

UNIVERSITE PAUL SABATIER
Faculté de médecine Toulouse-Rangueil
Institut de Formation en Psychomotricité



Comorbidité dysphasie développementale, trouble de l'acquisition des coordinations et trouble anxieux : comment y répondre en séance de psychomotricité ?

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

CESAR Marion

Juin 2011

Remerciements

Je souhaite remercier M. MARQUET-DOLEAC Jérôme de m'avoir soutenue tout au long de cette troisième année et suivie sur mon mémoire.

Mme COURTIAL Anne, ma maître de stage, ainsi que Mme SERRES Floriane, psychologue au CMP, qui m'ont permise de m'enrichir énormément durant cette année, qui m'ont soutenue et cru en moi dans ma pratique.

Julien, sans qui cette réflexion n'aurait pu aboutir et grâce à qui j'ai compris de nombreuses choses et fait évoluer ma pratique professionnelle.

Ma famille qui m'a toujours soutenue dans cette formation et sans qui je n'aurais pu espérer devenir psychomotricienne.

Mes amis qui ont toujours soutenu et valorisé mes choix d'études et participé indirectement au soutien de ce mémoire.

Sommaire

<i>INTRODUCTION</i>	1
<u>PARTIE THEORIQUE</u>	3
<u>Partie I. La dysphasie développementale</u>	4
I. Définition	4
II. Déviance ou simple retard du langage ?	5
III. Le diagnostic	6
IV. La classification de la dysphasie développementale	7
V. Les hypothèses étiologiques	9
<u>Partie II . Comorbidité verticale : dysphasie / TAC</u>	12
I. Liens entre troubles du langage et troubles cognitifs	12
II. Liens entre troubles du langage et troubles psychomoteurs	14
II.1) Les observations	15
II.2) Troubles psychomoteurs étudiés	15
III. Dysphasie développementale /TAC : symptomatologie similaire ?	
Comorbidité ?	19
III.1) Tableau de TAC dans la dysphasie	19
III.2) La symptomatologie des enfants TAC	20
III.3) Comorbidité dysphasie/TAC ?	20
<u>Partie III. Comorbidité horizontale : dysphasie/TAC/Trouble anxieux</u>	22
I. Trouble anxieux: facteur aggravant de la dysphasie	22
II. Etiologie: plusieurs hypothèses	23
II.1) Etude de Baker et Cantwell 1987	23
II.2) Les schémas cognitifs	23
II.3) Les altérations psychopathologiques causées par l'échec scolaire	24
II.4) L'environnement familial autour du trouble anxieux chez l'enfant	25

III. Altérations psychopathologiques et expression des troubles anxieux chez l'enfant dysphasique	25
III.1) Les facteurs sous-jacents du développement des psychopathologies dans la dysphasie	25
III.2) L'expression comportementale des altérations psychopathologiques dans les troubles spécifiques du langage	26
III.3) Les troubles du langage augmentent le risque de développer une phobie sociale	27
IV. Troubles psychopathologiques en lien avec l'inadaptation sociale	28
V. Comorbidité Dysphasie/ TAC/ Trouble anxieux³⁰	
V.1) Comorbidité TAC/ Trouble anxieux	29
V.2) La comorbidité aggrave les symptômes anxieux	29
V.3) Schéma du cercle vicieux entraîné par les comorbidités dysphasie / TAC / trouble anxieux	31
<u>PARTIE PRATIQUE</u>	32
<u>Partie I. Présentation de Julien</u>	33
I. Anamnèse et milieu familial	33
II. Scolarité datée du 7/06/2010	34
III. Les bilans effectués	34
III.1) Le bilan pédopsychiatrique du CMP daté du 24/06/2010	34
III.2) Le bilan neuropédiatrique daté du 7/03/2011	35
III.3) Le bilan psychologique daté du 24/11/2010	35
III.4) Le bilan orthophonique daté de Mars 2010	36
III.5) Le bilan psychomoteur daté de Novembre 2010	37
<u>Partie II. Discussion des résultats des bilans</u>	42
I. Les données en faveur du TAC	42
II. Les données en faveur des troubles psychomoteurs en lien avec les troubles du langage	43
III. Les données en faveur d'un trouble psychopathologique	45

<u>Partie III.</u>	La rééducation psychomotrice suivie chez Julien	47
I.	Les difficultés rencontrées au départ de la prise en charge	47
II.	L'adaptation des consignes durant les séances	48
III.	L'adaptation du cadre des séances	49
III.1)	La prévisibilité du cadre	49
III.2)	La temporalité	49
III.3)	Aménagement de la salle au début de la prise en charge	50
IV.	Les axes de travail dégagés	51
IV.1)	La résolution de problème	51
IV.2)	Travail sur le traitement temporel de l'action et le rythme	53
IV.3)	La mise en sens des activités	54
IV.	Les objectifs de travail	55
V.1)	La résolution de problème : évolution des séances	55
V.2)	Le traitement temporel et le rythme : évolution des séances	57
V.3)	La mise en sens des activités	59
<u>Partie IV.</u>	La réévaluation et discussion	60
I.	La réévaluation	60
II.	La discussion	63
<i>CONCLUSION</i>		68
BIBLIOGRAPHIE		70
ANNEXES		

Introduction

En stage dans un CMP durant toute l'année, j'ai été confrontée en prise en charge aux complications liées à la dysphasie développementale. En effet, les difficultés langagières ont marqué dès le départ une barrière dans le suivi en psychomotricité. Les limitations liées à ce trouble spécifique du langage tant sur le plan verbal que non verbal, ralentissent considérablement la prise en charge en psychomotricité.

La prévalence des troubles dysphasiques est de 1 à 6% pour la population en âge préscolaire et de 0,5 à 1% pour la population scolarisée. Ce trouble neuro-développemental a été décrit sous plusieurs classifications sans possibilité de consensus. Malgré ces classifications précises, la réalité ne se superpose pas de façon systématisée aux symptomatologies décrites. De plus, ces descriptions ne sont pas exhaustives au vue de l'évolution du trouble suivant le développement de l'enfant. Il est donc complexe d'extraire un profil type d'autant plus que la question de comorbidité est prégnante dans cette pathologie.

C'est dans cette optique que ce mémoire a été conçu. J'ai suivi Julien durant mon stage, un enfant diagnostiqué dysphasique. C'est l'observation globale de celui-ci qui m'a questionnée sur les comorbidités associées à la dysphasie. En effet, la chronologie de ce mémoire est représentative de l'évolution de mes idées à ce sujet. Toute la complexité de cette situation était d'une part d'observer et de rechercher les symptômes présents chez Julien, faire des liens possibles avec d'autres troubles qu'ils soient psychomoteurs ou psychopathologiques et de considérer d'autre part l'intrication des pathologies dans la prise en charge en psychomotricité.

Mon questionnement s'est donc concentré autour des complications générées par les comorbidités dans la dysphasie développementale et de mes possibilités d'ouverture en tant que future psychomotricienne dans ce contexte. Il est vrai que de nombreux paramètres doivent être pris en compte dans cette situation, spécifiant d'autant plus la notion de globalité dans la prise en charge. De plus, considérant que les enfants dysphasiques progressent très lentement dans leurs acquisitions, il était important que je réfléchisse à moyen terme et que je m'appuie sur des outils qui puissent être généralisés à de nombreux apprentissages. L'objectif n'était pas tant sur la quantification des résultats à un moment précis du développement de Julien mais bien de l'initier à certaines méthodes qu'il pourra par la suite, je l'espère, réactualiser dans divers espaces.

Mes objectifs sont donc multiples :

- Regrouper et synthétiser les données recueillies sur la question de la comorbidité dysphasie/trouble de l'acquisition des coordinations/trouble anxieux. Je développerai seulement l'association de ces troubles car ce sont ceux auxquels j'ai été confrontée dans la situation de Julien.

- Réflexion autour des adaptations indispensables à mettre en œuvre afin de limiter l'impact du trouble langagier et des altérations psychopathologiques.

- Souligner les méthodes psychomotrices qui seraient susceptibles de répondre en partie au trouble de l'acquisition des coordinations tout en considérant les comorbidités observées dans la situation de Julien.

Pour cela, j'expliciterais le recueil des données théoriques sur la comorbidité verticale dysphasie/trouble de l'acquisition des coordinations et la comorbidité horizontale dysphasie/trouble de l'acquisition des coordinations/trouble anxieux. Je poursuivrai en décrivant la situation de Julien et les bilans pluridisciplinaires réalisés en regroupant les données en lien avec chacun des troubles. Enfin, je décrirai le travail spécifique effectué avec Julien en prise en charge psychomotrice, les améliorations observées et le questionnement actuel que je me pose sur la continuité et la généralisation des acquisitions psychomotrices de Julien.

PARTIE THEORIQUE

PARTIE I : LA DYSPHASIE DEVELOPPEMENTALE

I) Définition

L'existence d'une telle pathologie spécifique a été reconnue par William Wilde dès 1853 en parlant d'enfants « muets sans être sourds qui n'étaient ni idiots ni paralytiques ». En 1958, Ajuriaguerra définissait ce trouble sous le nom d'audimutité qu'il remplacera par le terme de dysphasie en 1965. Depuis, de nombreux auteurs ont tenté de décrire ce trouble sous plusieurs noms : aphasie congénitale (Benton, 1964) ^[25], trouble du développement du langage (Bishop, Rosebloom, Rapin, Allen, Tallal de 1983 à 1987) ^[25], trouble spécifique du développement du langage (TSDL) ou trouble spécifique du langage oral (TSLO) (Chevrie-Muller, 2000) ^[25] et réserve le nom de dysphasie pour les formes graves de TSDL. Actuellement, le terme de dysphasie développementale est utilisé en France comme au Québec.

Suivant l'Ordre des orthophonistes et audiologues de Québec (2005) ^[25], la dysphasie développementale est définie comme « un trouble primaire du langage, dans les sphères expressives ou expressives et réceptives, qui s'observe par des atteintes variables affectant le développement de plus d'une composante du langage, phonologie, morphologie, syntaxe, sémantique, pragmatique. En plus d'une hétérogénéité des manifestations de ce trouble d'un individu à l'autre, il se caractérise, chez un même individu, par sa persistance, la variabilité du portrait clinique dans le temps, de même que par une forte probabilité qu'il y ait peu d'évolution sans intervention. La dysphasie est souvent accompagnée d'autres signes et peut aussi coexister avec d'autres déficiences. La dysphasie a des répercussions qui peuvent entraver le développement et le fonctionnement de l'individu sur les plans personnels, sociaux, scolaires et professionnels. Par conséquent, la dysphasie engendre des situations de handicap et des préjudices variables pour l'individu et son entourage selon les circonstances et à tous les âges de la vie. »

La définition sur laquelle s'appuie la majorité des auteurs est une définition par exclusion. A défaut de classifications et consensus, la dysphasie se définit selon différents auteurs (Rapin & Allen, 1988 ; Gérard, 1993 ; Chevrie-Muller, 1996 ; Conti-Ramsden & Botting, 1999) « par l'existence d'un déficit durable des performances verbales, significatif en regard des normes établies pour l'âge. Cette condition n'est pas liée à un déficit auditif, à une malformation des organes phonateurs, à une insuffisance intellectuelle, à une lésion cérébrale acquise au cours de l'enfance, à un trouble envahissant du développement, à une carence grave affective ou éducative. »

II) Déviance ou retard simple du langage ?

La dysphasie développementale est un trouble structurel du langage et non fonctionnel comme le retard simple du langage. En effet, la qualité de l'équipement langagier est remise en cause perturbant ainsi le développement du langage. S'il s'agit d'un déficit quantifiable et d'une déviance durable on parlera alors de dysphasie développementale (Gérard, 1993) ^[13] .

Dans le simple retard de langage, les acquisitions langagières se font plus tardivement par rapport à la norme mais l'enfant va progressivement rattraper son retard et atteindre le niveau langagier des enfants de même âge chronologique avant 6 ans. Généralement, seul le versant expressif du langage est atteint (Cheminal, 1997) ^[26]. L'enfant utilise alors des simplifications syntaxiques et phonologiques et présente de légères modifications phonémiques (Billard & coll, 1996) ^[26].

En revanche, les enfants développant un trouble spécifique du langage ne vont pas rattraper leur retard de langage. Au contraire leurs difficultés vont persister et s'aggraver jusqu'à un certain seuil où le développement du langage stagnera. Le langage expressif et/ou réceptif est altéré.

Avant 3 ans, il existe trop de différences interindividuelles, relatives au moment de la première utilisation des mots et de la combinaison de mots, pour pouvoir distinguer un retard de langage d'un trouble spécifique du langage. Si les difficultés langagières persistent au-delà de 6 ans, il est probable qu'un diagnostic de dysphasie supposé jusque là s'avère juste.

Cette distinction entre le retard de langage et le trouble spécifique du langage est primordiale compte tenu des répercussions futures. Il est vrai que dans le cadre d'un retard de langage une stimulation langagière adaptée aide l'enfant à pallier ses difficultés. En revanche, un diagnostic de dysphasie implique un pronostic adaptatif et spécifique sur plusieurs années.

III) Le diagnostic

D'après (Leonard, 1998 ; Tager-Flusberg & Cooper, 1999) ^[29], le diagnostic de dysphasie est difficilement posé avant l'âge de 3 ans. Après cet âge, un suivi longitudinal s'avèrera nécessaire afin d'établir avec certitude la présence d'une dysphasie.

Pour diagnostiquer la dysphasie développementale, il faut retrouver les quatre critères retenus classiquement qui sont :

- le caractère spécifique :

Confirmé suite à un bilan pluridisciplinaire (neuropsychologique, orthophonique, psychomoteur) mettant en évidence une dissociation entre une atteinte précise, circonscrite au domaine langagier, et une conservation significative par rapport au langage des fonctions motrices, sensorielles et cognitives soit une discordance supérieure à 20 points entre QIV et QIP, sachant le QI non verbal doit être supérieur à 85.

- le caractère primaire :

Confirmé par un bilan neuropédiatrique, pédopsychiatrique ou psychologique et audiométrique pour réaliser les diagnostics différentiels qui sont :

- les surdités de perception profondes ou moyennes
- les facteurs socio-économiques : déprivation précoce du langage
- la déficience mentale
- l'infirmité motrice d'origine cérébrale
- troubles psychiatriques (TED)
- anomalie de la structure de l'appareil bucco-facial et apraxie bucco-linguo-faciale

- le caractère structurel :

Selon Gérard (1998) ^[29], les marqueurs de déviance ne sont retrouvés à aucun moment dans le développement normal du langage et sont caractéristiques d'un trouble structurel du langage. L'association d'au moins trois de ces symptômes est indispensable pour poser le diagnostic de dysphasie. Ces marqueurs sont :

- l'hypospontanéité verbale
- le trouble d'évocation lexicale (manque du mot, persévération verbale)
- le trouble d'encodage syntaxique (agrammatisme ou utilisation déviante)
- le trouble d'informativité verbale (problème de réalisation formelle du code pour transmettre une information adaptée à un contexte précis)
- une dissociation automatico-verbale (impossibilité de produire volontairement dans les domaines praxiques ou phonologiques des mouvements possibles en spontané)
- le trouble de la compréhension verbale
- le caractère durable :

Les déviances langagières présentes dans la dysphasie accompagnent le sujet tout au long de son développement et s'expriment différemment à chaque âge de la vie, expliquant le caractère handicapant de ce trouble et la nécessité d'une prise en charge précoce et adaptée.

Classiquement, on va poser le diagnostic de dysphasie quand trois critères sont réunis chez un même sujet :

- l'existence d'un trouble spécifique du développement du langage oral défini dans le DSM IV
- la stabilité du déficit sur plus d'un an précédant l'inclusion
- un quotient intelligence > ou égal à 85 suivant les échelles de Weschler

IV) Les classifications de la dysphasie développementale

Il n'existe pas de consensus sur le plan international entre chacune des classifications proposées à ce jour. Cependant, nous allons conserver la sémiologie de RAPIN et ALLEN (1983)^[25] qui est la plus utilisée en France comme au Québec. Cette classification s'appuie sur une approche neurolinguistique qui permettrait l'identification des pathologies par l'observation des symptômes.

Selon ce modèle, on compte trois catégories de dysphasie :

→ Les atteintes mixtes (expressives et réceptives)

· *L'agnosie auditivo-verbale (ou surdité verbale)*

Fréquence : rare.

Compréhension : sévèrement atteinte. Une perturbation du système auditif entraîne une incapacité à discriminer et analyser les sons du langage et identifier des phonèmes. En l'absence de

dysfonctionnement auditif, l'enfant montre des difficultés de décodage et d'interprétation des sons du langage.

Articulation : difficile.

Expression : dysprosodie déforme massivement le langage expressif.

Adaptation : communiquer via un tableau pictural.

· *Déficit syntaxique phonologique*

Fréquence : grande.

Compréhension : déficitaire. L'enfant présente des difficultés pour décoder des énoncés longs et complexes ou des concepts abstraits.

Articulation : déviante.

Expression : l'expression verbale est limitée, la syntaxe est désordonnée et désorganisée. Il arrive fréquemment que l'enfant emploie un jargon.

Adaptation : l'enfant, dans le désir de communiquer avec l'autre, s'appuie sur des gestes et mimiques pour pallier à son déficit langagier.

→ Les atteintes expressives

· *La dyspraxie verbale*

Compréhension : légère à modérée.

Articulation : incapacité à organiser et produire les mouvements articulatoires pour émettre un son ou une séquence de sons.

Expression : l'expression verbale est limitée voire absente. Absence de fluidité verbale, le vocabulaire est pauvre, la structuration des mots est absente.

Adaptation : apprentissage du langage gestuel ou utilisation d'un tableau de communication.

· *Le trouble de la programmation ou de la production phonologique*

Compréhension : normale ou légèrement atteinte.

Articulation : difficile. Un son isolé est bien prononcé mais mal articulé dans le mot ou dans la phrase. Le discours est alors incompréhensible par le non respect des séquences dans la constitution d'un mot ou d'une phrase.

Expression : inintelligible mais la fluence verbale est préservée.

Adaptation : défaut d'accès à l'image du geste articulatoire, donc utilisation d'un miroir ou l'imitation.

→ L'atteinte au niveau du traitement

· *Le syndrome lexical syntaxique*

Compréhension : la compréhension des énoncés complexes est déficiente.

Articulation : normale ainsi que la fluence verbale.

Expression : l'accès lexical est limité et la construction syntaxique est immature mais non aberrante.

On retrouve souvent dans le discours ou dans le récit d'une histoire des hésitations, des lenteurs de réponse, des essais d'autocorrection, l'utilisation de mots de remplissage, des paraphrasies.

· *Le syndrome sémantique-pragmatique*

Compréhension : correcte mais la compréhension de consignes nouvelles est complexe. Les énoncés sont des associations en chaîne non compris comme des séquences logiques d'idées.

Expression : atteinte.

Observation clinique : le langage est appris grâce à une bonne mémoire auditive par l'utilisation de comptine par exemple. Ainsi, le langage est placardé et les enfants n'ont pas accès au second degré. Les intentions de communiquer sont limitées avec un contact visuel pauvre et un non respect du tour de parole. Les enfants peuvent, par exemple, monologuer sans se soucier de l'interlocuteur. Les enfants sont souvent trop pragmatiques et montrent des difficultés à jouer à faire semblant.

Malgré ces troubles langagiers, les enfants dysphasiques, conscients de leurs difficultés, sont toutefois dans le désir de communiquer avec l'autre. Parfois, ils trouvent eux même comment s'exprimer par le biais des communications non verbales. Pour d'autres, l'utilisation du langage gestuel ou d'un tableau de communication semble plus pertinent.

V) Les hypothèses étiologiques

Actuellement, plusieurs hypothèses sont évoquées concernant les fondements neurobiologiques de la dysphasie développementale. A ce jour, peu de ces hypothèses peuvent être confirmées.

- Facteur génétique

Plusieurs auteurs (Felsenfeld, 1995 ; Bishop, 2004) ^[29] ont démontré une prévalence importante des antécédents familiaux dans le cadre des troubles spécifiques du langage. L'étude de Hurst & al. (1990) ^[37], ont isolé le gène FOX P2 sur le bras long du chromosome 7 qui serait impliqué dans les

troubles sévères du langage. Cette étude a été réalisée dans la famille KE dont les membres sont atteints sur plusieurs générations de troubles sévères du langage. Plus récemment, l'étude de O'Brien & al. (2003) ^[33] a montré que plusieurs autres gènes marqués sur la même région chromosomique que FOX P2 seraient aussi fortement impliqués dans l'origine génétique des troubles spécifiques du langage.

- Anomalies cérébrales

- *La morphologie cérébrale*

On retrouve chez les enfants dysphasiques mais de manière inconstante une perte de l'asymétrie du planum temporal, région cérébrale impliquée dans le langage. Witelson & Pallie (1973) ^[37] ont démontré que l'asymétrie de la région temporale existerait dès la naissance et donc se serait spécialisée dans la vie intra-utérine. Il conviendrait alors de dire selon Cohen & al (1989) ^[37] que la symétrie du planum temporal observée chez la majorité des enfants dysphasiques serait causée par un défaut de migration neuronale survenu durant la grossesse ayant comme origine une part génétique et/ou environnementale. Dans ce cadre là, si l'acquisition du langage ne se fait pas pendant la période critique, les asymétries cérébrales pourront difficilement s'établir.

- *Les données des IRM cérébraux*

Trauner & al. (2000) ^[15] ont observé que les sujets dysphasiques présentaient un taux anormalement élevé d'anomalies discrètes pouvant témoigner d'une souffrance cérébrale durant la période anté et périnatale. Ces anomalies se définissent par des dilatations ventriculaires modérées et des anomalies non spécifiques de la substance blanche. Il pense qu'une possible interruption du développement normal des voies primaires sous corticales de la substance blanche entraînerait comme conséquence une inefficacité dans le traitement de l'information multisensorielle qui pourrait à son tour expliquer le trouble de l'acquisition du langage.

- *Les données fonctionnelles*

Fabbro, Libera & Tavano (2002) ^[28] ont mis en évidence que les personnes dysphasiques présentaient un déficit du transfert des informations au niveau du corps calleux suite à une tâche bimanuelle motrice réalisée par les enfants nécessitant la coordination des informations. Cependant, une étude en IRM structurale portée sur l'analyse du corps calleux n'a pas conclu à des anomalies de structures (Preis & al. 2000) ^[15].

De plus, de nombreuses études en neuroimagerie (SPECT) ont montré que les personnes dysphasiques présentaient une anomalie de la latéralisation du langage, une hypoperfusion localisée

des régions pérysylviennes postérieures gauches dans des situations d'écoute et un retard de maturation du cervelet (Tzourio & al. 1994 ; Chiron & al. 1999) ^[37].

- L'épilepsie

La prévalence de l'épilepsie et d'anomalies paroxystiques à l'EEG est plus élevée dans les populations d'enfants dysphasiques. Toutefois, leurs présences ne concluent pas qu'elles en sont la cause (Duvelleroy-Hommet & al. 1995 ; Picard, 1998) ^[37]. Mais le questionnement actuel est de savoir s'il n'existerait pas une raison commune à l'épilepsie et à la dysphasie.

Les syndromes tels que Landau Kleffner ou les POCS sont parfois tellement précoces qu'ils sont difficiles à distinguer d'une forme de dysphasie développementale. La recherche systématique d'activité épileptique est alors indispensable dans les atteintes sévères du langage.

L'hypothèse de Billard (2001) ^[14] dit « qu'un trouble de la maturation neuronale serait à l'origine de la dysphasie et donnerait également des paroxysmes intercritiques de type épileptique. Mais nous ne connaissons encore que peu de chose quant aux supposées anomalies maturatives. »

Toutefois, il est certain que l'abondance des décharges épileptiques durant le sommeil risque fortement d'interférer avec le développement cognitif et langagier de l'enfant.

PARTIE II : COMORBIDITE VERTICALE : DYSPHASIE/TROUBLE DE L'ACQUISITION DES COORDINATIONS

La dysphasie développementale entraîne souvent un tableau similaire de celui de l'anomalie du fonctionnement cognitif de l'individu. Cette symptomatologie peut être interprétée comme la conséquence directe du trouble dysphasique sur le développement de l'enfant ou comme le résultat de troubles cognitifs entraînés par les mêmes dysfonctionnements cérébraux que ceux qui sont à l'origine de la dysphasie. Ce trouble atteint des niveaux plus ou moins élaborés du traitement de l'information et des domaines plus ou moins liés à ceux de l'activité linguistique. Toutefois, les difficultés associées doivent être tout autant prises en considération que les déficits langagiers car ils parasitent l'accès à l'apprentissage et peuvent entraver certains processus rééducationnels.

I) Liens entre troubles du langage et troubles cognitifs

- L'attention

Il existe une étroite relation entre les troubles spécifiques du langage et le déficit attentionnel. L'incidence du trouble attentionnel dans la population d'enfants avec un trouble spécifique du langage varie de 16% à 30% selon les études par rapport à 4% dans la population d'âge scolaire. D'après Beitchman (1989) ^[10], le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité fait parti des troubles associés le plus souvent rencontré chez les personnes dysphasiques. Ces deux syndromes mettent probablement en jeu des structures cérébrales distinctes mais aussi communes qui expliqueraient l'intrication partielle de certaines fonctions cognitives (Ullman & Pierpont, 2005) ^[10].

De plus, il apparaît clairement que ces déficits attentionnels peuvent être primaires à la dysphasie ou secondaires aux difficultés langagières. En effet, des enfants qui présentent des déficits de compréhension et/ou d'expression sont plus à risque de développer des troubles attentionnels compte tenu de l'effort linguistique que leur demande chaque activité.

- L'abstraction, symbolisation et généralisation (Casby, 1997) ^[10]

L'intelligence de l'enfant dysphasique est rarement semblable à celle d'un enfant sans trouble du à l'accès difficile à la symbolisation, à l'abstraction et à la généralisation. En effet, les concepts abstraits sont peu compris et les possibilités de catégorisation et de généralisation sont difficilement intégrées. Ces capacités, fortement corrélées à la réussite scolaire, sont en lien étroit avec les difficultés que présentent les enfants dysphasiques à traiter des informations qui nécessitent la combinaison de plusieurs dimensions (Johnston, 1992) ^[10]. Selon Delmas et Lambert dans leur intitulé de la gestion mentale dans la rééducation de la dysphasie ^[29], les enfants dysphasiques s'appuient exclusivement sur des représentations mentales visuelles concrètes quelque soit les modalités sensorielles sollicitées. Ainsi, il faut laisser du temps à l'enfant pour évoquer et faire des liens entre les différentes dimensions afin de nourrir ses représentations mentales.

- Lenteur de traitement

L'étude de Miller & al (2001) ^[10] a conclu à un ralentissement généralisé dans des tâches verbales comme non verbales, chez les sujets avec un trouble spécifique du langage. Cette lenteur entraverait majoritairement les domaines participants à la construction linguistique.

Cependant, ce déficit ne se retrouve pas chez tous les enfants avec un trouble spécifique du langage mais apparaît plus fréquemment dans les troubles mixtes et ne semble pas être corrélé à la gravité du trouble du langage (Windsor & Hwang, 1999 ; Miller & al, 2001 ; Lahey & al, 2001) ^[10].

Dans le même sens, Tallal (1973) ^[10] émet l'hypothèse que les enfants dysphasiques présenteraient un déficit dans le traitement temporel auditif. Les tâches mettant en jeu le traitement de très brèves durées ainsi que le traitement de stimulus présenté en successions rapides, seraient compliquées chez les enfants dysphasiques.

- Déficit de la mémoire de travail

Des études ont démontré que les enfants avec un trouble spécifique du langage avaient un déficit des fonctions exécutives lorsque les tâches à réaliser faisaient intervenir la mémoire de travail. Ce trouble mnésique a des conséquences sur les apprentissages notamment dans l'acquisition du langage oral et écrit.

Dans le domaine du langage, les enfants avec un trouble spécifique du langage oral montreraient des difficultés à assurer la double fonction de stockage et de traitement linguistique dès que le niveau d'exigence de la tâche est trop élevé (Montgomery, 1995) ^[10].

Une étude de Bishop (2006) ^[29] explique que les capacités de la mémoire à court terme phonologique mesurées par des tests de répétition de non-mot, seraient des indices prédictifs d'enfants avec un trouble spécifique du langage.

Toutefois, les mémoires visuelles, visuo-spatiales ou tactiles semblent moins atteintes que la mémoire auditivo-verbale chez les enfants dysphasiques.

- Trouble de la séquentialité

Le déficit de la mémoire de travail est étroitement lié à une atteinte des modes de traitement séquentiel analytique de l'information. L'étude de Tallal (1973) nourrit cette hypothèse aux vues des difficultés de traitement et de rappel des séquences d'un stimulus auditif. Dans la dysphasie phono-syntaxique, le trouble du traitement séquentiel s'ajoute à une difficulté de programmation d'activité séquentielle.

L'hémisphère droit, assurant les fonctions de la mise en séquence syntaxique et probablement la phonologie, serait lésé chez les enfants dysphasiques (Gazzaniga, 1989) ^[10].

Ce déficit de séquentialité s'étendrait à la perception du temps. En effet, organiser la séquence des événements, respecter un ordre chronologique, transposer la successivité au temps social regroupent des acquisitions complexes pour les enfants dysphasiques.

II) Liens entre troubles du langage et troubles psychomoteurs

De nombreuses études ont démontré le lien étroit existant entre les troubles spécifiques du langage et les difficultés dans les habiletés psychomotrices.

Une étude de Lasserre, Gely & Heral (1994) ^[8], montre que sur 11 enfants dysphasiques plus de la moitié présentent un retard psychomoteur d'intensité variable selon la gravité du trouble dysphasique. L'incidence de cette co-morbidité est évaluée autour de 25%.

II-1) Les observations

La dysphasie développementale s'accompagne fréquemment de troubles moteurs. Une étude de Robinson (1991) ^[36] réalisée dans une école spécialisée dans les troubles spécifiques du langage, révèle que 90% des enfants présentent des déficits de la motricité. Parallèlement, suite à l'utilisation du M-ABC chez des enfants avec un trouble spécifique du langage, Hill (2001) ^[20] montre que 11 enfants sur 19 sont « borderlines » dont certains rapportent un score inférieur au 5^opercentile.

Par ailleurs, l'évaluation de ces troubles moteurs associés est souvent tardive par rapport au diagnostic langagier. Plusieurs hypothèses sont mises en avant :

- Les difficultés motrices sont moins marquées durant la petite enfance.
- Les difficultés motrices étaient déjà bien présentes mais non identifiées par des tests standardisés.
- Les difficultés motrices n'apparaissent que lors des tâches motrices complexes.

En effet, les troubles de la motricité s'observent nettement dès l'âge de 6 ans en lien avec un rapport langage/motricité en faveur de la motricité à cet âge (augmentation des activités sportives, des jeux physiques...). Cependant, il a été démontré que la coexistence de ces troubles apparaissait dès l'âge de 4 ans.

II-2) Troubles psychomoteurs étudiés

Des études rétrospectives chez des enfants avec un trouble spécifique du langage oral mettent en évidence un retard précoce dans les étapes du développement psychomoteur ajouté à la présence de signes doux (Trauner, Wulfeck, Tallal & Hesselink, 2000) ^[23]. Ces observations sont en faveur d'une immaturité cérébrale, qui de ce fait entraîne un retard développemental. Toutefois, les déficits moteurs retenus chez les enfants TSLO sont spécifiques et ne s'inscrivent pas dans un retard moteur homogène.

La littérature compte de nombreuses analyses quant aux déficits moteurs relevés chez les enfants TSLO. Cependant, à défaut d'un consensus commun, une symptomatologie motrice précise ne peut être évoquée chez les enfants porteurs de TSLO.

Voici les résultats validés en commun :

- Lenteur dans les activités de motricité fine et de coordination œil-main

Les épreuves de déplacement de cheville, d'opposition des doigts soulignent cette lenteur chez les enfants TSLO (Stark & Tallal, 1981 ; Powell & Bishop, 1992) ^[38]. Aussi, dans l'épreuve du tapping, les enfants TLSO sont fréquemment en difficultés. Leonard & al. (2007) ^[38] explique que face à des activités où la multiplication des tâches implique la perception rapide des informations, les performances des enfants TSLO chutent. L'étude de Tallal (1996) ^[38] explique que les enfants TSLO sont en difficulté dans les tâches de perception auditive visant un changement rapide de stimulation. Ainsi, ces observations ne s'appliquent pas seulement au domaine langagier. Ces résultats vont dans le sens d'un déficit temporel entravant la motricité et le langage dans le TSLO. Bishop (2002), Ullman & Pierpont (2005) ^[38] émettent l'hypothèse que des déficits dans les épreuves chronométrées, de séquentialité et de vitesse se regroupent dans le TSLO. D'ailleurs, le cervelet jouerait un rôle majeur dans ces activités proposées (Ivry, 1997) ^[38]. Malgré l'hypothèse d'un déficit temporel, les épreuves répétitives ne sollicitant pas la perception de changements rapides du stimulus ne sont pas déficitaires dans les TSLO (Spencer & al, 2005) ^[38].

- L'organisation spatio-temporelle

Selon Ajuriaguerra (1974) ^[1], les troubles spatio-temporels sont fréquemment intriqués à la dysphasie.

Des difficultés dans le repérage temporel notamment dans la notion de successivité et de déroulement d'une action sont présentes chez les enfants dysphasiques. Par exemple, il est complexe pour ces enfants de replacer les images d'une histoire dans un ordre chronologique. Aussi, les concepts de temps (avant, après, demain, hier) sont difficilement acquis.

Ajuriaguerra (1974) ^[1] montre dans son étude que les individus dysphasiques sont sujets à des troubles rythmiques.

On observe chez ces enfants des difficultés à percevoir, mémoriser et reproduire sur consignes verbales un rythme entendu et perçu. Ce déficit s'expliquerait suivant l'hypothèse d'un trouble du traitement séquentiel et analytique de l'information (Tallal, 1985) ou par une limitation de l'empan mnésique.

Les acquisitions des notions spatiales ainsi que leurs actualisations dans les activités d'orientation, de représentation... sont compliquées chez les enfants dysphasiques. Des difficultés linguistiques,

praxiques et cognitives parasitent l'apprentissage de la spatialité. Aussi, une altération du schéma corporel accentue d'autant plus la construction de repères spatiaux.

- Les praxies

Généralement, le test M-ABC est utilisé afin d'évaluer cet item. Une étude de Hill (2001) ^[20] révèle que 58% des enfants atteints de TSLO présentent un score inférieur au 15^e percentile. Quant aux enfants TSLO dont le score au M-ABC est normal, ils sont sujets de troubles praxiques.

Lors des tests d'imitations de gestes, les enfants TSLO ont des performances similaires aux enfants plus jeunes dans les épreuves de gestes transitifs et intransitifs et sous consignes verbales. Hill, Bishop et Nimmo-Smith (1998) ^[16], auteurs de ces observations, considèrent donc qu'il est question d'un retard de maturation plutôt que d'un déficit de planification motrice. Toutefois, d'autres études tendent à démontrer l'inverse dans le cadre d'imitations de gestes sans signification (Archer & Witelson, 1988 ; Hill, 1998) ^[4].

Une étude de Klara Marton (2009) ^[20] explicite d'autres arguments en s'appuyant sur des imitations de postures et de mouvements de mains afin d'évaluer les capacités de planification et de réalisation de postures corporelles inhabituelles. Les enfants TSLO sont déficitaires dans ces épreuves. Plusieurs explications sont alors proposées : déficit de la mémoire de travail, difficulté dans la perception globale, difficulté kinesthésique, déficit dans le contrôle du mouvement et mauvaise appréciation du schéma corporel. Cependant, il est nettement marqué que les enfants TSLO sont en difficulté pour faire varier un pattern moteur, s'observant ainsi par la persévération dans l'imitation des postures.

- Equilibre statique/dynamique et maîtrise de balle

Les activités locomotrices comme courir, sauter et les activités de contrôle avec le maintien en équilibre sont déficitaires chez les enfants TSLO. Visscher & al. (2007) ^[34] montre que l'évaluation de l'item « équilibre sur un pied » du M-ABC est nettement chutée chez un enfant TSLO par rapport à celle d'un enfant sain.

En parallèle, de grandes difficultés dans la maîtrise de balle (attraper un objet en mouvement, jeter une balle dans une cible) sont aussi notées chez des enfants TSLO âgés de 6 à 9 ans. Visscher & al. (2007) ^[34] émet l'hypothèse que les ganglions de la base en lien avec les aires préfrontales et le cervelet seraient dysfonctionnants chez les enfants TSLO. Ceci pourrait alors expliquer les troubles de l'équilibre (ganglion de la base), le déficit dans le contrôle et l'exécution de mouvements

combinés (cortex préfrontal) et les difficultés de précision marquées d'autant plus dans les tâches motrices complexes (cervelet).

Toutefois, une étude de Hsiang-chun cheng (2009) ^[18] rapporte qu'il n'existe pas de différence significative dans la capacité de maîtrise de balle chez des enfants âgés de 5 ans qu'ils présentent un TSLO ou pas. La fréquence des jeux de balle est inférieure chez les enfants âgés de 5 ans par rapport aux enfants plus âgés. Ainsi, les enfants plus jeunes présentent moins de variabilités interindividuelles dans les activités de maîtrise de balle ce qui expliquerait les contradictions de ces deux études.

Les enfants TSLO de type expressif révèlent significativement une motricité de qualité moindre dans l'ensemble des domaines développés ci-dessus par rapport aux enfants sans troubles avérés. Quant aux enfants TSLO de type réceptif, seules les coordinations ne sont pas significativement inférieures en comparaison avec les enfants sains.

- La visuo-construction

Powell & Bishop (1992) ^[13], montrent la fréquence des troubles visuo-constructifs dans la population dysphasique. Les déficits impliqués sont soit d'ordres perceptifs soit liés au processus de production.

- La perception visuelle

Les sujets dysphasiques présentent des difficultés pour discriminer des éléments d'informations visuelles présentés rapidement où s'ils sont mêlés à un trop grand nombre d'éléments. Cela s'ajoute au trouble de la perception auditive avec un déficit dans le traitement sonore (le débit de parole étant souvent trop rapide pour les enfants dysphasiques) et la différenciation des mots complexes. Il est clairement identifié que ces déficits de perception aggravent nettement les difficultés de l'enfant dans ses apprentissages.

- Graphisme

L'apprentissage de l'écriture est parasité chez les sujets dysphasiques par :

- Une inadaptation posturale : appui prolongé du buste à la table et un contrôle visuel rapproché.
- Trouble du rythme : rythme fragmenté, difficulté d'anticipation spatio-temporelle.

- Prise en considération d'une dyspraxie gestuelle et/ou visuo-constructive

J'utilise le terme de paradoxe pour appuyer l'idée que malgré les compétences préalables au langage écrit, qui sont déficitaires chez les enfants dysphasiques, il est indispensable de travailler précocement le langage écrit afin de pallier aux difficultés verbales (Soprano & Chevrié-Muller, 1999) ^[14]. L'objectif de cette procédure thérapeutique est d'éviter que s'installe aussi des déviances dans le langage écrit chez les personnes dysphasiques.

En effet, l'enfant dysphasique peut difficilement accéder au stade alphabétique, acquérir et automatiser les procédures d'assemblages reflétant des troubles de lecture et de transcription.

Toutefois, si un travail « artificiel » de ces apprentissages n'est pas réalisé précocement, les conséquences seront toutes autant importantes que celles observées dans le langage oral.

III) Dysphasie développementale / Trouble de l'acquisition des coordinations : symptomatologie similaire ? Comorbidité ?

III-1) tableau de TAC dans la dysphasie

Un tableau similaire à celui du trouble de l'acquisition des coordinations peut se révéler dans les troubles langagiers et notamment dans la dysphasie développementale :

- Maladresse motrice notamment au niveau de la motricité fine.
- Lenteur d'exécution dans les mouvements.
- Gestes simplifiés, maladroits avec souvent un mauvais ajustement tonique.
- Le trouble gestuel peut majoritairement atteindre la sphère bucco-faciale et s'exprimer par des amimiques chez les enfants dysphasiques ou toucher l'ensemble des praxies gestuelles avec des difficultés à imiter des gestes simples (forme et orientation du geste). Il semblerait que chez les enfants avec un trouble réceptif du langage, les difficultés praxiques seraient causées par une perturbation de la gestuelle. En revanche, chez les enfants dysphasiques expressifs, il s'agirait plus d'une dyspraxie idéo-motrice.

· La plupart des enfants dysphasiques sont considérés comme mal latéralisés. Leurs actions sont pour la plupart peu latéralisées. (Ajuriaguerra & coll, 1962) ^[1].

· Dans l'atteinte de la motricité globale, les difficultés se situent surtout au niveau de l'équilibre.

III-2) La symptomatologie des enfants TAC

Les enfants sujets d'un trouble de l'acquisition des coordinations présentent plusieurs symptômes spécifiques actuellement identifiés :

- Retard développemental dans les acquisitions psychomotrices.
- Déficit dans les activités impliquant les coordinations motrices : lenteur, imprécision, manque de fluidité dans la réalisation du mouvement.
- Difficultés dans les épreuves d'équilibre statique causées par un défaut de synchronisation musculaire.
- Difficultés dans les épreuves d'équilibre dynamique (marche, saut, course) : perturbation de l'organisation du mouvement si absence de la vision et déficit dans les coordinations motrices.
- Prise d'information et de repères de la situation non pertinents.
- Déficit de l'engrammation et de l'automatisation motrice.
- Perturbation de la posture et difficultés d'ajustement et d'adaptation à l'environnement.
- Maladresse : chute ou font tomber des objets fréquemment.
- Faibles performances sportives.
- Dysgraphie.
- Tous ces troubles vont entraîner un handicap majeur dans les activités de la vie quotidienne et entraver les apprentissages.

III-3) Comorbidité dysphasie/TAC ?

Face au schéma symptomatique des individus TAC, il est clairement posé la question d'une comorbidité entre la dysphasie développementale et le TAC. Des études ont pu démontrer que l'incidence du trouble de l'acquisition des coordinations variait de 40 à 90%, selon les études dans la population des troubles spécifiques du langage par rapport à 6% dans la population générale.

Une étude de Powell & Bishop (1992) ^[4] montre une similitude entre les enfants TSLO et TAC dans les activités de discriminations visuelles et motrices.

Webster & al. (2006) ^[36] émet l'hypothèse qu'un facteur étiologique commun serait à l'origine du trouble du langage et de la motricité, excluant les composants non verbaux de la cognition.

Dans une étude de Hill, Bishop et Nimmo-Smith (1998) ^[16], les enfants TSLO et les enfants TAC réalisent des performances similaires lors d'activités de représentations gestuelles.

Ces résultats interrogent sur la nature de l'association TSLO (dont la dysphasie développementale) et les troubles de la motricité. Ainsi, trois hypothèses sont proposées :

- Le trouble du langage joue un rôle spécifique dans le déficit des représentations gestuelles. Si c'est le cas, une forte corrélation entre les déficits langagiers et les performances motrices existerait.

- Ces déficits moteurs et langagiers pourraient être la conséquence d'une contiguïté anatomique des substances neuronales concourant aux fonctions langagières et motrices.

- Les relations entre les difficultés langagières et motrices seraient indicatrices d'immaturation cérébrale sous jacente. Dans ce cas, les enfants seraient susceptibles de présenter également d'autres troubles neurodéveloppementaux comme la dyslexie, TDA/H s'exprimant aussi par des similitudes psychomotrices. On parlerait ainsi de conjonction ou de chevauchement de troubles, excluant une distinction des troubles et laissant plutôt suggérer une étiologie commune.

Se basant sur de multiples études, toutes révélatrices des similitudes entre TSLO et TAC, plusieurs auteurs (Kaplan, Crawford, Cantell, Kooistra & Dewey, 2006) ^[4] ont réfléchi aux possibles explications étiologiques :

- Le TSLO et le TAC seraient deux troubles distincts étiologiquement associés temporellement sans rapport de causalité.

- Le TSLO et TAC résulteraient d'une étiologie commune.

- Il existerait un continuum entre ces deux troubles en rapport avec la sévérité du trouble concerné. Les troubles associés s'exprimeraient d'autant plus que le trouble étudié est sévère.

PARTIE III : COMORBIDITE HORIZONTALE : DYSPHASIE/ TAC/ TROUBLE ANXIEUX

La dysphasie s'accompagne comme nous avons pu le voir de difficultés globales notamment dans la relation avec autrui et dans les expériences partagées. Les difficultés de langage perturbent les compétences sociales du sujet jusqu'à se répercuter sur l'ensemble de sa personnalité. Ainsi, tout un processus psychique va se construire autour de ce handicap.

Plusieurs études révèlent qu'en moyenne 50% des enfants avec un trouble spécifique du langage présentent des troubles du comportement associés. En effet, du fait des difficultés de compréhension et d'adaptation à des situations nouvelles (par manque d'initiative, de flexibilité et ajustement sociaux), les enfants dysphasiques peuvent développer des symptomatologies comportementales diverses : rigidité comportementale, hyperactivité, hypoactivité, difficulté dans la gestion du comportement en groupe et non en relation duelle...

I) Trouble anxieux : facteur aggravant de la dysphasie

L'acquisition du langage oral permet d'accroître sa capacité à communiquer, apprendre et intérioriser les normes de la société dans laquelle on vit. Bruner (2000) ^[33] explique que maîtriser la langue maternelle s'est s'inscrire dans une communauté linguistique et se construire une identité culturelle. De nombreuses études ont mis en évidence les déficits engendrés par un trouble du langage oral : conséquences sur le plan de la cognition, l'affectivité, le comportement, l'adaptation sociale et sur les apprentissages scolaires. En effet, les enfants dysphasiques marqués par une pauvreté de la communication vont connaître des difficultés pour s'intégrer au groupe de pairs et vont souvent tendre vers une inadaptation sociale. Ces difficultés sociales associées aux échecs scolaires trop souvent répétés sont à l'origine d'un sentiment de dévalorisation qui peut parfois entraîner des comportements de dépréciation.

II) Etiologie : plusieurs hypothèses

II-1) Etude de Baker et Cantwell 1987

L'étude de Baker & Cantwell (1987) ^[10] ont dénombré trois hypothèses pouvant expliciter la nature et la relation entre les troubles du langage oral et les troubles affectifs. Voici les hypothèses :

- le trouble psychopathologique est à l'origine du trouble du langage.
- le trouble de la communication donne naissance au trouble psychoaffectif.
- les troubles du langage et psychoaffectifs sont la conséquence d'une même cause sous-jacente.

De nombreuses études ont rapporté des résultats en faveur de la deuxième hypothèse. En effet, les enfants présentant un trouble du langage vont se confronter très tôt à leur incapacité de pouvoir communiquer avec leurs pairs. Ils vont alors progressivement rester en marge et s'isoler. D'ailleurs, dès l'âge de 2 ans des altérations du comportement tels que de l'opposition, la résistance ou encore la révolte et de l'agressivité (majorées par rapport aux autres enfants du même âge) peuvent être rapportées par les parents d'enfants avec un trouble du langage (Zelazo & al. 1985) ^[10]. L'incapacité à pouvoir communiquer est telle que les enfants vont développer un sentiment d'infériorité, une faible estime de soi et une mauvaise adaptation sociale dans les lieux de garde (crèche, garderie ...). Ceci peut avoir comme conséquence un développement affectif anormal soulignant des difficultés émotionnelles et comportementales.

II-2) Les schémas cognitifs

Beck & Emery (1985) ^[31], définissent la notion de schéma cognitif sur lequel se structure les processus cognitifs et la personnalité de l'individu. Ils comptent six grandes classes de schémas qui vont s'exprimer en fonction des besoins de l'enfant au cours de son développement et qui renferme chacun un thème spécifique.

Les six grandes classes sont :

- le détachement : thème → manque affectif et manque de confiance dans l'entourage.
- le manque d'autonomie : thème → dépendance vis-à-vis des autres et vulnérabilité face au danger.

- l'indésirabilité : thème → rejet et échec social et le non engagement.
- le manque d'expression individuelle : thème → inhibition émotionnelle et embarras face à autrui.
- le manque de satisfaction personnelle : thème → exagération dans le travail fourni mais aussi dans les attentes vis-à-vis des autres.
- comportement et attente sans limite : thème → insuffisance dans le contrôle de soi et de ses réactions.

Selon Young (1990) ^[31], les premiers schémas se constituent très tôt durant l'enfance par le biais des interactions avec l'environnement. Mais chez certains enfants, des schémas précoces inadaptés peuvent coexister. En effet, d'après Beck (1985) ^[31], l'anxiété est un mode constitué de nombreux schémas inadaptés qui vont se développer et se fixer à l'adolescence. Une étude de Messer & Beidel (1994) ^[31] remarque que les enfants souffrants de troubles anxieux verbalisent des thèmes semblables : indépendance faible, sentiment d'incompétence, tempérament moins flexible.

On peut donc émettre l'hypothèse que selon le modèle de Beck et Young, les enfants dysphasiques, de part leurs interactions inadéquates avec leur environnement, ont pu développer des schémas anxigènes inadaptés dès l'enfance, impliquant des réponses comportementales et cognitives spécifiques.

II-3) Les altérations psychopathologiques causées par l'échec scolaire

En parallèle, une étude de Silva & al. (1983) ^[10] a mis en évidence une relation étroite entre les troubles du langage et les échecs scolaires qui placerait l'enfant en situation de stress chronique et qui pourrait être à l'origine d'un trouble psychoaffectif chez l'enfant.

La plupart des enfants qui échouent à l'école quelque soit la cause initiale s'inscrivent souvent dans un cercle vicieux dévalorisant. Selon sa personnalité, l'enfant va répondre différemment à cet engrenage. Les symptômes exprimés pourront se traduire par de l'apathie, une instabilité psychomotrice ou encore de l'opposition. Launay (1977) ^[2] observe que suite à des échecs scolaires répétés, les enfants manifestent un syndrome d'inhibition intellectuelle. L'enfant souffre de se juger inefficace dans les activités intellectuelles. Il peut alors parfois se détacher de la tâche et paraître absent. Nous pouvons alors admettre que certains enfants dysphasiques, aux vues de leurs difficultés majeures du langage, sont à risques de dévoiler ce syndrome.

II-4) L'environnement familial autour du trouble anxieux chez l'enfant

De plus, les attitudes parentales peuvent aussi avoir un impact non pas sur le développement d'un trouble psychoaffectif mais sur le maintien des troubles anxieux chez l'enfant. Une étude de Manassis (2001) ^[27], explique que les parents d'enfant anxieux, exprimant parfois des difficultés à élaborer des stratégies adaptatives (en favorisant l'évitement) et en surprotégeant leur enfant diminuent les occasions de désensibilisation chez celui-ci, ici les interactions avec les pairs.

Les altérations psychopathologiques contribuent ainsi à augmenter les effets des déficits langagiers au cours du développement de l'enfant.

III) Altérations psychopathologiques et expression des troubles anxieux chez l'enfant dysphasique

III-1) Les facteurs sous-jacents du développement des psychopathologies dans la dysphasie

Les enfants avec un trouble spécifique du langage forment donc un groupe « à risque » de développer des psychopathologies. La sévérité de ces troubles associés va dépendre de plusieurs facteurs (Dugas & Gérard, 1990) ^[13]:

- **Type de dysphasie** : les personnes avec un trouble de compréhension et/ou un trouble mixte sont les plus à risques de développer des difficultés comportementales avec l'âge. Concernant les troubles d'expression verbale, plus le niveau de langage est faible plus le risque de développer une symptomatologie dépressive augmente.

- **L'âge** : les troubles psychopathologiques sont plus marqués chez les sujets plus âgés (32%) que chez les plus jeunes (15%) alors que les troubles du langage tendent à décroître avec l'âge (Baker & Cantwell, 1987) ^[10].

- **Le sexe** : des études ont mis en évidence que les filles étaient à plus hauts risques de déclarer des troubles psychiatriques que les garçons (anxiété, repli sur soi..) alors que certaines études ne montrent pas de différence significative entre les sexes.

- La précocité du traitement spécifique au trouble du langage : il est vrai que les sujets adolescents associant un trouble psychopathologique au trouble du langage présentaient très tôt (à l'âge de 2 ou 3 ans) des troubles structurels du langage marqués. Ainsi, une prise en charge précoce permet de mettre en place des moyens de prévention afin de limiter ces comportements déviants.

- Les capacités cognitives générales : la possibilité de conceptualiser ses difficultés et de pouvoir rechercher des réponses adaptées diminuent nettement le risque de développer des troubles comportementaux. Ce travail d'acceptation d'un trouble du langage devrait être réalisé par la personne dysphasique elle-même mais aussi par son entourage.

III-2) L'expression comportementale des altérations psychopathologiques dans les troubles spécifiques du langage

La majorité des auteurs s'accordent pour définir deux types de comportements dans les troubles spécifiques du langage :

- Les altérations psychopathologiques extériorisées :

- manque de contrôle
- impulsivité
- altération des conduites
- opposition

- Les altérations psychopathologiques intériorisées :

- retrait, isolement social
- anxiété
- difficultés émotionnelles, faible estime de soi
- tableau dépressif, dévalorisation

III-3) Les troubles du langage augmentent le risque de développer une phobie sociale

Une étude de Beitchman & al. (1996-2001) ^[14] menée sur 19 sujets durant une période de 14 ans (5 ans, 19ans) révèle que le taux de trouble anxieux et de phobie sociale observé dans la population dysphasique est bien plus important que celui de la population normale.

En effet, les enfants présentant un trouble du langage responsable d'un déficit dans la communication augmente le risque de développer de l'anxiété dans les interactions sociales avec les pairs. Souvent ces enfants sont perçus comme indésirables sur le plan social par certains de leurs pairs. Les expériences de rejet et d'exclusion par les autres pourraient avoir un impact sur les attentes et le comportement au regard des interactions sociales. Ceci serait un facteur prédisposant au développement d'une phobie sociale notamment durant la période de l'adolescence.

Dans le cadre d'une situation sans trouble de langage, la présence d'une phobie sociale chez l'individu s'inclut dans le trouble anxieux généralisé. Cependant, dans le contexte d'un trouble du langage, le développement d'une phobie sociale apparaît être spécifique (Voci & al. 2006) ^[35].

La phobie sociale se définit comme la peur perpétuelle d'affronter les autres et le jugement qu'ils peuvent porter sur soi. Cette peur est éprouvée par l'individu devant ces situations ne comportant pas, objectivement, de caractère dangereux. Le sujet reconnaît généralement le caractère irrationnel de cette peur et peut parfois la critiquer. Cette peur s'accompagne souvent de conduites d'évitement ou de réassurance, qui parfois en constituent les manifestations les plus visibles.

La phobie sociale débute le plus souvent à l'adolescence, avec une peur d'être soumis au regard d'autrui, notamment dans les groupes restreints. Elle est à l'origine d'un évitement des situations sociales et s'accompagne habituellement d'une altération de l'estime de soi et d'une peur de la critique. Le DSM IV mentionne la nécessité d'une durée de six mois pour diagnostiquer ce trouble chez les moins de 18 ans et les symptômes doivent interférer avec le fonctionnement quotidien et/ou les relations chez le sujet.

Chez l'enfant phobique, plusieurs comportements défensifs s'observent dès lors qu'il est confronté à la situation phobogène :

- réactions neurovégétatives entraînées par l'anxiété.
- l'évitement de la situation ou la demande de réassurance.
- repli sur soi pour ne pas prendre le risque de se confronter à la situation menaçante.

Si elles sont trop intenses, ces manifestations peuvent réellement handicaper l'enfant jusqu'à se répercuter dans les domaines scolaires et relationnels.

Chez l'enfant, les premières manifestations de phobie sociale pourraient être la peur de l'interrogation orale en classe ou la peur de parler devant les étrangers par exemple. Par ailleurs, l'existence d'une phobie sociale s'accompagne presque toujours chez l'enfant d'une inhibition comportementale.

IV) Troubles psychopathologiques en lien avec l'inadaptation sociale

Graig (1993) ^[19], montre que les relations sociales entretenues chez les enfants dysphasiques sont moins fréquentes mais surtout moins positives en comparaison avec les enfants sans trouble de langage. En effet, ils initient difficilement les interactions sociales ce qui diminue d'autant plus les chances de pouvoir développer leurs compétences langagières.

Toutefois, Singer & Bashir (1999) ^[19] expliquent que le déficit langagier ne peut expliquer à lui seul la faiblesse des compétences sociales des enfants avec un trouble spécifique du langage oral.

Bishop (1997) ^[19] démontre que les cognitions du langage et les cognitions sociales sont soutenues par des mêmes habiletés cognitives qui sont :

- l'encodage et la discrimination des informations
- la mémoire de travail
- La capacité de procéder

Par conséquent, les difficultés sociales que rencontrent les enfants dysphasiques pourraient être représentatives de la répercussion de leurs déficits cognitifs et pas seulement celle du trouble langagier. Le suivi thérapeutique doit prendre en considération ces observations faites afin de mener à bien l'intégration sociale des enfants dysphasiques.

Une étude menée par Klara Marton (2005) ^[19], montre que les enfants avec un trouble spécifique du langage oral participent moins que les autres enfants aux stratégies groupales, sont moins investis dans la négociation et de ce fait répondent de façon personnelle ou inadaptée aux situations de résolution sociale. Ainsi, il leur est compliqué de développer de manière optimale leurs compétences sociales.

Il va de soi que les relations d'un enfant avec ses pairs jouent un rôle important dans le développement social et émotionnel de celui-ci. Lagreca (2001) ^[27] souligne que construire des relations satisfaisantes avec les pairs concourt au bon développement des aptitudes sociales, au sentiment de compétence personnelle, au bon ajustement émotionnel et plus globalement au bien-être. On peut alors imaginer l'impact de la dysphasie sur le développement sociopsychologique chez l'enfant. A ce jour, peu de travaux ont étudié les difficultés relationnelles avec les pairs comme facteur de risque de l'anxiété. Pourtant, nous pouvons supposer que la nature des relations qu'entretient un enfant avec ses pairs est susceptible d'influer sur l'émergence, le maintien ou au contraire la diminution de son anxiété (Marthin-Guehl, 2003) ^[27].

V) Comorbidité Dysphasie/ TAC/ Trouble anxieux

V-1) Comorbidité TAC/ Trouble anxieux

A l'échelle Child Behaviour Checklist, les enfants TAC obtiennent des scores plus élevés que la moyenne notamment en ce qui concerne les plaintes somatiques, l'anxiété, le retrait social et la dépression. Les faibles performances motrices favorisent un faible sentiment de compétence au départ qui s'ajoutent souvent à l'échec scolaire. Cette situation va entraîner un retrait social et une inhibition renforçant à son tour l'échec scolaire et la mauvaise estime de soi. Ces enfants peuvent parfois présenter des comportements oppositionnels passifs, des troubles d'énurésies secondaires, des troubles du sommeil et des douleurs psychosomatiques. Ces symptômes s'apparentent fortement à ceux évoqués dans le DSM IV pour définir le trouble anxieux.

A contrario, des travaux ont montré que les enfants présentant des troubles anxieux obtenaient des scores moins élevés par rapport à un groupe contrôle aux épreuves de coordinations, d'équilibres statiques et dynamiques. Toutefois, les auteurs n'observaient pas pour autant un véritable retard de développement.

V-2) La comorbidité aggrave les symptômes anxieux

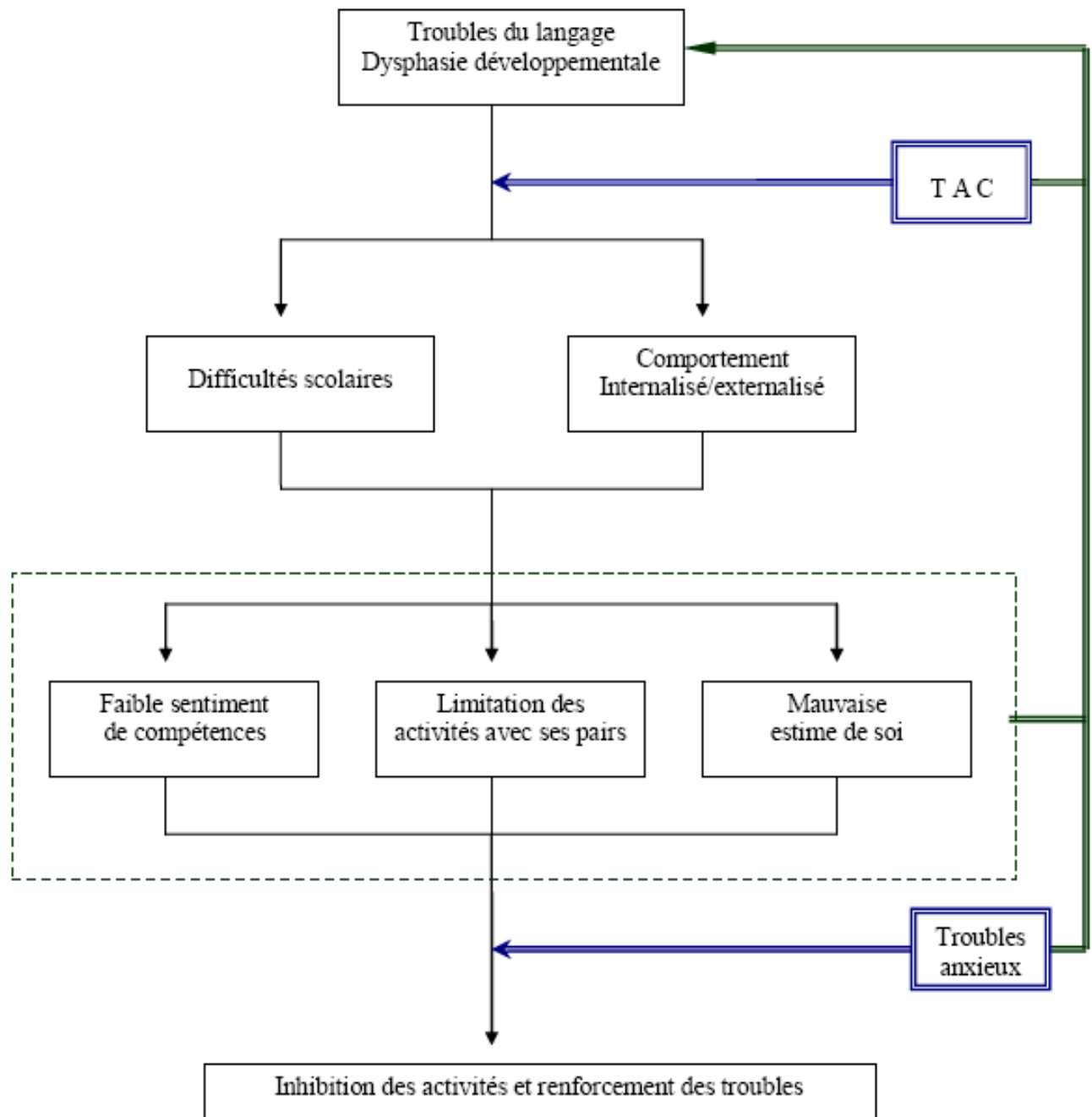
Les symptômes anxieux sont aggravés s'ils coexistent avec d'autres troubles associés comme les troubles psychomoteurs. Les enfants présentant une dysphasie ou un TAC ou les deux s'inscrivent dans un même schéma. En effet, les enfants avec un trouble du langage ou ceux avec un trouble psychomoteur vont se confronter à des expériences sociales négatives, tant dans les interactions de jeux que dans la communication. Ces enfants vont par la suite désinvestir toutes les situations

génératrices d'interactions comme les activités de balle ou autres et par conséquent moins solliciter et apprendre les habilités motrices et langagières. Ce cercle vicieux va donc limiter les opportunités d'apprentissages moteurs et langagiers et aggraver d'autant plus les troubles initiaux, ici la dysphasie et le TAC.

Cette situation engendre des répercussions notables sur l'estime de soi, le sentiment de compétence, le bien-être et est source d'anxiété majeure.

Des études menées sur l'impact du stress sur la performance montrent que le stress modifie en partie les processus de traitement de l'information. En effet, les conséquences s'observent sur les capacités de mémorisation, l'engagement dans l'effort, les capacités attentionnelles et modifieraient par ailleurs l'activité des cellules cérébrales. De plus, pour accomplir une action, l'individu doit recueillir et analyser les données de l'environnement, de la tâche, de ses expériences passées et auto évaluer ses compétences (Larue, 1995) ^[22]. Il m'a parue intéressant de rapporter cette étude dans le cadre de mon mémoire. Les enfants dysphasiques, tout comme les enfants TAC de part leur faible sentiment de compétence sont généralement anxieux face à des tâches nouvelles. De plus, leurs difficultés d'autoévaluation de leurs compétences et la modification du traitement de l'information en situation de stress aggravent d'autant plus leurs difficultés motrices et langagières.

V-3) Schéma du cercle vicieux engendré par les comorbidités dysphasie/TAC/trouble anxieux



- Facteurs aggravants
- Renforcement positif

PARTIE PRATIQUE

PARTIE I : PRESENTATION DE JULIEN

Julien est né le 09 septembre 2004. Julien est alors âgé de 5 ans 9 mois quand il rencontre le médecin du CMP. Il est adressé par le médecin scolaire pour un retard dans les apprentissages en grande section de maternelle.

I) Anamnèse et milieu familial

Julien vit avec ses 2 parents et son frère âgé de 2 ans qui ne présentent pas de déficit du langage. On ne retrouve pas non plus d'antécédents familiaux de trouble de langage.

La mère rapporte que la grossesse s'est bien déroulée mais l'accouchement fut difficile car son enfant est né avec le cordon enroulé autour du cou, qui fut cependant sans conséquence sur la santé de l'enfant. Concernant le développement psychomoteur, la marche fut acquise à 22 mois sans passage à 4 pattes. La propreté fut tardive (au cours de la 1^o année de maternelle). De plus, la mère décrit Julien comme un bébé peu curieux, ne montrant pas l'envie d'explorer.

Actuellement, la mère rapporte en entretien, qu'elle est soucieuse de l'avenir de son fils et est très présente dans le suivi scolaire. Tous les jours, elle demande à Julien dès son arrivée de l'école, les notes qu'il a eues et les progrès qu'il a faits dans la journée.

Concernant le comportement de Julien à la maison, la mère dit que son fils fait souvent des colères quand elle n'arrive pas à comprendre son langage. Face à la demande de sa mère, Julien peut aussi montrer un comportement d'opposition marqué quand il a décidé de ne pas faire.

Sur le plan des activités extrascolaires, Julien ne pratique aucune activité physique externe. A de rares occasions, il fait du skate, du ski en famille sans s'exercer à des activités collectives avec ses pairs. Il dit seulement jouer au legos avec son frère.

II) Scolarité datée du 7/06/2010

Lors de la petite section et moyenne section de maternelle, des évènements d'agressivité et d'opposition chez Julien avec ses pairs sont rapportés par l'école. Scolarisé à ce jour en grande section de maternelle, Julien montre de réelles difficultés d'apprentissage. Il commence à en prendre conscience. Il nécessite un étayage presque constant de la part de l'adulte pour l'aider à se concentrer sur la tâche car chaque apprentissage lui demande de gros efforts. Des difficultés en mathématiques, dans la mise en ordre des images séquentielles et dans l'apprentissage de la structure syllabique des mots sont relevées chez Julien. La connaissance des lettres et de l'ordre alphabétique restent complexes pour Julien. L'institutrice ajoute qu'il est compliqué pour lui de réaliser plusieurs tâches à la fois. De plus, les consignes doivent être adaptées sinon Julien ne retire pas les informations pertinentes.

Julien suit un PPRE « maîtrise de langue » une fois par semaine afin de limiter ses lacunes dans les apprentissages relevant du langage. La lecture ainsi que la discrimination des sons et le récit d'image séquentielle sont travaillés.

Un PPRE en mathématique a été aussi mis en place pour Julien afin de l'aider dans l'acquisition du dénombrement. L'institutrice note de très faibles progrès et les apprentissages ne sont pas stables dans le temps.

Concernant ses relations avec ses pairs, Julien joue peu avec ses copains dans la cour. Il compte deux amis avec qui il est le plus souvent mais il lui arrive parfois d'être seul dans la cours de récréation. Dans les activités de groupe en classe, Julien présente deux comportements opposés : soit il est exclu du groupe ne s'investissant pas dans la tâche commune soit il transgresse les règles établies. L'institutrice conclut que c'est compliqué pour Julien de trouver sa place dans le groupe classe.

III) Les bilans effectués

III-1) Le bilan pédopsychiatrique du CMP daté du 24/06/2010

Julien présente un retard majeur du langage sur le versant expressif et réceptif entravant ses aptitudes relationnelles. En effet, ce retard fut nettement marqué dès l'entrée en maternelle entraînant chez Julien des réactions agressives envers ses pairs qui se sont atténuées depuis.

Julien présente des difficultés psychomotrices.

Sur le plan scolaire, Julien est en échec avec de réelles difficultés d'apprentissage.
L'examen psychiatrique permet d'exclure un trouble envahissant du développement.
Un diagnostic de dysphasie est en suspens avant d'avoir réalisé des examens complémentaires.

III-2) Le bilan neuropédiatrique daté du 7/03/2011

Un bilan orthophonique réalisé à l'aide de l'EVACO indique que Julien présente un trouble mixte qui touche les deux versants, compréhension et expression atteignant le lexique, la syntaxe, la métaphonologie et la phonologie. Julien présente un trouble du langage persistant qui semble spécifique.

L'examen neuromoteur est normal. Il n'existe pas de tâche cutanée ni de syndrome dysmorphique.

Le sommeil et l'alimentation sont normaux.

Les bilans ORL et Ophtalmologiques ont été réalisés et n'ont décelé aucun trouble.

Julien ne présente pas de maladies somatiques.

III-3) Le bilan psychologique daté du 24/11/2010

Julien a un QI égal à 87 avec un écart de 9 points qui sépare le QI verbal du QI performance en faveur du verbal. La faiblesse du QI performance s'explique par les difficultés observées chez Julien dès lors que les activités sont chronométrées. Julien ne semble pas avoir conscience de la notion de temps dans ces activités. L'expression verbale est complexe, les mots phrases servent souvent de réponse. Les mots à doubles sens et les expressions imagées sont aussi difficiles à appréhender.

Concernant les facteurs intellectuels, la pensée catégorielle et la représentation symbolique semblent opérantes sur supports concrets mais mises à mal sur supports abstraits.

La mémoire apparaît opérante mais l'item de vocabulaire est échoué. Les codes d'adaptation sociale sont présents mais ne sont pas toujours transposables dans la relation.

Sur le plan affectif, Julien est très fatigable. L'expression verbale n'apparaît pas investie dans un contexte relationnel. Face aux tâches chronométrées, Julien se montre détaché, ne prenant pas en considération la notion de temps imposée.

Concernant les facteurs instrumentaux, la structuration spatiale fonctionne sur supports concrets mais devient compliquée pour Julien sur supports abstraits. La perception visuelle est correcte. Le graphisme apparaît comme étant difficile et peu investi.

Au Rorschard, un mécanisme défensif face aux émotions est relativement rigide pouvant entraver les capacités d'adaptation de Julien. Les émotions peuvent mettre à mal l'efficacité. Il semble que Julien apparaît sur le plan affectif comme un enfant plus jeune.

III-4) Le bilan orthophonique daté de Mars 2010

Un trouble de l'articulation est évalué pouvant entraîner des difficultés de correspondance entre la phonie et la graphie lors de l'entrée dans l'écrit.

Julien présente peu de vocabulaire pour son âge, un déficit sévère de repérage dans l'espace et une mémoire déficitaire.

Depuis le début du suivi, l'orthophoniste note de très faibles progrès.

Elle émet le diagnostic d'une dysphasie développementale.

Voici les domaines évalués, suite à une première prise en charge :

- Phonologie :

Phonologie et articulation :

- Dénomination mots unisyllabiques et polysyllabiques : les résultats oscillent entre -1,12 DS et -3,11 DS.
- Répétition mots unisyllabiques et polysyllabiques : les résultats oscillent entre -2,28 DS et -0,28 DS.

Phonologie et mémoire :

- Empan (9 mots) : score obtenu est égal à -2,26 DS.
- Phonologie (9 mots) : score obtenu est égal à -1,16 DS.

Conscience phonologique : non notée

- Expression-vocabulaire :

Les résultats oscillent entre -1,9 DS et -0,7 DS.

- Compréhension :

Compréhension-lexique : les scores obtenus oscillent entre -2 DS et -1,2 DS.

Compréhension topologie et arithmétique :

- Topologie : les scores obtenus oscillent entre -7,7 DS et -5,5 DS.
- Arythmétique : le score obtenu est égal à -3 DS.

Compréhension morphosyntaxique : les scores obtenus sont égal à -1 DS.

- Mémoire :

Mémoire auditivo-verbale (répétition de chiffres) : le score obtenu est égal à -2 DS.

Mémoire verbale (répétition de phrase) : le score obtenu est égal à -4,6 DS.

- Histoire séquentielle :

La note obtenue équivaut à 8,5/20.

Julien est donc en dessous du niveau requis. La narration reste très sommaire, avec des phrases qui comportent un sujet, un verbe et un complément simple (exemple : il est sale, il se lave).

- Graphisme :

Niveau inférieur à 5ans avec des maladresses.

Suite aux séances, elle note de très faibles progrès sur la quasi-totalité des épreuves excepté dans les épreuves spatiales, topologiques et arithmétiques.

III-5) Le bilan psychomoteur daté de Novembre 2010

A la date du bilan psychomoteur, Julien est en CP et suit un PPRE en maîtrise de langue et en mathématiques avec sa maîtresse. Toutefois, elle explique qu'il suit le programme de grande section de maternelle sur 75% du temps scolaire. Malgré des difficultés d'apprentissage, Julien a investi le milieu scolaire. Il y va avec plaisir et dit avoir des copains. On observe durant tout le temps du bilan des difficultés de compréhension et de confusion de sens.

Actuellement, Julien a de l'intérêt pour les jeux symboliques. La mère ne rapporte pas de difficultés particulières chez son enfant et explique qu'il est très autonome à la maison excepté pour faire ses lacets de chaussures.

Sur le trajet de la salle d'attente jusqu'à la salle de psychomotricité, Julien présente une posture rigide. Le regard est rasant, les épaules recourbées vers l'avant et les mouvements durant la marche peu amples.

Dès son entrée dans la salle, Julien va spontanément s'asseoir au bureau, la tête tournée vers le fond de la salle. Durant l'entretien seul face à moi, Julien avait un regard fuyant même après l'avoir rassuré. Au début, il exprimait peu de chose, répondant succinctement à mes questions. Progressivement, au cours de la passation, Julien a pu me dire ce qu'il trouvait compliqué dans les épreuves de test. Cependant, Julien est resté durant toute la séance dans une hypospontanéité verbale mais aussi comportementale très marquées. Ses difficultés de compréhension et de confusion de sens doivent être une des raisons de cette hypospontanéité.

● LES PRAXIES

Dessin du bonhomme (praxie visuoconstructive)

Le dessin est peu investi et ne présente que peu de détails. La représentation correspond à celle d'un enfant de 4 ans 1/2.

La prise du stylo est tridigitale. La pression du stylo sur la feuille est normale. Des amorces de mouvements fins avec un délier de doigts sont notées ainsi qu'une orientation de la feuille en fonction du tracé. Cependant, on note une extrême lenteur dans le tracé.

Figure de Rey B (praxie visuoconstructive)

	Note brute	Percentile
Copie	25,5	40 – 50
Mémoire	21,5	80-90

Les résultats obtenus à la figure de Rey sont dans la norme. Les résultats obtenus lors de l'épreuve de copie sont plus faibles par rapport à ceux de la mémoire, car Julien ne voulait pas au départ réaliser la figure et du coup ne s'est pas concentré sur l'activité. En revanche, Julien réussit facilement l'épreuve de réalisation de mémoire. Qualitativement, Julien présente des difficultés pour organiser sa représentation dans l'espace de la feuille. Durant la passation de ce test, Julien se plaint beaucoup face à l'effort demandé. Il peut rapidement se dévaloriser et n'essaie pas quand la tâche lui semble complexe.

Le Bergès-Lézine (praxie gestuelle)

	Résultats
Gestes simples	Note : 19 Quartile : > Q1
Gestes complexes	Note : 7 Quartile : < Q1
Gestes contraires	Note : 4 Quartile : > Q1

Les items concernant les bras sont corrects. L'orientation des segments corporels est plus approximative dans les items manuels et les items digitaux sont chutés. Nous notons une lenteur d'exécution dans la passation de ce test.

● LES EPREUVES DES FONCTIONS COGNITIVES

Test d'attention de la NEPSY : les résultats ne révèlent pas un trouble attentionnel (note standard est égale à 12 équivalent au score 0,5 DS). En revanche, Julien a pu se montrer impulsif au début de cette épreuve, sans prendre le temps de bien regarder le modèle, essayant d'aller le plus vite possible. Son balayage visuel est très désorganisé dans l'espace de la feuille. Une logorrhée est alors notée durant ce test.

Tour de la NEPSY : le résultat est nettement au-dessus de la moyenne (note standard est égale à 16 équivalent au score 1,6 DS). Julien se montre persévérant durant la majeure partie du test mais s'agite et répond de façon impulsive quand la difficulté augmente et qu'il n'arrive pas à réaliser les items. De plus, il ne regarde pas ses mains et peut parfois fermer les yeux pendant la manipulation. La répétition des consignes s'est avérée nécessaire associée à une démonstration en début de test.

● TEST DES COORDINATIONS M-ABC

	Résultats
Dextérité Manuelle	Note : 9 Per : < 5°
Maîtrise de balle	Note : 5 Per : < 15°
Equilibre statique/dynamique	Note : 4,5 Per : > 15°
Total	Note : 18,5 Per : < 5°

Julien obtient un score général inférieur au 5° percentile dont les activités motrices manuelles sont les plus chutées.

En effet, l'exécution des items de motricité manuelle est très lente, Julien privilégie la précision à la vitesse d'exécution ce qui le pénalise dans les items chronométrés. Il peut toutefois accélérer sans commettre plus d'erreur quand je lui rappelle qu'il faut aller le plus vite possible.

Les items de maîtrise de balle ne semblent pas poser de problème pour Julien. Toutefois, le score est chuté du à l'apparition d'impulsivité suite à un échec.

L'épreuve de l'équilibre statique est correcte. En revanche, l'épreuve du saut au-dessus de la corde ne peut être réalisable sans la présence et la réassurance de l'adulte. Julien ne semble pas maîtriser le saut, il ferme les yeux en sautant et semble perdre tous repères sensoriels durant le saut.

La marche sur la pointe des pieds est peu fluide. Il s'arrête quelquefois pour récupérer ses écarts de trajectoire. Il regarde ses pieds durant toute cette épreuve.

Sur le plan corporel, il montre peu d'aisance corporelle avec une faible amplitude dans les mouvements.

● LES HABILITES DE MOTRICITE MANUELLE DE LA NEPSY

Au test de séquences motrices manuelles, Julien obtient un score de 16 qui correspond à Q 1 et représentatif d'un niveau limite (équivalent à - 1,9 DS). Dans son exécution, le rythme est très ralenti et l'ordre des enchaînements est compliqué pour Julien. Quand il se trompe, il lui est difficile de retrouver la bonne combinaison. Julien a réussi un seul item « poing puis paume » car il lui est certainement plus facile de percevoir la différence marquée des deux mouvements, sachant aussi que cet item ne demande pas une différence dans l'orientation des deux gestes. Sur le plan clinique, Julien ferme les yeux durant l'exécution des items et tape vigoureusement sur la table pour la réalisation des items.

Test du Tapping : les résultats obtenus sont dans la norme faible (score égal à - 0,4 DS). Julien présente un bon déliement digital. Toutefois, l'absence de souplesse articulaire au niveau des doigts gêne la fluidité des mouvements. Il s'appuie sur un guidage visuel pour réaliser le test.

Gnosies digitales de la NEPSY

	Note brute	Déviat ion standard
Main dominante	14	- 0,6
Main non dominante	13	- 1,1

Les résultats sont dans la norme. Julien a beaucoup apprécié cette épreuve et a pu rester très concentré malgré la longueur de l'épreuve. Quand il n'arrivait pas à se souvenir des doigts touchés, il lui arrivait là encore de fermer les yeux pour me désigner la réponse.

● LES EPREUVES SPATIO-TEMPORELLES

Les notions spatiales de base sont maîtrisées et celles relatives à la latéralité en cours d'acquisition. En revanche, les notions temporelles de base ne sont pas intégrées excepté la connaissance de son âge. Il ne peut donner sa date de naissance.

L'épreuve de rythme de Stamback n'est pas passable car des erreurs sont présentes dès le 1^{er} item. La deuxième partie du test sur la compréhension symbolique spatio-temporelle n'est pas comprise. Durant ce test, Julien essaie peu, donne peu de possibilités de solution.

Un défaut de perception auditive ou de mémoire auditive, retrouvé dans le bilan psychologique pourrait peut être expliquer l'échec à ce test.

● LATERALITE

Elle est hétérogène :

- Œil : droit (épreuve de visée)
- Main : droite
- Jambe : gauche (poussée, pied d'appel)

● SOMATOGNOSIE

Nomination et désignation des parties du corps : Julien nomme et montre les parties corporelles générales. On note qu'il désigne les segments corporels en se tapant fortement le corps.

PARTIE II : DISCUSSION DES RESULTATS DES BILANS

Au premier abord, la situation de Julien m'est apparue complexe. En effet, il était difficile dans certaines passations de tests de différencier ce qui était de l'ordre de l'incompréhension des consignes de ce qui était de l'incapacité. La répétition, la simplification et la redondance visuelle des consignes orales se sont avérées indispensables afin de limiter l'impact langagier sur les performances psychomotrices.

Suite à ce bilan initial et compte tenu de la théorie existante à propos des comorbidités de la dysphasie développementale, il m'a paru nécessaire de réfléchir aux diagnostics psychomoteurs possibles chez Julien.

I) Les données en faveur du TAC

Les premières acquisitions psychomotrices ont été retardées chez Julien. Le quatre patte n'a pas été pratiqué et la marche fut acquise à 22 mois. Ces acquisitions tardives m'interrogent sur les difficultés d'équilibre observées actuellement. De plus, le manque d'appétence pour les activités exploratoires depuis tout petit a du certainement limiter les expériences motrices et influencer le développement psychomoteur de Julien.

Sur le plan quantitatif, le QI Performance, inférieur au QI Verbal, est faible. Les résultats au M-ABC, inférieur au 5^opercentile évaluent des troubles de l'équilibre statique/dynamique et une lenteur motrice. Cette lenteur s'observe dans tous les mouvements mais est plus fortement marquée lors d'activités sollicitant la motricité manuelle.

De plus, les gestes de Julien ne sont pas fluides. Dans l'épreuve de récupération de balle par exemple, il lui a été compliqué d'adapter sa posture en fonction du lancer et d'anticiper la réception de la balle. Des persévérations motrices sont aussi perceptibles.

Aussi, la prise d'information spatiale nécessaire à l'exécution des mouvements n'est pas efficiente chez Julien. Dans les épreuves du Bergès-Lézine, on note bien les orientations approximatives des segments corporels qui sont d'autant plus accentuées lors des items digitaux.

Enfin, la présentation posturale de Julien est très rigide, avec des mouvements et des pas de faibles amplitudes lors de la marche. Cette démarche pourrait alors compenser un trouble de l'équilibre limitant le risque de chute.

Toutefois, la mère rapporte que Julien n'est pas maladroit dans les activités de la vie quotidienne, excepté pour faire ses lacets ce qui semble être lié au déficit de la motricité fine. Ces données interrogent alors sur le diagnostic psychomoteur de TAC. Cependant, il m'est difficile d'imaginer Julien très à l'aise dans ses mouvements à la vue de son inhibition marquée sur le plan de la motricité. De plus, les difficultés motrices évaluées lors du bilan sont telles que seule l'explication d'un trouble anxieux ne peut expliquée.

D'ailleurs, il n'essaierait même pas de faire ses lacets en présence de sa mère à côté. Cette observation soulève une question : Est-ce de l'opposition envers sa mère, expression d'un symptôme anxieux dans une situation qui le met en difficulté ?

Concernant les activités physiques, la maîtresse ne note pas de difficultés particulières, mais elle souligne qu'il est très fatigable durant le sport et s'arrête souvent en séance. Cependant, Julien a pu m'exprimer en séance qu'il tombait parfois en vélo et en skate si bien qu'il arrêta d'en faire à nouveau pendant de longues périodes. Aussi, de part sa faible exposition aux activités physiques avec ses pairs, il apparaît compliqué d'évaluer les capacités et déficits de Julien dans ces domaines là. Ce qui est toutefois perceptible, c'est que Julien semble plus en difficulté dans les tâches motrices complexes d'autant plus si celles-ci sont nouvelles. Mais ces observations peuvent très bien être aussi en lien avec son défaut d'expérience.

II) Les données en faveur des troubles psychomoteurs en lien avec les troubles du langage

Des déficits dans les activités d'équilibre statique/dynamique sont quantifiés.

Des maladresses ainsi qu'une lenteur de la motricité fine, symptômes fréquents de la dysphasie développementale sont aussi évalués chez Julien.

Des troubles de la séquentialité du mouvement sont aussi observés lors du test de séquences motrices manuelles de la NEPSY. De plus, Julien ne semble pas avoir perçu la notion de rythme qui est sous-jacente dans cette épreuve. Ce défaut de perception doit certainement majorer les difficultés de Julien dans les activités de séquences temporelles. Toutefois, aucune difficulté n'est notée dans l'épreuve du tapping. On peut alors émettre l'hypothèse que le déficit se situe dans les

situations sollicitant un changement rapide de stimulus et non dans celles usant de la répétition motrice. Aussi, dans l'épreuve de la séquence motrice manuelle, les données spatiales dans les orientations des mouvements majorent la complexité de la tâche ce qui ne se retrouve pas dans l'épreuve du tapping. Les résultats obtenus au test des gnosies digitales sont dans la norme. La perception tactile digitale n'est donc pas entravée chez Julien. Toutefois, le fait que Julien ferme les yeux (dans les items avec double stimulation) pour me désigner les doigts touchés m'interroge sur la mise en lien des informations multisensorielles. Il semblerait que la perception et la représentation du corps soient possibles mais que les informations visuelles parasitent les données mises en mémoire.

L'épreuve du rythme de Stamback est échouée chez Julien tant dans sa perception que dans sa reproduction. L'hypothèse de Tallal pourrait expliquer ces résultats. Un déficit de la perception auditive dans des épreuves de changements rapides du stimulus est majoritairement présent chez les sujets dysphasiques.

Sur le plan cognitif, des difficultés d'abstraction probablement en lien avec les difficultés langagières de Julien sont constatées lors des bilans psychologiques et psychomoteurs. En effet, il est difficile chez Julien de faire des liens entre les activités. De plus, Julien est limité aux informations perçues dans l'« ici et maintenant ». Ainsi, la compréhension des notions temporelles, spatio-temporelles se construit difficilement et le détachement au support concret dans les apprentissages est compliqué chez Julien. La généralisation des acquisitions est ainsi entravée.

Toutefois, je suppose que la représentation de l'espace et des stratégies sont possibles chez Julien aux vues des compétences observées dans la tour de Londres de la NEPSY, de ses résultats de la figure de Rey. Mais ce besoin de réaliser les tâches les yeux fermés m'interroge beaucoup sur ses capacités à mettre en lien et confronter les données sensorielles entre elles comme moyen de comparaison et de régulation de l'action.

Il est souvent relevé un trouble attentionnel chez les sujets dysphasiques. Quantitativement, nous ne notons pas un trouble attentionnel chez Julien. Cependant, les données qualitatives du bilan psychomoteur sont en faveur d'un déficit attentionnel. De plus, la maîtresse note que Julien nécessite un soutien de l'adulte pour l'aider à se concentrer sur l'activité. Toutefois, ce manque d'attention présent chez Julien me paraît être contextuel et dépendant fortement de la nature et de la complexité de la tâche, sachant que Julien est conscient de ses difficultés. De plus, la psychologue note que Julien est en difficulté dans les épreuves chronométrées, ne prenant pas en considération

les données temporelles. Ces observations sont en faveur des difficultés attentionnelles réactionnelles à un contexte stressant.

Sur le plan comportemental, Julien s'inscrit dans une hypospontanéité marquée tant au niveau verbal que non verbal, durant toute la durée du bilan. Face à l'échec et la complexité de la tâche, Julien peut facilement être déstabilisé, gérant difficilement son état émotionnel. Julien peut alors se détourner de l'activité ou manifester des réponses impulsives associées à une logorrhée. Il s'agite sur la chaise ou gesticule quand il est debout, décrochant totalement avec la situation. Il est d'ailleurs difficile de le canaliser. La reprise de l'activité n'est possible qu'après un temps de dédramatisation de la situation et de la valorisation de ses capacités.

III) Les données en faveur d'un trouble psychopathologique

Je ne parlerai pas dans la situation de Julien de trouble anxieux à proprement dit. De plus, l'annonce de ce diagnostic n'entre pas dans mes compétences sachant qu'aucune évaluation spécifique n'a été réalisée chez Julien. C'est pourquoi, j'évoquerai simplement les altérations psychopathologiques internalisées et externalisées observées chez Julien lors des bilans.

Les comportements internalisés relevés lors des bilans sont :

- la dévalorisation et plainte somatique face à l'échec et l'effort demandé
- la mauvaise estime de soi face à une tâche complexe ou face à une situation nouvelle
- une posture inhibée et une inhibition motrice
- le ralentissement moteur et psychique sachant que face à la demande d'accélération il peut y répondre sans commettre plus d'erreurs
- difficulté relationnelle marquée par l'absence de regard envers l'autre et la gêne de faire sous le regard de l'adulte
- performance motrice contextuelle, dépendante de la connaissance de la situation

Les comportements externalisés notés lors des bilans sont :

- une difficulté dans la gestion des émotions face à l'échec
- des crises de colère quand il prend conscience de ses difficultés
- la présence de comportements d'opposition

- des difficultés attentionnelles contextuelles non quantifiées
- désinvestissement ou nécessité de maîtriser parfois les situations chronométrées
- la présence d'impulsivité et d'une logorrhée face à l'échec
- agitation psychomotrice face à la complexité de l'activité
- difficilement canalisable durant les premières minutes face à une activité qu'il a jugée trop compliquée pour lui
- recherche de maîtrise dans la construction des temps de séance

L'orthophoniste ainsi que l'institutrice de Julien rapportent également que cet enfant demande beaucoup d'attention notamment lors d'activités complexes pour lui permettre de persévérer dans la tâche. En effet, elles notent que Julien a souvent tendance à se dévaloriser et à rejeter l'activité sans même essayer. La mère observe aussi le manque de confiance en soi chez Julien. Elle explique qu'elle protège d'autant plus son fils face à ce comportement. Enfin, la psychologue met en avant les mécanismes de défense de Julien face aux émotions qui peuvent parasiter les apprentissages de Julien.

Les rapports de l'institutrice indiquent que Julien a des difficultés pour s'inscrire dans un groupe et qu'il est souvent compliqué pour cet enfant de faire avec les autres et ainsi de trouver une place juste avec les pairs. Ces observations peuvent être en lien avec le défaut d'ajustement relationnel de Julien envers les autres de part son trouble langagier. Cependant, les altérations psychopathologiques exprimées par des comportements inadaptés peuvent aussi avoir un impact sur les rapports qu'il entretient avec un groupe de pairs.

PARTIE III : LA REEDUCATION PSYCHOMOTRICE

SUIVIE CHEZ JULIEN

I) Les difficultés rencontrées au début de la prise en charge

Julien est suivi en séance de psychomotricité à raison d'une séance par semaine depuis le début du mois de Décembre 2010. L'entrée en relation avec Julien a sollicité cinq séances sachant qu'il pouvait regarder le mur derrière soi durant la moitié de la séance. Il était alors difficile d'engager une quelconque activité avec lui car il pouvait se braquer rapidement dans la situation se plaignant de douleurs au ventre ou de maux de tête. Son hypospontanéité nettement marquée perturbait d'autant plus le peu de dynamique qui pouvait parfois s'installer.

De plus, Julien s'exprimait peu verbalement, rapportant peu de désirs en séance, voir pas du tout au départ de la prise en charge. Aucun retour sur l'activité n'était rapporté par Julien ce qui complexifiait d'autant plus les possibilités d'adaptation et l'anticipation de l'échec pour les séances futures. Sachant que Julien avait des difficultés pour gérer ses émotions dans les activités. Ces contraintes langagières et comportementales limitaient énormément les possibilités de pratique en séance.

Aussi, face aux troubles de langage de Julien, il était complexe de savoir faire la part des choses entre le refus de participer, l'incapacité psychomotrice ou l'incompréhension des consignes. Comme lors du bilan psychomoteur, je m'appuyais sur la répétition, la simplification et la redondance des consignes et je lui demandais de répéter avec ses mots ce qu'il avait perçu de ma demande. Mais le risque était qu'il s'oppose et se braque durant l'activité face à l'incompréhension des consignes. Cela le renvoyait encore une fois à son trouble langagier.

Les troubles du langage ainsi que le comportement anxieux de Julien marquaient une barrière dans la prise en charge des difficultés psychomotrices. Toutefois, le temps donné à la relation de confiance et à l'effort d'analyse des comportements et des compétences langagières de Julien m'est apparu indispensable pour débiter de façon optimale la prise en charge psychomotrice.

II) L'adaptation des consignes durant les séances

Comme il est explicité dans le paragraphe précédent, il était indispensable d'adapter les consignes aux capacités de Julien afin de limiter au maximum les incompréhensions et le risque d'apparition des comportements d'opposition.

Aux vues des difficultés de perception et de mémorisation auditive, du défaut de compréhension de l'implicite et du faible répertoire de vocabulaire de Julien, voici les adaptations proposées en séance :

- Simplification des consignes sous forme de mots phrases.
- Répétition de la consigne en la décomposant de façon claire et explicite.
- Consigne verbale puis démonstration visuelle sur laquelle pouvait s'appuyer Julien pour pallier aux difficultés langagières.

- Favorisation chez Julien de la redite des consignes verbalement afin de l'aider d'une part à construire temporellement la représentation de l'activité et de m'assurer d'autre part de sa compréhension.

- Dans ce même sens, après avoir explicité les consignes, je lui proposais des mots clés qu'il devait par la suite remettre dans l'ordre suivant l'activité.

- Parfois je m'appuyais sur des situations déjà vécues lors des séances passées en modifiant quelques consignes. Julien s'appropriait facilement cette méthode. En effet, il prenait un temps pour me décrire l'activité que l'on avait déjà exploitée. Puis je lui expliquais les modifications que l'on allait mettre en place. Enfin, il me proposait de lui-même une démonstration rapide de l'activité modifiée.

Ces préalables prenaient du temps en séance mais ces supports aidaient Julien à se représenter d'une part l'activité, la construire temporellement et donc se l'approprier. D'autre part, ce temps de préparation de l'activité permettait de solliciter la motivation de Julien en diminuant l'impact du trouble langagier sur son engagement. Par conséquent, cela limitait l'anxiété chez Julien face à la nouveauté de l'activité et lui permettait ainsi d'être plus disponible au traitement des informations afin de mener à bien l'activité.

Enfin, faire des liens entre les activités de plusieurs séances rendait non seulement l'activité prévisible pour Julien, mais ouvrait aussi un champs plus large que celui de « l'ici et maintenant » dans lequel s'inscrivent la majorité des enfants dysphasiques.

III) L'adaptation du cadre des séances

III-1) La prévisibilité du cadre

Comme nous avons pu le voir, Julien est un enfant anxieux notamment face à la nouveauté et l'imprévu. Je suppose que ses déficits dans la perception du temps et ses difficultés dans la gestion des émotions favorisent chez Julien le désir de maîtriser le déroulement de la séance et ainsi d'éviter toutes activités qui seraient susceptibles de le mettre en difficulté.

Un cadre organisé et séquencé conservant les mêmes repères d'une séance à l'autre facilite d'une part l'anticipation et diminue l'anxiété chez Julien et répond d'autre part aux difficultés que présente Julien face aux repères temporels.

En effet, l'enchaînement des temps dans la séance (temps de parole au début « le bonjour », activité choisie « jeux », jeu ritualisé pour clôturer la séance « lego et frise ») aidait Julien à anticiper le déroulement de la séance. Il était alors beaucoup plus impliqué dans la prise en charge et devenait ainsi acteur dans la séance sans forcément tout maîtriser. On notait alors une nette amélioration par rapport à l'hypospontanéité observée au début du suivi.

III-2) La temporalité

Nous avons construit une frise temporelle soulignant toutes les séances de psychomotricité prévues dans l'année sur laquelle on se référait à chaque fin de séance. Elle permettait de schématiser de façon concrète les temps de prise en charge et d'anticiper les vacances.

De plus, c'était un temps libre durant lequel Julien me rappelait les séquences de la séance et les émotions ou les idées qu'il pouvait éventuellement y rapporter. L'objectif étant que Julien associe à chaque activité réalisée dans la séance une image ou un ressenti particulier. Ceci l'aidait à se représenter le déroulement du temps de séance. Ce moment était sous-tendu par la valorisation de la verbalisation et l'échange. J'ai mis en place ce procédé car c'est celui qui est utilisé naturellement chez les enfants de 4 ans pour développer les acquisitions temporelles.

Aussi, face aux difficultés chez Julien dans la connaissance de la chronologie des jours, l'utilisation de cette frise temporelle nous servait souvent de support pour rappeler les notions de temps social. Là encore, il devait essayer de raccrocher une activité ou autres au jour demandé. Le problème était que je ne pouvais pas vérifier ce que Julien rapportait comme événement représentatif pour chaque jour de la semaine. Mais raccrocher aux jours de la semaine les temps d'école, le jour avec

l'orthophoniste et les jours sans école, avait sollicité la majorité des séances. Il serait alors intéressant de s'appuyer à présent sur son emploi du temps pour enrichir ce travail autour de la conscience du temps.

III-3) Aménagement de la salle au début de la prise en charge

Durant les premières séances de psychomotricité, l'hypospontanéité présente chez Julien était telle qu'il était nécessaire d'aménager la salle pour lui faciliter le choix de l'activité. En effet, je disposais dans l'espace de la salle, les activités que Julien appréciait de façon à solliciter la demande et stimuler l'échange non verbal mais aussi verbal. Par exemple, j'avais observé que lors des deux premières séances Julien jouait aux legos. Durant les séances suivantes, j'avais disposé les legos en hauteur dans le but que Julien puisse demander et interagir à minima avec moi. Sachant que Julien se raccrochait au départ toujours aux mêmes activités, il y avait de grande chance qu'il veuille jouer à nouveau aux legos malgré l'accès indirect à la boîte. Au fur et à mesure, Julien a pu demander des activités en séance et maintenir la relation. Cette méthode de travail a duré jusqu'à la construction progressive d'un déroulement de séance commun à toutes. De plus, ce temps consacré principalement à la demande et l'interaction a permis d'une part de construire une relation de confiance entre Julien et moi et de m'indiquer d'autre part sur les compétences verbales et non verbales de Julien sur lesquelles je me suis appuyée pour l'élaboration des consignes futures. Pour exemple, j'avais perçu durant ce temps là que les données temporelles en général étaient très confuses pour Julien. Quand je lui demandais de me désigner et de m'indiquer les jeux auxquels il voulait jouer en séance dans l'ordre, c'était très confus pour Julien. Il me semblait donc important d'organiser les séances mais aussi de clarifier les consignes durant les prochaines activités. C'est pourquoi, je m'assurais de pointer les séquences de l'activité comme mode adaptatif.

Ces préalables au suivi thérapeutique ne sont probablement pas spécifiques à la prise en charge psychomotrice, mais ils sont toutefois indispensables au bon déroulement du suivi thérapeutique en limitant les parasitages possibles de la langue et de l'anxiété.

IV) Les axes de travail dégagés

Les axes de travail que j'ai choisis de mettre en avant dans la prise en charge répondent aux problématiques rencontrées chez Julien. Je me suis appuyée sur trois axes principaux de travail dans lesquels j'ai décliné plusieurs supports d'activité : activité manuelle, motricité dynamique, coordination, équilibration... Je présenterai dans une première partie les axes de travail utilisés et je développerai dans une deuxième partie les objectifs de travail déclinés et les évolutions des séances.

IV-1) La résolution de problème

Face aux situations complexes et nouvelles, Julien pouvait facilement se braquer sans même essayer l'activité. La peur d'échouer et son faible sentiment de compétence inhibaient la motivation de Julien dans les activités. Les enfants anxieux ont tendance à penser qu'un problème ne peut avoir qu'une seule réponse inflexible. Ainsi, ne se jugeant pas capable de répondre fidèlement à la problématique, ils préfèrent détourner l'activité. De plus, ils perçoivent souvent une tâche comme un tout insurmontable.

Pour répondre à ces comportements, on s'est appuyé en séance sur la méthode de résolution de problème. Au départ, Julien s'est familiarisé avec cette méthode dans les activités qu'il jugeait capable de réussir. Progressivement, on a pu l'utiliser dans des situations plus complexes.

La résolution de problème était un support intéressant pour le travail réalisé avec Julien répondant d'une part à ses difficultés de flexibilité, de séquentialité et d'autre part à ses comportements anxieux. Voici les avantages de l'utilisation de cette méthode dans le cadre d'un suivi thérapeutique spécifique avec Julien :

- dédramatisation de la situation et de l'objectif à atteindre
- engagement dans la procédure d'application
- décomposition et structuration temporelle de l'activité
- la possibilité d'avoir plusieurs solutions possibles à un problème
- expérience d'une stratégie jusqu'au bout de la procédure
- réflexion sur les stratégies les moins adaptées
- favorisation de la flexibilité cognitive
- utilisation de ses compétences propres pour mener à bien l'activité
- autoévaluation de ses capacités

Les désavantages de cette méthode soulignés dans la prise en charge avec Julien :

- difficulté pour projeter sa stratégie d'action en vue de la solution finale. Julien est souvent resté dans « l'ici et maintenant ». Il était compliqué pour Julien de réfléchir à chacune des étapes avant d'observer le résultat final.
- Julien se décourageait rapidement et n'arrivait pas à concevoir que plusieurs solutions étaient possibles. Alors si la première solution établie ne répondait pas au problème il était compliqué de recommencer la procédure avec les autres stratégies proposées.

Actuellement, je m'appuie encore sur la résolution de problème face à des situations que Julien juge complexes. A ce jour, il peut plus facilement expérimenter toutes les stratégies dégagées lors du brainstorming sans se braquer dès l'échec de la première stratégie.

Une deuxième possibilité d'utilisation de la méthode « résolution de problème » était de s'appuyer sur la méthode CO-OP pour aider Julien à construire les séquences temporelles d'une action. Une étude de Polatajko & al (2001) ^[3] a montré tout l'intérêt d'un travail basé sur la résolution de problème appliqué à des activités motrices. Ces activités étant choisies par l'enfant, elles permettent d'accroître la motivation de celui-ci et ainsi de mener jusqu'au bout l'activité. Cette approche compte quatre phases spécifiques :

- déterminer avec l'enfant l'activité de référence et rappeler le but poursuivi
- détermination de la stratégie à utiliser
- exécution de la stratégie dans l'activité choisie au départ
- faire le point sur l'efficacité de la stratégie utilisée par rapport à l'objectif fixé

L'utilisation de cette méthode me semblait pertinente pour adapter les activités aux troubles de séquentialité chez Julien dans les actions motrices. D'autres part, elle répondait aux difficultés d'engagement et d'autoévaluation observées chez Julien. En effet, le fait de simplifier l'action et de la découper suivant plusieurs tâches séparées aidaient Julien à prendre conscience de ses capacités sur chacune des tâches et de s'autoévaluer de manière plus objective sur la réalisation finale de l'action complète.

Cependant, le soliloque comme programme d'auto-instruction dans la planification et support de la motricité est peu envisageable face aux troubles langagiers de Julien. Cependant, l'utilisation du script verbal comme stratégie de réalisation sert de référence comme soutien de la motricité dans la situation de Julien.

IV-2) Travail sur le traitement temporel de l'action et le rythme

Julien présente, comme de nombreux enfants dysphasiques, un trouble de la perception du rythme quelque soit les tâches sollicitant le traitement d'une succession rapide d'informations (et non la répétition).

Julien ne peut pas suivre un rythme, par exemple marcher sur un rythme imposé ou s'ajuster à un rythme lors d'un échange de balle. Il va de soi qu'aux vues des difficultés de perception auditive du rythme évaluées chez Julien lors de l'épreuve de Stamback, il lui est d'autant plus compliqué d'adapter ses pas de marche sur un rythme imposé. Concernant les jeux d'échange de balle, les difficultés peuvent être de plusieurs ordres : d'une incapacité à accélérer son mouvement, des difficultés dans la prise d'information lors de l'échange entraînant des difficultés d'ajustement à l'autre ou des difficultés dans la perception du rythme.

Toutefois, l'ajustement au rythme de l'autre est pratiquement impossible chez Julien. Cette observation pourrait s'expliquer par un déficit dans la prise d'information du mouvement notamment lors des échanges de balle. De plus, dans les activités d'écriture, on peut aussi observer l'absence d'enchaînement des lettres. Tant dans la perception du mouvement que dans l'action elle-même, Julien est en difficulté pour repérer et initier dans le mouvement les variations de rythme.

Une étude de Boysson-Bardies (1996) ^[11], explique que la capacité de discrimination temporelle est une caractéristique de base de notre système de parole. Friedman (1990) ^[11], dit que l'audition est la modalité sensorielle privilégiée du traitement du temps. On pourrait supposer qu'un trouble de la phonologie et de la syntaxe et donc de la construction temporelle évaluée dans la dysphasie se généralise à la motricité sachant que le langage supporte la motricité. Malgré les difficultés dans la perception auditive du rythme, l'utilisation d'autres modalités sensorielles telles que la perception proprioceptive et la mémoire motrice pourraient alors servir de référence à Julien pour adapter son mouvement selon un rythme imposé par le milieu.

La structuration temporelle de l'action et le rythme d'exécution sont souvent chutés chez les enfants dysphasiques. Le fait de pouvoir s'appuyer sur d'autres modalités sensorielles pour signifier le rythme de l'action permettrait aussi de focaliser l'attention de l'enfant sur d'autres perceptions internes et ainsi favoriser les apprentissages.

IV-3) La mise en sens des activités

Julien se présentait au départ comme un enfant sans envie particulière. De plus, tant dans ses manipulations manuelles que dans ses histoires de jeu ou dans ses actions, Julien montrait peu d'élaboration et tendait vers une inflexibilité cognitive et motrice. Ses troubles du langage, son manque de vocabulaire ainsi que son anxiété participaient probablement à ces comportements. En effet, se raccrocher à ces activités répétitives limitait l'imprévisibilité dans la séance et le rassurait certainement. Toutefois, il est possible que ce manque d'expérimentations et de représentations parasitent les apprentissages de Julien qu'ils soient moteurs ou scolaires. S'inscrire dans des schémas routiniers diminue son anxiété tout en lui permettant de maîtriser la situation et de limiter par conséquent l'imprévu. Mais ce moyen défensif paralyse Julien dans les expériences nouvelles et ne favorise pas un enrichissement moteur et cognitif. Ainsi, l'ouverture aux apprentissages, la mise en lien et l'actualisation des connaissances restent compliquées chez Julien.

Aussi, Danon-Boileau dans un article paru en 2004 ^[9], explique que les enfants dysphasiques sont confrontés à des confusions de mots et de sens de mots. Cette confusion impacte de la même façon sur les idées et les pensées construites par les mots, d'où la naissance de mots indifférenciés comme « demain » compris chez Julien comme « deux mains ». Ainsi, l'enfant rencontrerait des difficultés pour distinguer, classer et stabiliser les pensées jusqu'à qu'une notion finisse par en valoir une autre. Par conséquent, ce sont souvent des enfants qui ont du mal à basculer d'un thème à un autre lors de temps d'activité et tendent à se raccrocher aux idées qu'ils auront proposées afin de limiter l'imprévisibilité et la non compréhension d'une nouveauté. De ce fait, l'activité représentative de l'enfant dysphasique est souvent erronée par le manque de rapprochement et de correspondance entre les activités. Du coup, l'enfant dysphasique reste figé au cours de son jeu dans ses manipulations et ses élaborations (Uzé J. & Bonneau D, 2004) ^[33] .

Ces écrits m'ont servi de références pour aider Julien à mettre du sens dans ses activités. Je m'appuyais sur l'imitation et l'utilisation de plusieurs supports afin de construire des associations différentes sur un même thème choisi et aider Julien à sortir du contexte de « l'ici et maintenant ». Quand Julien se raccrochait à des activités ou des manipulations répétitives durant la séance, il m'arrivait très souvent de l'imiter et d'engager progressivement une autre façon de procéder sur laquelle il puisse s'étayer. Je m'appuyais ensuite sur des supports concrets que m'évoquait la manipulation ou l'activité de départ. J'essayais de sortir Julien de ces schémas en essayant de structurer l'activité et d'y trouver un sens via des histoires, des jeux, des dessins. J'ai conscience que ces manipulations incessantes sont en réponse d'une anxiété mais il me semble que l'aider à y trouver du sens lui permet de diminuer d'une part cette anxiété et de sortir d'autre part du contexte

de « l'ici et maintenant ». De plus, cela l'aide à faire des liens entre chaque chose et je l'espère favorise la flexibilité cognitive et organise par ailleurs ses pensées.

V) Les objectifs de travail

Le fil conducteur de mon suivi thérapeutique avec Julien était de l'amener progressivement à s'investir dans des expériences motrices et de solliciter au maximum sa motricité manuelle.

V-1) La résolution de problème : évolution des séances

- La flexibilité mentale

Objectif :

- persister dans l'activité en vue de la reproduction d'un modèle
- proposer différentes possibilités de reproduction
- procéder par étape

Exercices : je me suis appuyée sur des activités que Julien appréciait

- construction en 3 D d'animaux, vaisseaux....
- Legos

Adaptation :

- j'ai commencé avec des constructions faciles pour Julien au départ avec une complexification progressive
- dédramatisation de la situation

Evolution :

Au départ, Julien était très intéressé par les constructions en 3D. Cependant, il lui arrivait fréquemment de stopper son activité quand il n'arrivait pas à reproduire un modèle choisi ou de détourner en cours d'activité son objectif initial. Par conséquent, rares de ses productions arrivaient à terme.

Par le biais des activités de niveau facile, Julien a pu se familiariser avec la méthode de résolution de problème, notamment avec l'étape de la décomposition de la tâche. Progressivement, il a pu intégrer la chronologie de cette méthode et mener à terme la réalisation de l'activité.

Au départ, quand la solution choisie par Julien n'aboutissait pas dans le sens du résultat final, un désinvestissement dans l'activité était noté. A ce moment là, il était nécessaire d'indicer Julien sur une des solutions possibles afin de le ramener sur la tâche. Cette solution devait s'avérer alors juste pour éviter un désengagement formel de Julien.

De séance en séance, on augmentait le nombre de possibilités pour réaliser l'activité favorisant ainsi la flexibilité mentale chez Julien.

- La méthode CO-OP

Quand Julien a commencé à investir les activités dynamiques, on a pu débiter un travail sur la motricité dynamique en suivant la méthode CO-OP. Julien a choisi pour l'instant deux activités physiques que l'on travaille régulièrement (le football et le jeu de raquettes).

Objectif :

- séquencer et coordonner les mouvements en vue d'une finalité

Exercices :

- activité de raquette : travail sur le positionnement du corps et le regard
- football : enchaîner course/ pied d'appel/ shoot

Adaptation :

Les stratégies employées étaient :

- la simplification de la tâche

Dans l'activité football, on s'est appuyé sur la décomposition de l'action et de l'enchaînement progressif de chacun des éléments.

Dans le jeu de raquette, on a défini trois positionnements : face/ droite/gauche. Julien réalisait des lancers de balle en fonction de ces trois positions.

- les sensations proprioceptives

Julien utilisait cette stratégie dans l'activité de football. Les yeux fermés, Julien devait reproduire la séquence des gestes à réaliser pendant que je marquais au sol les points d'appui utilisés. Les yeux ouverts, Julien réalisait le même enchaînement en s'appuyant sur les marques utilisées.

- les marqueurs visuels

Dans le jeu de raquette, une cible représentait l'objectif à atteindre quelque soit la posture de lancer choisie. La localisation de la cible restait toujours au même emplacement afin de solliciter l'orientation du regard de Julien durant le lancer. Trois couleurs servaient de repères pour chacun des positionnements (Bleu/ face ; Rouge/ droite ; Jaune/ gauche).

- Le script verbal

Cette stratégie était utilisée dans la séquence motrice dans l'activité football. Afin de faciliter l'enchaînement, Julien a choisi trois sons bien distincts en intensité qui signifiaient chacun une partie de la séquence (course : sons léger de durée longue/ Pied d'appel : tape dans les mains/ shoot : go).

Evolution

Au départ, Julien avait beaucoup de mal à séquencer l'activité, notamment celle de football. Ce qui m'a cependant interrogé, c'est que les yeux fermés, il arrivait beaucoup plus facilement à réaliser l'action en comparaison en situation yeux ouverts.

Julien s'appuie souvent sur les sensations perçues les yeux fermés. Des données observées lors du bilan psychomoteur m'ont interpellées par rapport à la prise d'information chez Julien. En effet, durant la passation de la Tour de Londres notamment, Julien semblait parasité par les afflux visuels car il fermait les yeux pendant la réalisation de chaque item. C'est pourquoi, je me suis appuyée sur les sensations proprioceptives pour faciliter la prise d'information chez Julien durant les activités dynamiques.

En situation avec les yeux ouverts, l'acquisition de la séquence temporelle de l'action est acquise mais je note toujours de légers blocages entre chaque séquence motrice ce qui limite la fluidité du mouvement. Toutefois, ces observations ne sont pas relevées les yeux fermés.

V-2) Le traitement temporel et le rythme : évolution des séances

- Le rythme

Objectif :

- travail sur la perception des variations rythmiques corporellement.

Exercices :

Courir en variant les vitesses, relaxation dynamique, pression/lenteur-fluidité/vitesse dans la motricité manuelle, jeux de musique (tambourin, semblant de batterie...), lancer de ballons.

Adaptation :

Les supports que l'on utilisait pour marquer le rythme étaient : tape dans les mains, tonalité vocale (fort/vite ; doucement/lent).

Evolution :

Les débuts de ces activités étaient difficiles pour Julien car il restait souvent sur des persévérations dans les rythmes proposés. Afin de limiter ce comportement, je marquais nettement plus les variations de rythme et je les réduisais seulement à deux modalités (vite/lent).

Dans ce cadre là, Julien s'appuyait principalement sur ses sensations proprioceptives pour percevoir les modifications et les changements de rythme dans certaines activités. Là encore, la réalisation de ces activités se déroulait très souvent les yeux fermés.

- Modelage et imagerie mentale

Objectif :

- vitesse et rythmicité dans le geste.

Exercices :

Dans le jeu de raquette, Julien utilisait des balles de calibres et de poids différents.

Adaptation :

Afin de m'assurer de la représentation temporelle de l'action chez Julien, une fois la démonstration et la représentation mentale du geste effectuées, j'accompagnais physiquement son mouvement. En effet, quand on appuie la séance sur ce domaine là lors des activités de raquette, je montre par exemple à Julien, en exagérant, les variations de rythme dans le lancer de balle. Puis je lui demande de s'imaginer le mouvement observé en accentuant les modifications de vitesse avant de réaliser réellement le geste. Enfin, Julien se représentait à nouveau le mouvement avant de le réaliser les yeux fermés puis les yeux ouverts.

Evolution :

Julien est en cours actuellement d'un travail s'appuyant sur du modelage et l'imagerie mentale. Aux vues des capacités de Julien dans la représentation mentale (conféré Tour de Londres), je m'interroge encore sur la pertinence de cette méthode chez Julien. Je suppose que cette pratique l'indice sur la séquentialité et le rythme d'exécution du mouvement. D'un point de vue

hypothétique, je dirais que Julien arrive à se construire la représentation mentale du geste. Les yeux fermés, il peut reproduire dans l'ordre les séquences temporelles et améliorer la rythmicité du geste. Les yeux ouverts cela lui est beaucoup plus difficile. Julien présenterait alors un déficit dès lors qu'il s'agirait de confronter les représentations internes aux données visuelles du geste. Il semblerait que les données visuelles parasitent la réalisation du mouvement. D'ailleurs, lors de la passation du test de séquence manuelle motrice, Julien a pu dire que s'il regardait ses mains il se perdait. La mise en pratique du modelage et de l'imagerie mentale est récente. Je ne pense pas avoir assez de recul pour valider ces observations. Toutefois, il semblerait que le passage par la représentation mentale serait un mode d'entrée privilégié pour l'acquisition de nouvelles habiletés.

V-3) La mise en sens des activités

Face aux manipulations répétitives et peu élaborées de Julien, je me suis appuyée sur l'imitation pour l'amener progressivement vers une évolution de pratique. En effet, on pouvait se baser sur un dessin par exemple et à la place de le reproduire à l'identique d'une séance à l'autre comme Julien pouvait souvent le faire, on recherchait d'autres images dans des livres ou on réfléchissait sur une autre manière de procéder. Ce travail sur les représentations mentales des objets s'établissait à l'aide de plusieurs supports. Il était intéressant quand Julien pouvait rapporter des situations vécues qu'évoquaient les activités que l'on réalisait en séance.

Objectif :

- faire évoluer les activités répétitives et peu élaborées dans lesquelles peut s'enfermer Julien.
- sortir de « l'ici et maintenant » : établir des liens entre les séances et le vécu extérieur chez Julien.

Exercices :

Il n'y a pas d'exercice type à cette approche de travail. Parfois, Julien s'enfermait dans des activités répétitives de manipulation ou de construction par exemple. Je m'appuyais alors sur ces activités pour faire évoluer l'attitude de Julien dans la tâche.

Adaptation :

Je m'appuyais sur l'imitation en partant de ce que faisait Julien dans l'activité dans le but de l'entraîner vers de nouvelles manipulations ou façons de faire.

Evolution :

Cette approche a mis du temps à se mettre en place. Au départ, j'imitais simplement les activités de Julien. Progressivement, j'ai pu l'amener à diversifier ses manipulations et ses constructions en essayant d'y donner du sens via des représentations dans les livres ou des histoires. L'objectif étant que Julien de part son imaginaire et son vécu personnel puisse enrichir ses activités qui sont souvent pauvres.

Cette approche permettait d'une part de sortir Julien du contexte « ici et maintenant » et l'aidait à apporter des expansions à ses pensées parfois très rigides. Ces moments de verbalisation étaient peu nombreux au début de la prise en charge. Malgré ses difficultés de langage, Julien, avec ses mots, essaie actuellement de faire beaucoup plus de liens entre ce qui se passe en séance et son vécu à l'extérieur.

PARTIE IV : LA REEVALUATION ET DISCUSSION

I) La réévaluation

Suite aux 15 séances de psychomotricité réalisées avec Julien, voici les résultats. Je n'ai choisi de réévaluer que les tests qui avaient été chutés chez Julien lors du bilan psychomoteur initial sur lesquels s'est basée la prise en charge.

Les résultats du bilan psychomoteur initial seront inscrits en italique pour une meilleure visualisation des différences.

Le M-ABC

	<i>Résultats initiaux</i>		Résultats actuels	
Dextérité Manuelle	<i>Note : 9</i>	<i>Per : < 5°</i>	Note : 7	Per : < 5°
Maîtrise de balle	<i>Note : 5</i>	<i>Per : < 15°</i>	Note : 0	Per : > 15°
Equilibre statique/dynamique	<i>Note : 4,5</i>	<i>Per : > 15°</i>	Note : 5,5	Per : > 15°
Total	<i>Note : 18,5</i>	<i>Per : < 5°</i>	Note : 12,5	Per : > 5°

- La dextérité manuelle : observation qualitative

Les mouvements de Julien sont plus fluides et moins lents par rapport au précédent bilan. Sur le plan de la coordination oculo-manuelle, la vitesse de production s'est nettement améliorée : 30

secondes lors du bilan initial et 16 secondes durant le dernier bilan. Toutefois, des tremblements dans le tracé notés durant le bilan initial sont encore observés. Julien montre des crispations dans le maintien du stylo et son poignet paraît encore trop rigide pour libérer le mouvement de la main lors des activités graphiques.

De plus, des signes doux ainsi que des réactions de prestance persistent encore durant la passation de ce test.

- La maîtrise de balle : observation qualitative

Julien ajuste mieux sa posture pour lancer et progresse dans l'action de rattraper. Contrairement à la première fois, Julien ne rattrape plus le sac contre lui et arrive à le rattraper seulement avec ses mains. Le mouvement est ainsi beaucoup plus fluide.

Mais la nette amélioration observée dans cette partie du test est principalement due au contrôle émotionnel possible à ce jour chez Julien. En effet, face à l'échec d'un essai, Julien peut répondre en prenant en considération les conseils que j'ai pu rapidement lui rapporter. Ceci n'était pas possible durant la première passation. Suite à un échec, je note effectivement moins de réponses impulsives et Julien est capable de s'appuyer sur l'étayage de l'adulte pour persévérer dans l'activité.

- L'équilibre statique/dynamique : observation qualitative

Une amélioration est évaluée dans l'épreuve du saut. Je note beaucoup moins d'appréhension chez Julien pour sauter et le mouvement est beaucoup plus fluide.

En revanche, durant les épreuves d'équilibre unipodal et la marche sur la pointe des pieds, Julien est toujours en grande difficulté. Cependant, en fixant un objet à travers la fenêtre Julien a pu tenir sur une jambe durant un temps tout à fait approprié. J'émettrais alors l'hypothèse que dans la salle de psychomotricité, il doit être compliqué chez Julien de s'appuyer sur des repères stables pour l'aider à maintenir son équilibre. Ceci pourrait aussi répondre à sa faible performance dans l'épreuve de la marche. De plus, le fait de faire abstraction du regard de l'adulte sur lui doit certainement avoir un impact sur ses performances.

Séquences manuelles motrices

	<i>Résultats initiaux</i>	Résultats actuels
Note Brute	<i>Note : 16 Quartile : Q1</i>	Note : 37 Quartile : Q2
Rang Percentile	<i>Limite</i>	Niveau attendu

Cette nette amélioration s'explique par deux raisons principales :

- Un meilleur contrôle émotionnel chez Julien

Face à la complexité croissante, Julien a pu conserver son attention durant toute la durée du test. Il est resté concentré sans trop se déstabiliser face à la difficulté et l'échec. Il a pu ainsi être beaucoup plus disponible et persévérer dans l'activité. Les persévérations ont nettement diminué.

- La recherche de rythme

Contrairement au bilan initial, Julien ne s'est pas simplement basé sur l'observation d'un enchaînement de mouvement mais il a essayé dans les items les plus complexes de rechercher un rythme dans la séquentialité des gestes. J'ai trouvé cette méthode de recherche très intéressante car cela démontrait d'une part que Julien avait compris dans ce contexte la notion de séquences (ce qui n'était pas acquis lors du premier bilan) et qu'il percevait de manière plus fine les variations d'orientation de chaque mouvement. J'observe également que Julien réalise les séquences en fermant moins les yeux que précédemment ce qui expliquerait que Julien puisse s'appuyer à ce jour sur des repères multimodaux dans ce cadre là : la vision, la représentation mentale et le rythme perçu.

Toutefois, je note encore une grande lenteur dans la réponse et la réalisation de l'enchaînement moteur.

Tapping

	<i>Résultats initiaux</i>	Résultats actuels
Note brute	<i>100 secondes</i>	100 secondes
Note standard	8	8
Rang percentile	Limite faible du niveau attendu pour son âge	

Sur le plan quantitatif, Julien obtient des résultats identiques à ceux obtenus durant le bilan initial.

Sur le plan qualitatif, Julien présente une posture plus appropriée contrairement à la position avachie qu'il conservait précédemment. Les mouvements de doigts sont moins crispés et donc beaucoup plus fluides.

Attention NEPSY

	<i>Résultats initiaux</i>	Résultats actuels
Note standard	<i>12</i>	9
Déviation standard	<i>0,5</i>	- 0,2

Les résultats sont dans la norme. Au début de la passation, Julien a pu se montrer impulsif au départ, s'agitant sur sa chaise et présentait une logorrhée. Progressivement, Julien a pu se contrôler et se concentrer sur l'activité. On note que durant chacun des tests chronométrés, Julien est agité au début avec des difficultés pour se concentrer sur l'activité. Progressivement, il s'autorégule et peut alors devenir attentif à ce qu'il fait. Un temps d'adaptation à la situation lui est encore nécessaire, durant lequel Julien est peu canalisé et canalisable.

Bergès Lézine

	<i>Résultats initiaux</i>	Résultats actuels
Gestes simples	<i>Note : 19 Quartile : > Q1</i>	Note : 20 Quartile : Q3
Gestes complexes	<i>Note : 7 Quartile : < Q1</i>	Note : 9 Quartile : < Q1
Gestes contraires	<i>Note : 4 Quartile : > Q1</i>	Note : 6 Quartile : > Q1

Lors de la réévaluation, on retrouve les mêmes rapports de résultats que dans le bilan initial. En effet, Julien a progressé dans les gestes de bras et manuels. L'orientation spatiale est beaucoup plus précise que durant la première passation. De plus, la reproduction du modèle se réalise plus rapidement que durant la première passation. Cependant, les items digitaux, malgré la légère amélioration, restent chutés. C'est dans la construction du modèle que Julien présente des difficultés. Dès qu'il n'y arrive pas du premier coup ou quand il considère que son essai de réalisation dure trop longtemps, Julien s'agite, regarde par la fenêtre et n'est plus concentré sur l'activité. L'item est alors chuté.

Des améliorations sont notées concernant la vitesse de production, l'orientation spatiale des gestes et la fluidité dans les mouvements. Des notions semblent émerger chez Julien comme la perception du rythme et la capacité à s'appuyer sur les retours de l'adulte afin de persévérer dans l'activité. Cependant, malgré les progrès observés sur le plan comportemental, une fragilité émotionnelle reste encore perceptible parasitant parfois les compétences de Julien.

II) Discussion

Face à la complexité de la situation de Julien, il m'a fallu au départ un certains temps d'observation afin de comprendre au mieux le fonctionnement de Julien et soulever les difficultés possibles présentes chez cet enfant. Dans ce contexte, la notion de comorbidité complexifie clairement la prise en charge psychomotrice et limite les possibilités d'action. Mon objectif de départ était

d'essayer de clarifier au maximum la situation de Julien et d'en dégager des axes de travail qui soient en lien avec les déficits psychomoteurs et les altérations psychopathologiques.

Je me suis appuyée sur plusieurs méthodes afin de répondre aux difficultés de Julien et de faciliter ses apprentissages :

- la résolution de problème
- travail sur la séquentialité et le rythme
- la mise en sens des activités

Il va de soi qu'en réponse aux dévalorisations permanentes de Julien, la revalorisation et les renforcements positifs étaient utilisés aussi en séances.

Suite aux cinq mois de prise en charge en psychomotricité avec Julien, des améliorations sont notées tant sur le plan moteur que sur les plans cognitifs et comportementaux.

En effet, dans le domaine de la motricité, de meilleures performances sont évaluées dans les activités de motricité manuelle et les actions plus coordonnées comme le saut. La séquence motrice semble être comprise et capable d'être réalisée après démonstration. Une augmentation de la fluidité du geste de façon générale est observée ainsi qu'une légère amélioration de la vitesse manuelle.

Toutefois, le déficit de l'équilibre persiste et peut être expliqué par des difficultés chez Julien à prendre des repères stables dans un environnement. Ceci n'est qu'une hypothèse avancée suite aux observations faites lors du dernier bilan psychomoteur. De plus, une lenteur dans la réalisation motrice est toujours notée ainsi qu'une immaturité motrice toujours persistante.

Sur le plan cognitif, Julien est beaucoup moins dans « l'ici et maintenant » et arrive à faire des liens entre les activités des séances ou en rapportant des anecdotes vécues en lien avec la séance. Je pense que ce travail sur la mise en sens l'aide aussi à construire des repères temporels qui étaient très flous quand j'ai rencontré Julien.

De plus, Julien en s'appuyant sur l'étayage de l'adulte, peut progressivement sortir de ses schémas pré-établis et se saisir à minima des autres façons de faire ou de penser. Toutefois, les altérations psychopathologiques doivent certainement limiter la disponibilité de Julien lors des sollicitations cognitives telles que la flexibilité mentale. Il est vrai que des améliorations sont notées dans ce domaine, mais la rigidité de penser observée au départ chez Julien peut encore parfois entraver ses possibilités et entraîner des comportements d'opposition et de maîtrise.

De nettes améliorations sont observées sur les plans comportementaux et relationnels. Tout d'abord dans sa présentation en séance, tant dans sa posture que dans son attitude, Julien paraît beaucoup

moins inhibé et ne montre plus une hypospontanéité permanente. Depuis peu, Julien peut débiter de lui-même la conversation en séance ce qui était impossible durant les dix dernières séances. Il peut exprimer ses envies avec ses mots en s'appuyant sur le pointage. En effet, Julien s'inscrit à présent beaucoup plus dans la demande.

De plus, les réactions impulsives face à l'échec et la complexité sont devenues moins nombreuses en séance. Julien manifeste un meilleur contrôle émotionnel et peut être disponible, dans ces situations difficiles, aux feed-backs renvoyés par l'adulte. Les manifestations de dévalorisation sont aussi moindres par rapport au début de la prise en charge.

A la maison, la mère de Julien rapporte qu'il est beaucoup moins dans l'attente et qu'il est effectivement plus dans la demande qu'il pouvait l'être auparavant et observe moins de comportements d'opposition. Enfin, elle note que son fils est plus curieux car il pose souvent des questions quand elle lui lit un livre ou en rapport avec les dessins qu'il réalise.

On peut alors supposer que Julien s'investit d'une part dans ce qu'il fait mais essaie aussi de faire des liens en nourrissant ses représentations. Cela rappelle l'un des projets souhaité par l'orthophoniste de Julien étant de donner à cet enfant envie d'apprendre. Il est vrai que Julien de part ses difficultés langagières, motrices et psychologiques s'est construit sur un tableau rigide laissant peu d'ouverture à l'exploration et l'expérience. Ainsi, il est peu disponible aux apprentissages ce qui amplifie d'autant plus ses difficultés et qui consolide à son tour la rigidité chez Julien. Le travail réalisé en psychomotricité, ajouté à celui de l'orthophoniste a pu probablement aider Julien à accepter et s'ouvrir aux expériences ainsi qu'enrichir ses pensées. Pour exemple, la psychologue rapportait lors du bilan initial que Julien s'investissait peu dans les activités graphiques, qui me semble-t-il sont un pré requis aux acquisitions de l'écriture. A ce jour, Julien peut me demander dans le cadre du jeu d'établir une liste de courses écrite avec lui (suite à un travail réalisé autour de la mise en sens). Il est intéressant de noter qu'à présent il a plaisir à écrire mais aussi qu'il prend conscience de la valeur de la communication de l'écrit. Dans le cadre de son trouble du langage, ces prémisses qui semblent progressivement s'installer représentent un point fort dans les acquisitions de Julien. Sachant qu'un axe de travail orthophonique avec les enfants dysphasiques s'appuie essentiellement sur l'écrit.

De plus, peut être que le fait d'avoir ouvert Julien à de nouvelles expériences motrices lui a donné envie de s'engager de lui-même vers d'autres expériences. J'explique cela car Julien a pu me dire récemment qu'il souhaitait s'inscrire au CLAE pour jouer avec ses copains et qu'il avait demandé à ses parents l'autorisation. Ce que la maman a pu confirmer. J'ai largement appuyé cette demande auprès de la maman qui s'oppose souvent aux sorties de son enfant afin de le protéger. J'ai aussi

valorisé ce choix et la demande auprès de Julien en lui expliquant les bienfaits que cela allait lui apporter. Ajouté aux évolutions psychologiques que l'inscription au CLAE va entraîner, tout un travail sur les acquisitions psychomotrices et la généralisation de celles-ci dans le groupe va s'actualiser.

Concernant le suivi en psychomotricité, mon travail s'est basé sur plusieurs axes très différents l'un de l'autre. Toutefois, face à la complexité de la situation il ne me semblait pas judicieux de limiter la prise en charge avec Julien à seule une méthode spécifique.

En effet, les troubles de Julien étaient tels que je ne pouvais pas imaginer de travailler uniquement un axe comme la résolution de problème. J'ai jugé nécessaire d'orienter mon suivi selon trois modalités en considérant la globalité des troubles observés chez Julien. J'ai conscience que le risque était de trop éparpiller la prise en charge et de ne pas pouvoir au final quantifier réellement l'efficacité de chacune des méthodes. Mais ce travail ne se basait pas sur cette idée au départ sachant que mes objectifs étaient d'amener Julien à faire des expériences nouvelles organisées d'une part et de prendre confiance en lui d'autre part en lui proposant des méthodes comme outils qu'il puisse actualiser de façon autonome dans tous les espaces de vie.

Par ailleurs, les améliorations observées ne peuvent pas s'associer à l'utilisation d'une méthode mais bien de l'intrication de chacun des axes entre eux. De plus, ces observations s'intègrent dans un travail multidisciplinaire avec l'orthophoniste et le soutien apporté par l'institutrice. Concernant l'orthophoniste, je n'ai pu avoir d'autres retours que ceux établis lors du bilan initial. Il aurait été intéressant de connaître les effets de la prise en charge psychomotrice chez Julien sur le langage en comparaison avec le temps durant lequel il n'était suivi que par l'orthophoniste.

Mon questionnement actuel est celui de la stabilité des acquisitions et la généralisation de celles-ci. Je suis consciente que les évolutions de Julien répondent en partie à l'habituation de la personne et du lieu de soin. Le peu de séances établies me paraissent insuffisantes pour quantifier à ce jour des améliorations généralisées, sachant d'autant plus que les apprentissages chez les enfants dysphasiques s'acquièrent très lentement. Cependant, j'espère que l'utilisation des trois méthodes (axes de travail) auxquelles j'ai commencé à initier Julien puissent être maintenues par la suite et utilisées de façon autonome par celui-ci. En effet, que ce soit la résolution de problème, la recherche de rythme ou la mise en sens des activités, tous représentent des outils que j'ai proposés à Julien pour pallier à ses difficultés motrices et cognitives et qui puissent faciliter les acquisitions futures. Le questionnement finalement n'est pas tant dans l'observation de résultats dans telle

activité travaillée en séance mais bien sur la capacité de Julien à pouvoir s'appuyer sur ces différentes méthodes exploitées en suivi pour les généraliser par la suite dans divers contextes.

A moyen terme, il serait peut être intéressant de faire participer Julien à un groupe thérapeutique. Julien va prochainement s'inscrire au CLAE ce qui va lui permettre de profiter d'un groupe. Cependant, il me paraît indispensable de suivre Julien en parallèle sur un temps de groupe organisé. Ainsi, le décalage avec les autres enfants serait moindre et ne mettrait pas Julien en situation d'échec. En effet, cela pourrait probablement l'aider à pouvoir s'inscrire dans un groupe (trouver sa place, participer à la résolution de problème commun). De plus, Julien aurait la possibilité de s'appuyer sur l'enveloppe groupale et donc sur les « conflits métacognitifs » porteurs des apprentissages. Julien développerait son langage et sa motricité en lien avec le groupe. Les conséquences collatérales possibles à ce travail pourraient être d'atténuer les altérations psychopathologiques de Julien en situation groupale et prévenir le développement éventuel d'une phobie sociale à l'adolescence, compte tenu de ses troubles psychopathologiques actuels, de ses difficultés instrumentales et de son environnement familial très protecteur.

Conclusion

Ce mémoire m'a permis, d'une part, d'ouvrir mes connaissances sur les relations existantes entre la dysphasie développementale qui est un trouble spécifique du langage oral et les troubles psychomoteurs fréquemment associés. D'autre part, il était tout aussi intéressant de compléter cette recherche sur les comorbidités psychopathologiques retrouvées dans la dysphasie développementale sachant qu'elles ont impact majeur dans la prise en charge thérapeutique.

Les comorbidités évaluées dans la situation de Julien aggravent non seulement l'état linguistique, psychomoteur et psychologique de cet enfant et ont complexifié nettement la prise en charge en psychomotricité. Toutefois, elles m'ont orientée vers la notion de globalité dans laquelle le suivi psychomoteur s'est inscrit. Il était clair que pour une telle complexité, je ne pouvais pas me raccrocher à un seul axe de travail mais qu'il me fallait bien diversifier les champs de pratique afin de répondre aux difficultés générées par les comorbidités présentes. C'est en cela que la réflexion sur la prise en charge en psychomotricité avec Julien prenait du sens sachant que mon objectif de départ n'était pas de répondre seulement aux déficits actuels de Julien mais de projeter ce travail sur du moyen voire du long terme.

Les axes de travail réalisés avec Julien regroupent finalement des méthodes et des outils sur lesquels il pourra s'appuyer lors de ses apprentissages actuels et futurs. Le choix des méthodes s'est fait en fonction des déficits psychomoteurs évalués mais aussi en prenant en considération les troubles associés dans le but de respecter toujours la globalité des soins apportés à cet enfant. Cependant, avant de définir les axes thérapeutiques en psychomotricité, il me paraît indispensable d'avoir réfléchi au préalable aux adaptations possibles à mettre en place avec les enfants présentant des comorbidités afin de limiter au maximum le parasitage des compétences de l'enfant.

Des améliorations et des stagnations ont été évaluées chez Julien suite aux séances de psychomotricité. Je ne peux affirmer à ce jour, quelle méthode a eu plus d'impact qu'une autre sur les évolutions observées dans cette situation précise ou quels sont les avantages spécifiques de chacune de ces méthodes. Il me semble que la complémentarité des outils sollicités en psychomotricité ainsi que les soins exercés par l'orthophoniste et les aménagements développés à l'école ont participé aux améliorations notées chez Julien.

Enfin, le questionnement de la généralisation des acquisitions à moyen et long terme est actuel. Cependant, les outils proposés à Julien répondent en partie à cette problématique.

De plus, il nous semble à toutes deux, l'orthophoniste et moi-même, qu'un intérêt principal dans la situation de Julien était qu'il puisse développer l'envie d'apprendre dans tous les domaines. La motivation reste un facteur maître parmi bien d'autres dans la généralisation des acquisitions. Ce facteur là était clairement indispensable dans la situation de Julien.

Par ailleurs, il est écrit dans la littérature que les enfants dysphasiques développent à fort pourcentage, une phobie sociale dès l'entrée à l'adolescence. Ces données interrogent sur la continuité des troubles relevés chez Julien et des conséquences possibles en l'absence d'un travail spécifique à ce sujet. C'est dans ce sens qu'il serait intéressant de réfléchir à la pertinence d'un suivi pluridisciplinaire dès le plus jeune âge chez les enfants diagnostiqués dysphasiques.

En effet, plusieurs questions peuvent être soulevées :

- Quels sont durant l'enfance les signes évocateurs d'une phobie sociale future éventuelle?

- Comment et pouvons nous en tant que psychomotricien prévenir ce trouble ? Existe-t-il une spécificité dans la prise en charge ?

- Est-ce qu'un suivi en psychomotricité spécifique aux enfants dysphasiques, favorisant la généralisation des acquisitions et détournant ainsi le cercle vicieux dans lequel s'inscrit la majorité des enfants, le tout inclu dans une prise en charge pluridisciplinaire, permettrait de prévenir ce trouble psychopathologique ?

Tant de questions qui m'interrogent actuellement sur l'évolution des enfants dysphasiques.

Je conclus ainsi mon mémoire, en remerciant particulièrement Julien sans qui ce mémoire n'aurait pu aboutir et grâce à qui j'ai le sentiment d'avoir évolué dans ma pratique en tant que future psychomotricienne.

Bibliographie

- 1- Ajurriaguerra. (1974). Organisation et désorganisation du langage chez l'enfant. In Ajurriaguerra (Ed), *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (pp. 329-384). Paris : Masson.
- 2- Ajuriaguerra. (1974). L'enfant, l'école, le maître et les parents. Problèmes psychopathologiques posés par l'échec scolaire. In Ajurriaguerra (Ed), *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (pp. 329-384). Paris : Masson.
- 3- Albaret, J-M & Soppelsa, R. (2004). Utilisation des programmes d'auto-instructions auprès des enfants présentant des dysfonctions non verbales. In J. Flessas & F. Lussier (Eds), *Actes du Symposium sur les dysfonctions non verbales : les défis du diagnostic et de l'intervention* (pp. 135-142). Montréal : CENOP-FL.
- 4- Albaret, J.M & De Castelnau, P. (2009). Place des troubles de la motricité dans les troubles spécifiques du langage oral. *Développements*, 1, 1, 5-13.
- 5- Bernardi, M. (1999). Dysphasie, organisation narcissique et soi verbal. *Psychiatre de l'enfant*, XL 11, 1, 173-210.
- 6- Billard, C. (1999). Trouble du langage : le dépistage. *Archives de pédiatrie*, 6, 2, 121-598.
- 7- Brun-Hémin, F & al. (2002). Intérêt d'un bilan pluridisciplinaire dans le diagnostic des dysphasies. In C, Pech-Georgel & F, George (Eds), *Approche et remédiation des dysphasies et dyslexies* (pp. 7-43), Marseille : Solal.
- 8- Capron, D. (2006). *Spécificité de la prise en charge des troubles praxiques chez un enfant présentant une dysphasie développementale*. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricité, Toulouse.
- 9- Danon-Boileau. (2004). Le trouble du langage et son incidence sur la personnalité d'un enfant. *A.N.A.E*, 76-77, 98-102.

- 10- Domenech, E. (2007). Troubles affectifs et pathologiques du langage. In Chevrier-Muller, C & Narbona, J (Eds), *Le langage de l'enfant : aspects normaux et pathologiques* (pp. 561-577). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- 11- Droit-Volet, S. (2001). Les différentes facettes du temps. *Enfance et Psy*, 1, 13, 26-40.
- 12- Estil, L.B & al. (2003). Why might language and motor impairments occur together? *Infant and Child Development*, 12, 253-265.
- 13- Gerard, C. (1993). *L'enfant dysphasique : évaluation et rééducation*. Bruxelles : De Boeck Université.
- 14- Gerard, C & Brun, V. (2003). *Les dysphasies, rencontres en rééducation*. Paris : Masson.
- 15- Gillet, P, Hommet, C & Billard, C. (2000). Le langage oral et ses troubles. In P, Gillet, C, Hommet & C, Billard (Eds), *Neuropsychologie de l'enfant : une introduction*. Marseille : Solal.
- 16- Hill, E.L, Bishop, D.VM & Nimmo-Smith, I. (1998). Representational gestures in developmental Coordination Disorder and specific language impairment: error-types and the reliability of ratings. *Human Movement Science*, 17, 655-678.
- 17- Hill, E.L. (1998). A dyspraxic deficit in specific language impairment and developmental coordination disorder? Evidence from hand and arm movements. *Developmental Medicine and child Neurology*, 40, 388-395.
- 18- Hsiang-Chun Cheng & al. (2009). Comorbidity of motor and language impairments in preschool children of Taiwan. *Research in developmental disabilities*, 30, 1054-1061.
- 19- Klara Marton. (2005). Social cognition and language in children with specific language impairment. *Journal of communication disorders*, 38, 143-162.
- 20- Klara Marton. (2009). Imitation of body postures and hand movements in children with specific language impairment. *Journal of experimental Child Psychology*, 102, 1-13.

- 21- Krebs, MO, Llorca & lançon. (2000). Trouble anxieux généralisé : clinique et implication neurobiologiques. In *Entretien de Bichat- thérapeutique et tables rondes* (hors texte), 2000 (pp. 238-239).
- 22- Larue, J. (1995). Effets localisés de différentes conditions de stress sur les étapes de traitement de l'information. In Le Scanff & J, Bertsch (Eds), *Stress et performance* (pp. 137-180), Paris : PUF.
- 23- Lefevre-Farcy-Lopez, V. (2006). *Profil linguistique, compétences neuropsychologiques et motrices des enfants suivis pour des troubles spécifiques du langage oral par le centre référent des troubles du langage de Toulouse de 2001 à 2004*. Thèse en vue de l'obtention du diplôme d'état de docteur en Médecine- qualification en médecine générale. Toulouse.
- 24- Lemonnier, E. (2010). La psychopathologie de l'enfant dyspraxique. *Archives de pédiatrie*, 17, 1243-1248.
- 25- Lussier, F & Flessas, J. (2009). La dysphasie. In F, Lussier & J, Flessas (Eds), *Neuropsychologie de l'enfant, troubles développementaux et de l'apprentissage* (pp. 150-204), Paris : Dunod.
- 26- Majerus, S & Zesiger, P. (2009). Les troubles spécifiques du développement du langage. In M, Poncelet, S, Majerus & M, Van der Linden (Eds), *Traité de neuropsychologie de l'enfant* (pp. 97-134), Marseille : Solal.
- 27- Marthin-Guehl, C. (2003). *L'enfant anxieux : dépistage et soin*. Paris : Masson.
- 28- Michallet, B & al. (2004). Dysphasie et fonctionnement familial : des parents nous font part de leur perception. *A.N.A.E*, 76-77, 98-102.
- 29- Pech-Georgel, C & George, F. (2007). *Prise en charge rééducative des enfants dysphasiques*. Marseille : Solal.
- 30- Rintala, P & al. (1998). The effects of psychomotor training programme on motor skill development in children with developmental language disorders. *Human Movement Science*, 17, 721-737.

- 31- Rusinek. (2003). Etude de l'évolution des schémas précoces chez des enfants anxieux- traits. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 13, 4, 165-174.
- 32- Soppelsa, R, Albaret, J.M & Corraze, J. (2009). Les comorbidités : théorie et prise de décision thérapeutique. In *Entretien de Psychomotricité*, 2009 (pp. 5-20). Paris : les entretiens médicaux.
- 33- Uzé, J & Bonneau, D. (2004). Aspects pédopsychiatriques des dysphasies : données médico-psychopathologiques. *Enfance*, 1, 113-122.
- 34- Visscher, C & al. (2007). Motor profile of children with developmental speech and language disorders. *Pediatrics: official journal of the american academy of pediatrics*, 120, 158-163.
- 35- Voci, S.C, Beitchman, J.H & al. (2006). Social anxiety in late adolescence: the importance of early childhood. *Anxiety disorders*, 20, 915-930.
- 36- Webster, R & al. (2005). Motor function at school age in children with a preschool diagnosis of developmental language impairment. *The journal of pediatrics*, 80-85.
- 37- Wetzburger, C. (2004). Dysphasie de développement : approche neuropédiatrique. In G, De Weck (Ed), Les dysphasies chez l'enfant : approche francophone. *Enfance*, 56, 1,107-112.
- 38- Zelaznik, H.N & Goffman, L. (2010). Generalized motor abilities and timing behaviour in children with specific language impairment. *Journal of speech, language and hearing research*, 53, 383-393.

ANNEXES

Annexe 1 : développement du langage et de la parole chez l'enfant normal et chez l'enfant dysphasique.

**DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE ET DE LA PAROLE CHEZ L'ENFANT
NORMAL ET CHEZ L'ENFANT DYSPHASIQUE**

Age en mois	Enfant normal	Enfant dysphasique
0 à 2 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Cris réflexes • Cris par plaisir • Pleurs pour indiquer l'inconfort, la faim, ... • Discernement de la voix humaine (surtout celle de la mère) • Sursaut au bruit 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés de succion (dyspraxique et dysarthrique) • Réactions limitées aux stimuli sonores
2 à 6 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Gazouillis • Sons répétés prolongés et mélodiques (3 mois) • Contact visuel maintenu • Sourire social et satisfaction physique • Compréhension des intonations et de faciès fâchés 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de gazouillis • Jeux réduits avec les sons • Contacts visuels rares • Sourires tardifs • Difficultés de déglutition
6 à 12 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Vocalise • Babillage ; chaînes syllabiques • Couleur phonétique (8 mois) • Imitations des sons • Prototype du mot réel (ex : Lalé = Louise) • Premiers mots 	<ul style="list-style-type: none"> • Productions verbales pauvres • Compréhension verbale non amorcée • Contact visuel nul • Intérêt à l'interlocuteur limité
12 à 18 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de l'écholalie • Apparition de 10 à 15 mots • Juxtaposition de mots avec les gestes d'accompagnement 	<ul style="list-style-type: none"> • Sons rares • Répétitions absentes • Babillage nul • Incompréhension de son prénom • Compréhension générale pauvre • Ignorance de son

	<ul style="list-style-type: none"> • Réponses, demandes, commentaires • Compréhension de certains mots en rapport avec des indices visuels ou des situations 	interlocuteur
18 à 24 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvoir des mots • Expression avec le langage plutôt qu'avec les gestes • Compréhension des questions • Contrôle salivaire acquis • Acquisition de 100 à 300 mots (verbes, noms) • Phrase de 2-3 mots avec verbes non conjugués 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation rare du mot pour communiquer • Présence de 1 à 2 mots • Grand écart entre l'apparition des mots • Différentiation nulle pour des mots familiers • Compréhension d'un seul mot dans la consigne • Compréhension uniquement avec support visuel
2 à 3 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Apparition de phrases simples dont la fréquence augmente • Compréhension et dénomination de ce qui l'entoure avec usage d'articles • Fin de l'écholalie • Intelligibilité des mots • Émergence de la compréhension abstraite (supportée d'un contexte verbal) • Début de dialogue • Utilisation des mots de fonction (un, le, ...) • Utilisation des pronoms : tu, il ... • Début d'utilisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'intérêt pour l'apprentissage de mots • Juxtaposition rare de 2 mots • Émissions de voyelles pauvres • Inintelligibilité des mots • Préférence pour la communication par gestes • Imitations pauvres des sons isolés et des monosyllabes • Incompréhension des demandes simples • Persistance de l'écholalie

d'adverbes de lieu

3 à 4 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Conversations • Questions • Utilisation du " JE " • Enrichissement du vocabulaire • Intelligibilité généralisée des mots • Récit d'expérience • Prénom et âge donnés à la demande • Enrichissement de la compréhension abstraite • Acquisition des adjectifs possessifs et pronoms personnels • Conjugaison des verbes (essais-erreurs) • Utilisation de phrases interrogatives et négatives employées avec intention 	<ul style="list-style-type: none"> • Communication rarement initiée • Répétition des questions en écholalie • Passe du coq à l'âne • Inintelligibilité • Style télégraphique • Accès lexical difficile • Tendance à oublier les mots acquis • Impossibilité de répéter des mots simples et des bisyllabes • Incompréhension des consignes abstraites
4 à 5 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Récit d'expérience élaboré • Respect de la séquence logique des événements • Apparition de la notion de temps • Amélioration de la compréhension • Introduction de phrases complexes relatives et complétives (qui, pourquoi, si, où, comme) • Utilisation des adverbes de temps • Début des 	<ul style="list-style-type: none"> • Récit d'expérience absent • Confusion des genres un = une = les • Non-conscience du temps des verbes • Absence du " JE " • Absences de questions • Utilisation de verbes à l'infinitif • Phrases très courtes et incorrectes • Non-compréhension des prépositions spatiales • Non-compréhension de l'abstraction

	anaphores (ex : mot qui réfère à quelque chose qui a été dit auparavant)	<ul style="list-style-type: none">• Préoccupation limitée envers l'interlocuteur• Conversation difficile• Acquisition des consonnes pauvres• Non-compréhension des questions• Discours réduit et mise à l'écart
5 à 6 ans	<ul style="list-style-type: none">• Début d'utilisation du langage figuré• Inférences, raisonnement• Acquisition du langage adulte par paliers• Poursuite du développement	<ul style="list-style-type: none">• Utilisation de phrases brèves• Accès lexical limité• Incapacité de définir un objet• Explications brèves• Incompréhension des histoires, des devinettes, du langage abstrait, figuré ou des blagues• Confusion des mots semblables

Annexe 2 : Différences entre l'évolution de la dysphasie développementale et le retard simple de langage.

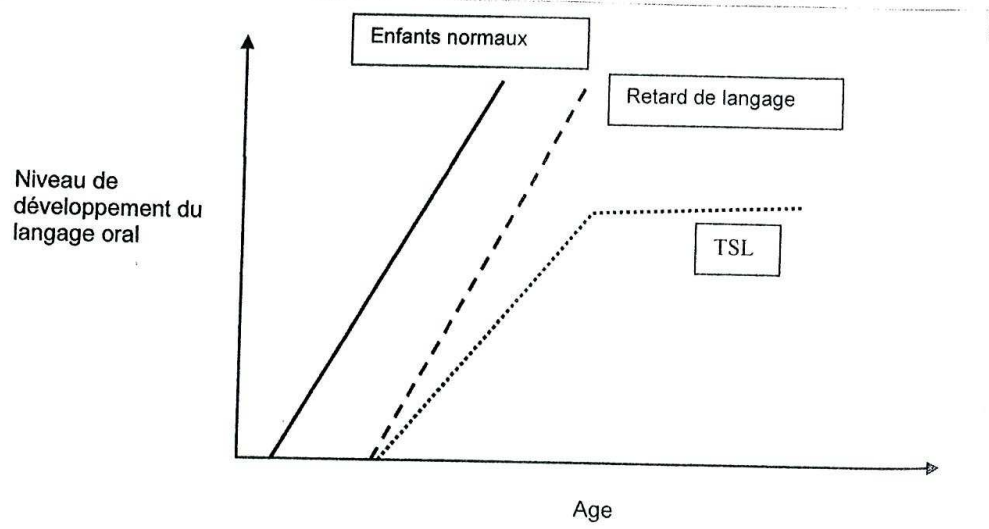


Figure 1. Courbes de développement théorique des capacités langagières pour des enfants normaux, des enfants avec retard de langage et des enfants TSL, d'après Leonard (1998).

Annexe 3 : Trouble de la communication d'après le DSM IV.

Dans le DSM-IV^a (*American Psychiatric Association*, 1996), on trouve parmi les « Troubles de la communication » les deux syndromes suivants.

Trouble du langage de type expressif

« A. Les scores obtenus sur des mesures standardisées (administrées individuellement) du développement des capacités d'expression du langage sont nettement au-dessous des scores obtenus sur des mesures standardisées des capacités intellectuelles non verbales d'une part, de ceux obtenus sur des mesures standardisées du développement des capacités réceptives du langage d'autre part. La perturbation peut se manifester sur le plan clinique par des symptômes tels que : vocabulaire notablement restreint, erreurs de temps, difficultés d'évocation des mots, difficultés à construire des phrases d'une longueur ou d'une complexité appropriées au stade de développement.

B. Les difficultés d'expression interfèrent avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale.

C. Le trouble ne répond pas aux critères de trouble de langage de type mixte réceptif-expressif ni à ceux d'un trouble envahissant du développement.

D. S'il existe un retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une carence de l'environnement, les difficultés de langage dépassent habituellement celles associées à ces conditions. » (p. 68-69)

Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif

« A. Les scores obtenus sur des mesures standardisées (administrées individuellement) du développement des capacités expressives et des capacités réceptives du langage sont nettement au-dessous des scores obtenus sur des mesures standardisées des capacités intellectuelles non verbales. Les symptômes incluent ceux du trouble du langage de type expressif ainsi que des difficultés à comprendre certains mots, certaines phrases ou des catégories spécifiques de mots comme les termes concernant la position dans l'espace.

B. Les difficultés d'expression et de compréhension du langage interfèrent avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale.

C. Le trouble ne répond pas aux critères d'un trouble envahissant du développement.

D. S'il existe un retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une carence de l'environnement, les difficultés de langage dépassent habituellement celles associées à ces conditions. » (p. 72)

Dans la CIM-10^b (Organisation mondiale de la santé, 1994, p. 131-132), on trouve dans le chapitre intitulé « Troubles du développement psychologique », les troubles spécifiques du développement de la parole et du langage (F80), où sont distingués les troubles suivants.

^a *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders*, quatrième révision.

^b Classification internationale des maladies, dixième révision.

Trouble de l'acquisition du langage (de type expressif) (F80.1)

A. Les capacités d'expression du langage, évaluées par des tests standardisés, sont inférieures à moins de deux écarts-types de la valeur moyenne correspondant à l'âge de l'enfant.

B. Les capacités d'expression du langage se situent à au moins un écart-type en dessous du Q.I. non verbal, évalué par des tests standardisés.

C. Les capacités réceptives du langage, évaluées par des tests standardisés, se situent dans les limites de deux écarts-types par rapport à la valeur moyenne correspondant à l'âge de l'enfant.

D. L'utilisation et la compréhension de communication verbale sont dans les limites de la normale, de même que les fonctions imaginatives du langage.

E. Absence d'atteintes neurologiques, sensorielles ou physiques altérant directement l'usage du langage parlé, et absence d'un trouble envahissant du développement.

F. Critère d'exclusion le plus couramment utilisé. Le Q.I. non verbal, évalué par un test standardisé, est inférieur à 70.

Trouble de l'acquisition du langage (de type réceptif) (F80.2)

A. La compréhension du langage, évaluée par des tests standardisés, est inférieure à moins de deux écarts-types de la valeur moyenne correspondant à l'âge de l'enfant.

B. Les capacités de compréhension du langage se situent à au moins un écart-type en dessous du Q.I. non verbal, évalué par des tests standardisés.

C. Absence d'atteintes neurologiques, sensorielles ou physiques, altérant directement le versant réceptif du langage parlé, et absence d'un trouble envahissant du développement.

D. Critère d'exclusion le plus couramment utilisé. Le Q.I. non verbal, évalué par un test standardisé, est inférieur à 70.

Annexe 4 : Différences entre troubles anxieux et troubles dépressifs.
Critères diagnostiques de la phobie sociale selon le CIM 10.

Annexe 4- Trouble anxieux / trouble dépressif

	Troubles anxieux	Troubles dépressifs
• Symptômes principaux		
Humeur et émotions	Humeur normale, sans tristesse majeure	Tristesse très souvent présente
Énergie	Normale	Diminuée
Motivation	Normale	Diminuée, voire absente
Concentration	Normale, sauf dans les phases anxieuses	Diminuée en toutes circonstances
Image de soi	Préservée	Altérée
Vision de l'avenir	Inquiétudes mais avec projets possibles	Grand pessimisme, absence de projet
Pensées suicidaires	Rares	Fréquentes
Intérêts et plaisirs	Conservés	Diminués (anhédonie)
Sommeil	Agité, difficultés d'endormissement	Tous types d'insomnie, réveils précoces, hypersomnie possible
Appétit	Rarement modifié	Réduit le plus souvent (anorexie), perte de poids, parfois hyperphagie
• Symptômes anxieux	Au premier plan, continus et/ou crises d'anxiété, phobies, obsessions, compulsions, etc.	Souvent présents en arrière-plan, anxiété diffuse, crises d'anxiété
• Évolution	Durée longue (plusieurs années), début jeune, aggravation par phases. Fond anxieux persistant (tempérament)	Épisodes de plusieurs mois, suivis d'un retour à la normale

Tableau IV : Principales différences entre troubles anxieux et dépressifs.

Correspondance avec les Critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 d'une Phobie sociale requièrent l'existence de symptômes anxieux neuro-végétatifs et stipulent qu'au moins deux symptômes de l'anxiété (au sein de la liste des 14 symptômes d'Agoraphobie) soient présents de façon simultanée en au moins une occasion, avec au moins l'un des symptômes suivants : rougir ou trembler, peur de vomir et besoin urgent ou peur d'uriner ou d'aller à la selle. De plus, la CIM-10 spécifie que les symptômes anxieux « surviennent exclusivement ou prédominent dans les situations redoutées ou quand le sujet pense à ces situations ».

■ Critères diagnostiques de la F40.1 [300.23] Phobie sociale

- A. Une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiaux ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Le sujet craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante. **N.-B.** : Chez les enfants, on doit retrouver des éléments montrant la capacité d'avoir des relations sociales avec des gens familiaux en rapport avec l'âge et l'anxiété doit survenir en présence d'autres enfants et pas uniquement dans les relations avec les adultes.
- B. L'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une Attaque de panique liée à la situation ou bien facilitée par la situation.
N.-B. : Chez les enfants, l'anxiété peut s'exprimer par des pleurs, des accès de colère, des réactions de figement ou de retrait dans les situations sociales impliquant des gens non familiaux.
- C. Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de la peur.
N.-B. : Chez l'enfant, ce caractère peut être absent.

(suite)

□ **Critères diagnostiques de la F40.1 [300.23] Phobie sociale** *(suite)*

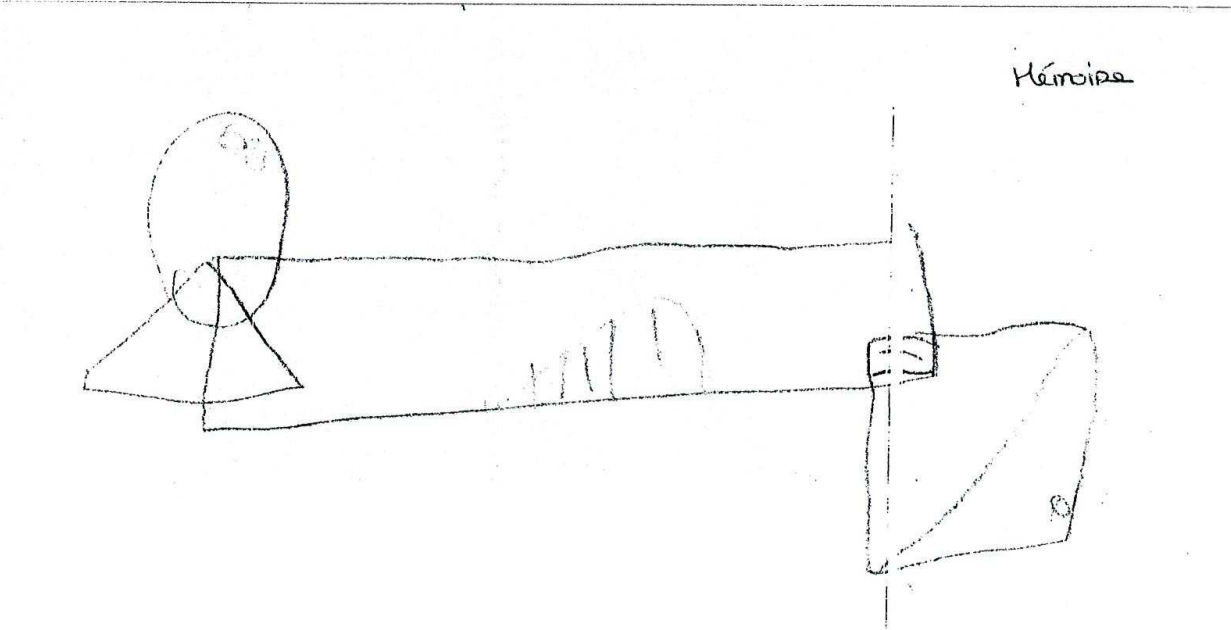
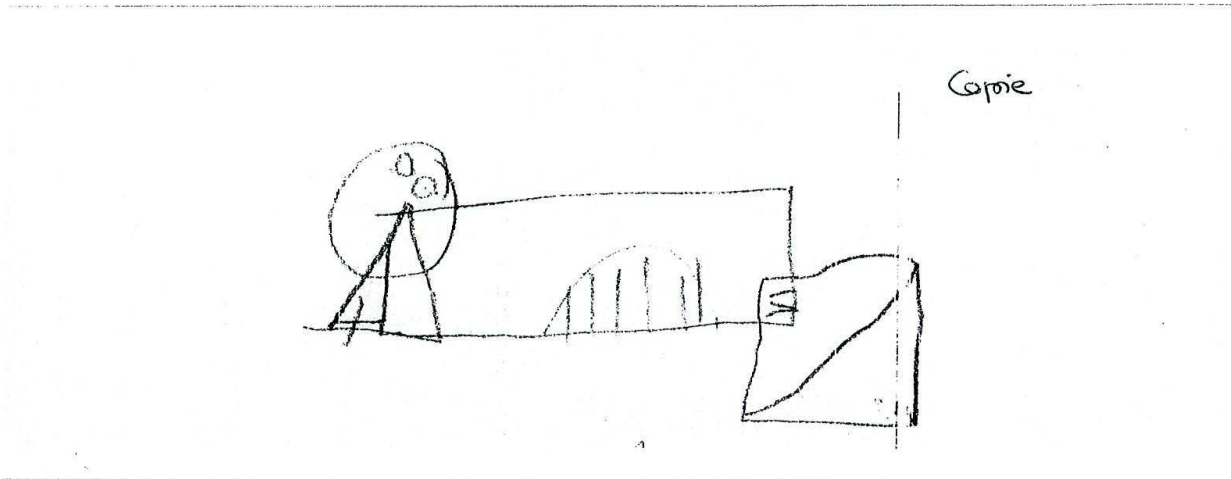
- D. Les situations sociales ou de performance sont évitées ou vécues avec une anxiété et une détresse intenses.
- E. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la (les) situation(s) redoutée(s) sociale(s) ou de performance perturbent, de façon importante, les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles (scolaires), ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.
- F. Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins 6 mois.
- G. La peur ou le comportement d'évitement n'est pas lié aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex., une substance donnant lieu à abus, ou un médicament) ni à une affection médicale générale et n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental (p.ex., Trouble panique avec ou sans agoraphobie, Trouble anxieux de séparation, Peur d'une dysmorphie corporelle, Trouble envahissant du développement ou Personnalité schizoïde).
- H. Si une affection médicale générale ou un autre trouble mental est présent, la peur décrite en A est indépendante de ces troubles ; par exemple, le sujet ne redoute pas de bégayer, de trembler dans le cas d'une maladie de Parkinson ou de révéler un comportement alimentaire anormal dans l'Anorexie mentale (Anorexia nervosa) ou la Boulimie (Bulimia nervosa).

Spécifier si :

Type généralisé si les peurs concernent la plupart des situations sociales (envisager également un diagnostic additionnel de Personnalité évitante).

Annexe 5 : Figure de Rey : copie et mémoire.

Annexe 5 – Figure de REY - Julien -



Annexe 6 : L'accompagnement des familles autour d'un enfant dysphasique.

L'accompagnement familial : illustrations

J. DUPRÉ-SAVOY

Orthophoniste Adresse postale : Ville 1, 2525 Le Landeron – Suisse. Tél. : + 41 32 751 52 12. E-mail : orthophonie@net2000.ch.

RÉSUMÉ : *L'accompagnement familial : illustrations.*

Les « dysharmonies » entre les différentes sphères du langage et de la communication de l'enfant dysphasique peuvent être déroutantes. Dans ce contexte, le milieu parental effectue des adaptations plus ou moins conscientes et heureuses. Il est donc raisonnable de penser que l'entourage pourrait bénéficier d'un accompagnement l'aidant à effectuer des ajustements plus appropriés. À partir d'illustrations pratiques, nous présentons des principes ou des ajustements proposés aux familles. Nous nous sommes inspirés de deux courants. Le premier a trait à une perspective écosystémique et le second se réfère à des programmes parentaux canadiens de stimulation de la communication et du langage.

Mots clés : Dysphasie — Intervention précoce — Guidance parentale — Accompagnement familial.

SUMMARY : *Illustrations of parental guidance.*

Communicating with his/her child with dysphasia is not simple. For example, a parent may be destabilized by his child understanding « everything » but saying only few words. Parents adjust more or less consciously and adequately. It makes sense to think that parents would benefit from early intervention. From practical illustrations, we will present guidance principles and adjustments proposed to parents. This approach is based on an ecological model and inspired by Canadian family-focused early language intervention programs.

Key words : Specific language impairment — Delayed language development — Dysphasia — Language intervention — Parental guidance.

RÉSUMEN : *El acompañamiento familiar : ilustración.*

Las « disarmonías » entre diferentes esferas del lenguaje y de la comunicación del niño disfásico pueden ser perturbantes. En ese contexto, el ámbito parental produce adaptaciones más o menos conscientes y adecuadas. Es lógico pensar que los familiares podrían gozar de un acompañamiento que les ayudara a tener comportamientos más apropiados. Con esta base de ilustraciones prácticas, presentamos principios o ajustes de comportamientos que se ofrecen a la familia. Nos hemos inspirado de dos corrientes. La primera se trata de una perspectiva ecosistémica y la segunda se refiere a los programas parentales canadienses de estimulación, de la comunicación y del lenguaje.

Palabras clave : Disfasia — Intervención temprana — Guía parental — Acompañamiento familiar.

INTRODUCTION

Comment parler à son enfant qui « comprend tout », communique bien par des gestes mais qui ne s'exprime verbalement que par quelques syllabes ? Les « dysharmonies » entre les différentes sphères du langage et de la communication de l'enfant dysphasique peuvent être déroutantes. Dans ce contexte, le milieu parental effectue des adaptations plus ou moins conscientes et heureuses. Il est donc raisonnable de penser que l'entourage pourrait bénéficier d'un accompagnement l'aidant à effectuer des ajustements plus appropriés. Avec l'avancée des connaissances sur la dysphasie, l'emprise de l'héritage psychanalytique s'atténue et progressivement l'idée d'une participation active des parents fait son chemin.

Cependant, une question persiste pour plusieurs d'entre nous : dans le développement du langage et de la communication, comment pouvons-nous « aider les parents à aider leur enfant dysphasique » tout en gardant la spécificité et la complémentarité de nos rôles respectifs ?

Nous nous sommes inspirés de deux courants. Le premier a trait à une perspective écosystémique. Le deuxième a trait à des programmes parentaux canadiens de stimulation de la communication et du langage. Ces programmes s'adressant à la base à des groupes de parents, une adaptation fut nécessaire dans notre pratique en cabinet.

Notre mandat ayant été de fournir des illustrations pratiques d'accompagnement parental, la deuxième partie du présent article résumera les principaux thèmes abordés lors de notre présentation.

**LA PERSPECTIVE ÉCOSYSTÉMIQUE :
RAPPEL TIRÉ DES ACTES
DU COLLOQUE DE L'APEAD (2000)**

Dans une perspective écosystémique, communiquer n'est pas seulement transmettre un message mais c'est surtout établir une relation avec les autres. Dans cette optique, nous analysons le contexte personnel, familial et social de l'enfant, en termes de facteurs (de protection et de risque) qui peuvent contribuer ou nuire au développement communicatif et langagier.

Le préfixe « éco- » réfère à l'approche écologique et c'est justement dans ce courant que sont nés les premiers programmes parentaux canadiens dont les plus connus sont ceux du centre Hanen (voir le site www.hanen.org).

De plus, sur la longue route de l'intervention langagière avec les enfants dysphasiques, nous rencontrons inévitablement des « nœuds » (occasionnés par des résistances, des enjeux, de la non collaboration, etc.). La perspective écosystémique nous permet d'en prendre plus clairement conscience, d'en cerner les causes, donc d'anticiper et de mieux cibler notre action thérapeutique.

En conclusion, ce n'est pas la normalisation qui est visée chez l'enfant dysphasique mais une participation maximale de l'enfant aux activités quotidiennes (scolaires, familiales, récréatives, etc.) ; qu'il puisse être fonctionnel dans son milieu de vie. L'enfant dysphasique devenu grand aura les outils nécessaires pour gérer au mieux sa dysphasie et ce, grâce à sa persévérance, à une intervention professionnelle ciblée et à l'ajustement de son environnement familial, scolaire et social.

**PROGRAMMES PARENTAUX CANADIENS
DE STIMULATION
DE LA COMMUNICATION
ET DU LANGAGE**

Les programmes s'adressent à des groupes de parents. Il s'agit, par exemple, de huit rencontres entrecoupées de trois visites à domicile avec enregistrements vidéo. Lors de chaque soirée, on aborde un thème correspondant à un ou deux chapitres du guide.

Donfort et Juárez Sanchez (p. 132) ont bien intégré les grands principes d'ajustement que visent ces programmes et formulent six objectifs principaux de guidance parentale soit :

a) développer les aptitudes d'observations ; b) réduire les tendances dirigistes ; c) apprendre à mieux adapter notre communication et notre langage ; d) apprendre à identifier des situations de communications actives ; e) éliminer ou réduire les comportements clairement négatifs et apprendre des techniques spécifiques ».

appelons que ces principes s'insèrent tout naturellement dans l'approche écosystémique par l'apport de connaissances sur le développement du langage et de la communication d'une part, et d'autre part, par l'ajustement de la stimulation parentale aux besoins de développement de leur enfant. Il va de soi que dans une pratique en cabinet, les

ajustements proposés se font « à la carte » et sont effectués au moment opportun.

Pour plus de détails, nous vous renvoyons au numéro de la revue *Rééducation orthophonique* consacré à l'accompagnement familial (2000).

ILLUSTRATIONS

Le contexte des situations suivantes est simplifié à l'extrême et constitue une prise de vue instantanée au cours du long chemin que nous parcourons avec une famille.

Témoignage : ajustements spontanés

« On a mis un mois avant de prendre rendez-vous (pour un bilan orthophonique). On a essayé de notre côté de le stimuler à parler ; d'essayer des petits trucs que l'on pouvait avoir. On lui a fait répéter des mots. Ce qui n'a d'ailleurs pas marché du tout. »

Le milieu parental effectue des adaptations plus ou moins conscientes et heureuses. Quand la famille prend contact pour le bilan d'un enfant dysphasique ce type de témoignage est assez fréquent. Heureusement dans ce cas, la famille avait lâché prise et gardé une relation et une communication agréable avec leur fils.

Dans d'autres cas, la famille arrive crispée et l'enfant montre des signes de « souffrance » comme de la résistance à parler ou de l'évitement. Le premier objectif d'accompagnement est alors de promouvoir le plaisir de communiquer. Il s'agit en fait du principe qui prime sur tous les autres.

Illustration : le plaisir de communiquer

a) La maman et son fils jouent aux quilles et s'amuse. Pour la maman, il fallait « bien » jouer et « bien » parler (style « formel ») alors que son fils était plutôt du style « sociable » où interagir et rigoler primaient. Elle a observé sur vidéo diverses situations. Elle a pu d'elle-même prendre conscience que son fils parlait davantage dans les situations « rigolotes ». Maman a explicitement exprimé que, pour aider son fils à parler, elle ferait l'effort d'être « amusante » et se réjouissait qu'il atteigne l'âge des jeux de table. Les réponses de son fils à ses ajustements et le plaisir qu'il éprouvait à jouer avec elle furent gratifiants pour la maman. Elle qui, lors du bilan, était crispée, est devenue progressivement souriante et enthousiaste.

L'utilisation d'une terminologie de type « maman formelle », enfant « sociable » est peu élégante. En fait, il s'agit seulement, dans certains cas, de faire prendre conscience aux parents de la divergence de leur style conversationnel avec celui de leur enfant. Nous discutons ensuite des ajustements favorables.

**Illustration :
suivre l'initiative de son enfant**

b) Puis il commence à jouer au foot avec le ballon et la maman refuse.

La maman avait aussi pris conscience que lorsqu'elle suivait son fils, « il était plus disposé à parler », ce qui corres-

J. DUPRÉ-SAVOY

pond au principe de suivre l'initiative de l'enfant. Le fait de savoir quoi faire et de vouloir passer à l'action n'est pas suffisant. Nous fournissons aux parents l'occasion d'expérimenter en « contexte protégé » en espérant qu'ainsi, ils pourront se lancer avec plus de facilité en situations naturelles, ce qui n'est pas toujours aussi simple (pensez à une famille de quatre enfants !)

Illustration : **créer des situations communicatives**

c) Ils jouent au basket, puis elle garde le ballon dans ses mains et attend. Son fils va vers elle et dit « Donne ». Maman a appris à créer des situations significatives de demandes puis à attendre. Ce n'est que lorsque que son enfant démontre l'intention de vouloir le ballon qu'elle utilisera, si nécessaire, des techniques (en général, ébauche orale + geste). Les parents participent activement aux types d'activités « reproductibles » en situations naturelles. Pour certains parents, il est facile de trouver dans quelles situations ils pourraient transposer. Pour cette maman, cela était plus difficile. C'est pourquoi, nous avons choisi des situations proches de leur quotidien. Nous avons aussi vite vu l'intérêt de l'aider en situations naturelles à la maison.

Illustration : adapter

a) Maman joue à la maison Playmobil avec sa fille qui décrit sa propre action « /è ça/ ».

La maman reformule spontanément : « Tu pends le linge. »

La connotation positive des forces des parents et de leurs attitudes communicatives positives sont un aspect non négligeable de l'accompagnement. Ceci n'est généralement pas suffisant chez des enfants avec des troubles graves de communication et de langage qui ont besoin d'un ajustement ciblé et fin de la part des personnes significatives.

b) Sa fille lui demande de tenir un linge : « linge ça ». La maman répond à sa demande en disant : « Je dois tenir » en exagérant le verbe. Sa fille produit alors de l'écholalie d'apprentissage (une nouveauté) : « tenir ».

La maman a appris à mettre l'emphase sur les « mots importants ». Elle fournit ainsi une stimulation « renforcée » ajustée aux besoins de développement de sa fille.

Illustration : **créer des situations communicatives**

Maman a volontairement omis de prendre les voitures favorites de son fils et il lui demande d'aller les chercher.

Un des objectifs orthophoniques était d'utiliser des verbes car l'enfant avait tendance à combiner un substantif avec un mot passe-partout tel que « là » et « ici ».

L'enfant demande à sa maman « Camions là-haut ». La maman maintient l'échange mais n'interprète pas cela comme une demande. Certains enfants ont tendance à « laisser tomber » ou à vouloir se débrouiller seuls. Par l'incitation verbale, la maman maintient l'intérêt mais éprouve des difficultés à aider son fils à produire un verbe (étayage). En attendant, nous lui recommandons de simplement fournir un « modèle verbal » tel que « chercher camion là-haut » et de répondre quand même à sa demande.

Il faut également respecter le rythme d'apprentissage des parents. Si l'intégration de plusieurs attitudes est coûteuse pour un parent, il y a le risque que cela soit fait au prix de la qualité de l'échange d'où le risque de voir émerger des conduites de « parents-thérapeutes ». C'est pourquoi dans cette situation nous n'avons pas ajouté l'apprentissage de techniques d'étayage.

Illustration : **apprendre des techniques !**

Maman fait un café avec sa fille qui lui demande la permission de tourner le bouton pour le faire couler : « Ici tourner ». La maman utilise alors l'aide du geste « moi » qui, cette fois, n'est pas suffisant. Elle ajoute ensuite le modèle verbal « moi » en accompagnement du geste et sa fille produit ensuite « Moi 'veux tourner » et elles terminent le café. La maman s'est bien réajustée alors qu'habituellement, un simple geste suffit largement. Nous avons voulu illustrer la difficulté pour un parent d'ajuster ses « exigences » face à l'instabilité des réponses de l'enfant.

Illustration : lâcher prise

Dans la première partie, nous voyons la maman qui utilise plusieurs techniques d'étayage. Elle dirige le jeu et pose beaucoup de questions quand elle ne maîtrise pas la situation.

Après le visionnement de la situation, maman se réajuste : il y a une co-construction du jeu, elle suit les initiatives de son enfant, propose de l'ébauche orale pour qu'il complète. Elle a appris à lâcher prise et ne pas insister pour qu'il dise le son-cible à tout prix. Elle a bien intégré que l'échange et le plaisir dans le jeu sont plus importants et lui fournit une stimulation renforcée dont il bénéficie. Il la « récompense » bien de ses efforts en complétant « tout naturellement » sa troisième « offre » de complétion avec ébauche orale : « Maintenant les soldats ils peuvent m... monter ».

Illustration : généralisation

Cet enfant est maintenant en phase de généralisation de règles morphosyntaxiques. L'automatisation est longue ! Les techniques de phrases porteuses et d'indices visuels (ex : un geste pour indiquer le passé) sont utiles et ne nuisent pas à la poursuite de l'échange.

Les parents ont particulièrement leur place dans cette phase. De notre côté, avec cet enfant, nous travaillons d'autres aspects tels que les habiletés métaphonologiques et la correspondance grapho-phonémique, la compréhension de consignes (règles de jeux), la structuration du discours, etc. La distinction des rôles entre l'orthophoniste et les parents est claire.

La maman a choisi de s'approprier :

- le décodage des sons connus dans une liste de commissions adaptée pour elle. Elle la félicite de « savoir lire » et d'aller chercher les bons aliments ;
- la structuration du discours en dessinant au fur et à mesure ce que sa fille lui dit (support visuel) et en utilisant un calendrier imagé pour l'orientation temporelle.

Ces « objectifs » s'insèrent facilement dans la vie quotidienne et demandent peu de temps et d'adaptation du milieu. Cette enfant s'approche à cinq ans et demi de la « normalisation sociale ». Ayant bénéficié d'une intervention précoce, nous avons eu le temps d'anticiper. Elle entrera en première année en août prochain avec de bonnes capacités de décodage, une compréhension de consignes « satisfaisante », moyennant des adaptations minimales de la part de l'enseignant.

Témoignage : ajustements périodiques

« Je viens quand j'ai des questions précises en général ». La maman donne alors l'exemple de la compréhension d'une suite de consignes qui est difficile pour sa fille : « L'autre soir, je lui demandais de monter se déshabiller, de prendre sa douche et de se mettre en pyjama. Au bout de vingt minutes, elle était toujours habillée, paniquée dans sa chambre, à me dire *je ne sais pas quoi faire.* » Maman a appris à ralentir son débit, simplifier les consignes et s'assurer de la compréhension de sa fille : « Il s'avérait qu'elle ne pouvait pas mémoriser ces trois choses. Il fallait bien que je lui dise : *Qu'est-ce que tu as compris ?* Elle a répondu *se déshabiller* et il fallait que je lui dise la suite. » Dans la situation où l'enfant présente un trouble de la compréhension, l'accompagnement parental est délicat. Les parents sont souvent piégés par la capacité de l'enfant à saisir des indices visuels et contextuels. Nous avons souvent entendu des témoignages de type « Il parle mal mais comprend tout ! Il n'est pas bête ». Il est alors facile d'imaginer leur désarroi lorsque nous mettons en évidence des déficits réceptifs. Il nous semble dès lors important d'apporter aux parents des connaissances sur la mémoire verbale, les troubles auditifs centraux, par exemple, la difficulté à dégager les mots pertinents du flot verbal et d'insister sur le fait que cette manifestation du trouble est indépendante de l'intelligence.

CONCLUSION

Un bain de langage est insuffisant pour l'enfant dysphasique. Pour progresser réellement, il a besoin d'une stimulation ciblée et renforcée. Nous avons choisi notre profession en ayant un grand intérêt pour la métalinguistique, la métapragmatique, etc. Les parents d'enfants dysphasiques n'ont pas choisi leur situation. Certains s'ajustent plus facilement que d'autres et tous méritent d'être soutenus et encouragés dans leurs efforts. Avec ou sans nous, ils tentent d'aider leur enfant et ce n'est pas en les tenant à

l'écart que nous préviendrons certaines attitudes de « parents-thérapeutes ».

La clé pour nous réside dans un accompagnement familial avec un minimum « d'exercices », un maximum d'exploitation des situations naturelles et la présence d'attitudes favorisant avant tout le plaisir de communiquer.

Pour terminer, j'aimerais insister sur le mot clé « partenariat ». En effet, nous ne devons jamais oublier que si nous possédons le savoir permettant de faire progresser leur enfant, les parents, eux, détiennent la connaissance de leur enfant. Ce n'est qu'en reconnaissant réciproquement nos savoirs respectifs que nous parviendrons à atteindre le but souhaité : l'épanouissement de l'enfant dysphasique. Et si je devais parler au nom des parents, je serais tentée de résumer leur sentiment en une phrase : « Merci chers thérapeutes, de nous accueillir comme partenaires du devenir de notre enfant ».

RÉFÉRENCES

- BEAUCHEMIN (M.), MARTIN (S.), MENARD (S.) : *L'Apprentissage des sons et des phrases : un trésor à découvrir*, Hôpital Sainte-Justine, Montréal, 2000.
- CRONK (C.), SAINT-CYR TRIBBLE (D.), PAYETTE (H.) : « Vers un modèle écologique de l'intervention orthophonique auprès des enfants », *Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 26, 4, 2002, pp. 180-195.
- DUPRÉ SAVOY (J.) : « L'évolution de l'approche pragmatique selon une perspective écosystémique », in *Actes du colloque de l'APEAD*, 16 et 17 octobre 1999, Bruxelles, APEAD, 2000.
- MANOLSON (A.) : *Parler, un jeu à deux*, Toronto, Centre de ressources Hanen, 1992.
- MARTIN (S.) (Ed) : « L'accompagnement familial : formation des parents et des intervenants », *Rééducation orthophonique*, 38, 203, 2000.
- MONFORT (M.), JUAREZ-SANCHEZ (A.) : *L'intervention dans les troubles graves de l'acquisition du langage et les dysphasies développementales*, Ortho Édition, Paris, 2001.
- RESCORLA (L.), ROBERTS (J.), DAHLSGAARD (K.) : « Late Talkers at 2 : Outcomes at 3 », *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40, 1997, pp. 556-566.
- SYLVESTRE (A.) : « L'intervention précoce en logopédie (0-3 ans) selon une perspective écosystémique », in *Actes de la formation permanente de l'ARLD*, case postale 23-1033 Cheseaux, Suisse, 1999. (arld@club.ch)
- SYLVESTRE (A.), SCHORNSTEINER (A.-M.), ZINGG (F.), JACQUART (N.), TARDY (S.), FRASSEREN CAPELIN (A.) : « Il était une fois Sylvain... L'histoire d'une intervention logopédique selon un modèle écosystémique », *Langage et pratiques*, 24, 1999, pp. 13-27. (arld@club.ch)
- WARD (S.) : « An investigation into the effectiveness of an early intervention method for delayed language development in young children », *International Journal of Language & Communication Disorders*, 34, 3, 1999, pp. 243-264.

Résumé

La dysphasie développementale s'associe, à fort pourcentage, à d'autres troubles qu'ils soient psychomoteurs ou psychopathologiques. C'est le cas de Julien que j'ai suivi en prise en charge psychomotrice. La question de la comorbidité tend à aggraver les troubles existants, limiter fortement les acquisitions psychomotrices et impacter sur les suivis thérapeutiques.

Ce mémoire essaie de mettre en avant les adaptations préalables indispensables au bon déroulement des séances et répondre aux conséquences psychomotrices générées par les comorbidités présentes chez Julien (dysphasie développementale, trouble de l'acquisition des coordinations et trouble anxieux). Pour cela, l'adaptation d'outils et méthodes s'inscrivant dans une vision globale et intriquée des pathologies ont servi de références en séance de psychomotricité.

Mots clés : dysphasie développementale, comorbidité, trouble de l'acquisition des coordinations, trouble anxieux, prise en charge psychomotrice.

Summary

Dysphasia is most of the time connected to other disorders such as psychomotors or psychopathologicals. This is Julien's situation of whom took care during the psychomotor rehabilitation. The co-occurrence question tends to worsen the existing disorders, to strongly restrict the psychomotor coordination and to have influence on therapeutics monitoring.

This report tries to emphasize the essential preliminary adaptations for a good session of sequences and meets with the psychomotor consequences triggered by Julien's co-occurrence (dysphasia, developmental coordination disorder and anxiety disorder). In this case, the adaptation of tools and methods following an overall and entangled vision of the pathologies were used as references during the psychomotor session.

Key words: dysphasia, co-occurrence, developmental coordination disorder, anxiety disorders, psychomotor rehabilitation.

**Ce mémoire a été supervisé par
M. Marquet-Doléac Jérôme, psychomotricien.**

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and strokes, positioned centrally below the text.