliorer la compréhension et l'expression des communication non-verbales.

Au début : multiplication de mises en situation de courte durée.

Ranger le matériel après utilisation.

Faire un équilibre entre les activités à composante perceptive et activités à composante motrice.

Les traitements psychotropes

LA RITALINE

Depuis 1994, prescription = médicaments du tableau B avec ordonnance pour 28 jours et première prescription par un service hospitalier.

- *Effets primaires* :
Action sur : permet une activité plus dirigée, améliore le contrôle de l'impulsivité, renforce les activités de concentration.
- *Effets secondaires* :
Apparition de tics
Risque d'insomnie
- *Caractéristiques* :
Délai d'action : 1 à 2 heures
Arrêt de l'effet : 6 à 8 heures

- *Indications* :
 - Échec scolaire du fait du déficit d'attention
 - Difficultés d'intégration scolaire
 - Troubles d'intégration familiale ou sociale

7.7 Différents axes de prise en charge psychomotrice

La relaxation

Difficile à utiliser dans un premier temps.

Elles permettent de :

- Diminuer la tension musculaire
- Fournir un moyen de contrôle de l'impulsivité
- Agir sur l'anxiété

Prévoir un grand nombre de séances (12 à 15) pour avoir des résultats, surtout en dehors de la salle de psychomotricité.

Exercices d'attention

Essentiellement dirigés sur la focalisation et l'exploration du champ perceptif.

Ex : lui demander de donner des instructions pour refaire un dessin, une construction, un parcours.

Exemples d'exercices

- Labyrinthes
- Niveau auditif : recherche de détails sonores, reproduction de structures rythmiques.
- Jeu de Kim
- Extraction de détails dans un fond confus
- Observation des déplacements effectués par le thérapeute suivie d'une reproduction motrice ou graphique
- Encastrement sans le secours de la vue ou reconnaître, appairer des objets.
- Jeux sur ordinateur

7.8 Bibliographie

- ANAE : L'enfant avec hyperactivité et déficits associés. Hors-série, 1996
- BOUVARD M, LE HEUZEY MF : L'hyperactivité de l'enfance à l'âge adulte. DOIN 2002
- CAMUS JF : La psychologie cognitive de l'attention. Masson, Armand Collin, Paris 1996
- CAMUS JF : Les troubles de l'attention chez l'enfant. In Entretiens d'orthophonie 1993

- **COQUEL S, MELLIER D** : Développement et trouble de l'attention. Revue de Neuropsychologie, 10, 3. 2000
- **CORRAZE J, ALBARET JM** : L'enfant agité et distrait. Paris, ESF 1996
- **COUILLET J.,AZOUVI Ph.** : La neuropsychologie de l'attention, Armand Colin, Paris, 1996
- **DUGAS M** : Les troubles de l'attention chez l'enfant. In Entretiens d'orthophonie 1993
- **REVOL O** : THADA : aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques. ANAE 53-54, 1999
- **ROBITAILLE A, EVERETT J** : Etude neuropsychologique d'enfants de 7 à 12 ans présentant des troubles de l'attention. ANAE 2, 2, 60-65, 1990
- **SAIAG MC** : Evaluation des procédures de diagnostic et de prise en charge des enfants présentant une hyperactivité. ANAE, 32, 39-54, 1995
- **THOMAS J, WILLEMS G** : Troubles de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant. Paris, Masson 1997
- **TOUZIN M, LE HEUZEY MF** : Hyperactivité avec déficit de l'attention et troubles des apprentissages. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, pp 502-509 - Septembre 1997
- **TREMBLAY P, THOMAS J** : Attention et hyperactivité. Déséquilibre neurocognitif et impact psychologique. ANAE, 2, 62-65, 1992
- **VALLEE L** : Syndromes déficitaires de l'attention avec hyperkinésie. Progrès en Pédiatrie,6, 191-195. DOIN 2000

Chapitre 8

Inhibition psychomotrice

8.1 Définitions

Inhibition = mise en réserve des potentialités \Rightarrow diminution des moyens.
Se retrouve dans divers tableaux de psychiatrie adulte et enfant.
C'est un mécanisme adaptatif essentiel

Excès = pathologie \Rightarrow limitation de l'intégration au réel
Inhibition est indispensable pour un bon ajustement de la motricité.
Ajustement « impulsion/inhibition » \Rightarrow liberté motrice nécessaire à la création de l'action.

WALLON : « l'inhibition supprime ce qu'il peut y avoir d'inutile dans l'acte ».
Elle rend possible l'ajustement moteur en éliminant les mouvements parasites.

CARRIC : « L'inhibition est indispensable pour concentrer l'attention, adapter la réponse et diminuer les mouvements parasites »

8.2 Les causes et les conséquences

Les causes organiques

- Dysfonctionnement du système nerveux
- Influence génétique et héréditaire
- Déficience mentale

Les causes psychosociales

- Carence affective : abandon, séparation
 - Milieu surprotecteur ou trop sévère
- \Rightarrow Tout facteur anxiogène

8.3 Les différents concepts

8.3.1 En psychanalyse

Freud : inhibition n'est pas forcément pathologique.

Inhibition peut être limitation normale d'une fonction

Deviens un symptôme quand elle exprime « des renoncements à une fonction motivés par le fait que son exercice provoquerait un développement d'anxiété »

Anxiété se manifeste par : évitement, la dépendance anxieuse et inhibition.

Conduites d'évitement :

L'enfant s'oppose au désir de l'adulte

L'enfant aspire à être moins materné

Dépendance anxieuse :

attachement excessif à l'adulte, recherche constante de sa présence.

Il tente de « se faire contenir » et donc de « se contenir » lui-même à travers son parent.

Chez l'enfant inhibé : souvent terrain phobique qui s'inscrit dans une dynamique de phobie scolaire.

Dictionnaire de psychiatrie : blocage de l'activation émotionnelle

Notion de conflit intra psychique et de mécanismes de défense

8.3.2 En psychomotricité

- Trouble aussi fréquent que l'instabilité mais plus méconnue car ne gêne pas au début, puis elle irrite surtout si réduction verbale \Rightarrow altération de communication.
- Atteinte de la liberté motrice de l'enfant avec manque de discipline motrice et trouble de l'attention.
- Défaut d'ajustement du couple impulsion/inhibition
- Difficulté d'entrer en communication avec autrui
- Difficulté à s'investir dans le jeu
- Sentiment de mal faire ou de déplaire aux autres

Deux aspects de l'inhibition :

L'inhibition par hypercontrôle et rétention

État tensionnel considérable dans toute attitude ou mouvement = paratonie de fond et d'action

Le mouvement est schématique, freiné

Présence de l'autre = aggravation de la situation

Attitude de retrait

Inhibition par suspend de l'initiative

L'inhibition se marque dans le déclenchement et non dans le déroulement.

Hypotonie fréquente

AJURIAGUERRA décrit 2 familles d'inhibés

- Les grand inhibés avec peu de troubles moteurs
- Les inhibés débiles moteurs

Caractéristiques de l'enfant inhibé :

- Attitude rigide
- Peu de mouvements
- Difficultés à engager son corps dans l'action sous le regard d'autrui
- Peu d'investissement de l'espace
- Trouble de l'attention
- Réduction verbale
- Peu d'initiatives

8.4 Le bilan psychomoteur

Large part à l'observation de sa motricité spontanée, de l'investissement de l'espace, du matériel.

Examen du tonus

Souvent perturbé

Étude des réactions tonico-émotionnelles et réactions de prestance.

Epreuves les + intéressantes : Ballant, tonus d'attitude, syncinésies toniques.

⇒ Noter les réactions de sursaut, les augmentations brusques de tonus et les manifestations végétatives importantes.

Epreuves de motricité

Les épreuves d'immobilité

Réactions de prestance aux épreuves les yeux fermés ⇒ anxiogène.

Les épreuves dynamiques

Marche : peu de participation des membres supérieurs

Course : libération car assimilée à un jeu

Épreuve de schéma corporel

Échec aux épreuves d'imitations de gestes ou au test de Head ⇒ dimension relationnelle.

Orientation spatiale

Investissement de l'espace difficile

Test de M.Vyl : impulsivité, trouble de la mémorisation

Adaptation aux rythmes

Discordance du rythme frappé et marché ⇒ ↑ des frappes, ralentissement de la marche.

Métronome = anxiogène, ↑ réactions anxiogènes

8.5 Abord thérapeutique

Fond tonique et relationnel perturbé \Rightarrow restaurer la communication gestuelle ou verbale
Enfant doit être dans une situation d'agir motivante

- **Technique théâtrale** : faire émerger des élaborations verbales et gestuelles.
- **Techniques d'expression** à prédominance physique
- **La relaxation** : prise en compte de l'anxiété et amélioration des troubles du tonus.

Toute activité qui développe une activité motrice plus globale \Rightarrow investissement de l'espace

8.6 Bibliographie

- **AJURIAGUERRA J.** *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris, MASSON 1980
- **ANDRE P, BENAVIDES T, GIROMINI F** : *Corps et psychiatrie*
- **BERGES J** : *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* Paris, PUF 1995
- **DUPONT R.** *Psychomotricité, les troubles de la régulation tonique* Paris, VERNAZOBRES 1989
- **FREUD S.** *Inhibition, symptômes et angoisse* Paris, PUF 1951
- **GUILLEMOT D. et CROMBEZ Y.** *L'enfant inhibé* Paris, PUF 1989
- **PUYUELO R.** *L'anxiété de l'enfant ou le bonheur difficile* Collection Enfances cliniques, PRIVAT 1990
- **ROBERT OUVRAY S.** *Intégration motrice et développement psychique* Paris, MAX PAGES 1992