



Université Paul Sabatier – Toulouse III
Faculté de Médecine Toulouse Rangueil
Institut de Formation en Psychomotricité

**ESSAI DE REEDUCATION DES
COMPETENCES SOCIALES DANS
L'INCAPACITE D'APPRENTISSAGE
NON VERBAL**

La place de l'expression des émotions

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

REMERCIEMENTS.

Je remercie M. Albaret et M. Soppelsa, mes maîtres de mémoire, pour leurs éclaircissements et disponibilités dans la réalisation de ce mémoire.

Je tiens également à remercier Annie Meurice, ma maîtresse de stage pour m'avoir guidée en cette dernière année d'étude et permis de m'épanouir au sein de ce stage si enrichissant et formateur.

Je remercie toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.

Une grande pensée pour la promo 2012 et particulièrement pour celles qui sont devenues de belles amies : Aurélie, Bénédicte, Emelyne, Fanny, Gwen, Lisa et Carine sans qui ces deux années à Toulouse n'auraient pas été aussi exceptionnelles !

SOMMAIRE

Introduction	1
--------------------	---

PARTIE PRATIQUE

I. <u>L'INCAPACITE D'APPRENTISSAGE NON VERBAL</u>	4
A. Présentation de l'IANV	4
1. Définition de l'IANV	4
2. Les critères d'exclusion.....	5
3. Poser le diagnostic d'IANV.....	5
4. Etiologie	6
5. Le modèle dynamique de Rourke.....	7
B. Les signes cliniques de l'IANV	9
1. Les habiletés cognitives	9
2. Le langage	11
3. Les capacités sensori-motrices	12
4. Sur le plan affectif.....	13
5. Au niveau comportemental.....	13
6. Sur le plan des intérêts et des jeux.....	13
7. Les interactions sociales	14
8. Adolescence et âge adulte	14
C. Les diagnostics différentiels	15
1. Le syndrome d'Asperger.....	15
a) Présentation du syndrome d'Asperger.....	15
b) Similarités avec l'IANV	17
c) Différences avec l'IANV	18
2. Le trouble de l'acquisition de la coordination (TAC)	19
a) Les critères diagnostiques du TAC.....	20
b) Les différences avec l'IANV	20

II. <u>LES COMMUNICATIONS NON VERBALES</u>	21
A. Présentation des communications non verbales	21
B. Les catégories des communications non verbales	22
1. Les rapports de l'espace social.....	22
2. Les expressions naturelles des émotions.....	23
3. Les emblèmes.....	24
4. Les artefacts	24
5. Les communications liées au langage naturel	24
C. Les fonctions des communications non verbales	25
III. <u>LES TROUBLES DES COMMUNICATIONS NON VERBALES</u>	
<u>DANS L'IANV</u>	27
A. Les troubles de la compétence sociale	27
1. Présentation de la compétence sociale	27
a) Généralités.....	27
b) Compétence sociale et décodage des expressions faciales.....	28
c) Maîtrise des habiletés sociales et popularité	29
2. Les troubles dans la régulation des interactions sociales dans l'IANV.....	29
3. Les troubles de la compétence sociale dans l'IANV ou déficit perceptif pendant l'enfance ...	31
B. L'importance des émotions dans les communications non verbales	32
1. Présentation de l'émotion.....	32
2. Emotion et communications non verbales	33
3. Emotion et processus cognitifs	34
4. Relations entre les aspects psychiques et corporels de l'émotion	35
5. L'expression des émotions permet une adaptation du comportement dans les situations d'interaction sociale	35
6. Les troubles d'expression des émotions	35
C. La place du psychomotricien dans la prise en charge des troubles de la communication non verbale	36

PARTIE PRATIQUE

I. <u>PRESENTATION DE DAVID</u>	40
A. Rencontre avec David	40
B. Anamnèse	40
C. Les bilans : psychologique, orthophonique et psychomoteur.	41
D. Compte rendu de l'équipe éducative.....	49
E. Entretien avec la maman.....	50
II. <u>LES ELEMENTS EN FAVEUR D'UN DIAGNOSTIC D'IANV</u>	51
A. Le nourrisson	51
B. La période préscolaire.....	51
C. La période scolaire	51
III. <u>UNE PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE</u>	54
A. Réflexions concernant une prise en charge axée sur la rééducation des communications non verbales et en particulier l'expression des émotions	54
B. La reconnaissance des émotions faciales	56
C. La description des expressions émotionnelles faciales et corporelles	57
D. L'expression des émotions	59
E. Le tournant dans la prise en charge	60
F. L'analyse des expressions faciales	62
G. L'imitation	63
H. Les petites scénettes.....	64
I. Le travail sur la motricité globale	64
IV. <u>L'EVOLUTION DE DAVID</u>	67
A. Le retest	67
B. L'évolution au cours des séances	70

Conclusion	72
Bibliographie	75
Annexe : Le questionnaire de Goldstein	79

INTRODUCTION.

L'origine de ce mémoire vient de questionnements par rapport aux comportements et à l'attitude de David, neuf ans, que je rencontre en stage. Il n'exprime pas d'expressions faciales. Il ne manifeste aucune émotion, négative ou positive. Il évite tout contact visuel, son regard est fuyant. Je me suis alors interrogée sur l'origine d'une absence de communications non verbales. Quelles sont les conséquences au niveau relationnel et comportemental ? Est-il possible de proposer une prise en charge basée sur la rééducation des communications non verbales ? Peut-on espérer des améliorations au niveau des relations interpersonnelles ? Dans quelle pathologie rencontre-t-on ce déficit ?

Plusieurs pathologies peuvent rendre compte de difficultés à décoder ou émettre les communications non verbales. L'incapacité d'apprentissage non verbal (IANV) et le syndrome d'Asperger sont deux troubles dans lesquels les dysfonctionnements des communications non verbales sont au cœur de la pathologie. Ce type de manifestations se retrouve également dans le syndrome de Gerstmann, le syndrome du X fragile chez les femmes et le syndrome de Turner.

L'IANV est une des réponses possibles semblant correspondre aux caractéristiques comportementales de David. Le sujet souffrant d'une IANV manifeste un trouble relatif aux compétences sociales notamment pour décoder et utiliser les communications non verbales. Une des catégories centrales de ce mode de communication fait référence aux émotions, qui se révèlent être un élément essentiel dans la régulation des interactions.

J'ai alors réalisé l'importance des communications non verbales dans notre vie en société. En effet, la communication avec autrui ne se fait pas seulement par des mots. Il existe un autre moyen pour partager et échanger avec les individus qui nous entourent. La communication non verbale s'exprime par des gestes, postures, expressions du visage, ton de la voix, vêtements voire même silence. C'est notre premier mode de communication des sentiments et des émotions. On estime que le non-verbal occuperait jusqu'à 93% de la communication interindividuelle. Ainsi, un déficit dans la maîtrise des communications non verbales semble préjudiciable pour une certaine harmonie dans les rapports aux autres.

Cet écrit tentera d'apporter des éléments d'éclairage quant à la rééducation psychomotrice des troubles de la compétence sociale dans l'IANV à partir d'une prise en charge basée sur l'expression des émotions.

Dans une première partie, je tenterai tout d'abord de définir l'incapacité d'apprentissage non verbal. Puis, je présenterai les communications non verbales. Enfin, j'aborderai les troubles des communications non verbales dans l'IANV et leurs conséquences relationnelles.

Dans la seconde partie, je commencerai par vous présenter David. L'ensemble des données cliniques et para-cliniques me conduisent à poser l'hypothèse diagnostique d'une incapacité d'apprentissage non verbal. Ensuite, j'exposerai la rééducation proposée à cet enfant qui est essentiellement basée sur l'expression des émotions. Je discuterai ensuite de l'évolution de David.

I. Partie théorique.

I. L'INCAPACITE D'APPRENTISSAGE NON VERBAL.

A. PRESENTATION DE L'IANV

1. DEFINITION DE L'IANV.

L'incapacité d'apprentissage non verbal (IANV) est décrite pour la première fois par Johnson et Mykelbust en 1967. C'est à partir des travaux plus actuels de Rourke (1989) que l'on définit aujourd'hui ce trouble.

On retrouve dans la littérature différentes appellations françaises : trouble de l'apprentissage de l'hémisphère droit, syndrome déficitaire de l'hémisphère droit, trouble d'apprentissage non verbal (TANV), incapacité à expression de l'organisation perceptive non verbale, syndrome de dysfonctions non verbales. Les anglophones parlent de Nonverbal Learning Disorder (NLD) ou Nonverbal Learning Disability (NVLD).

Depuis sa découverte, l'IANV reste relativement méconnue du grand public et de nombreux professionnels. Ce trouble n'est présent dans aucune classification internationale. Le diagnostic est rarement posé et il est souvent confondu avec un trouble envahissant du développement.

Selon Pennington (1991), la prévalence de l'IANV est environ 0,1 à 1 % de la population. Le sex ratio est de 1/1.

L'IANV est une déficience développementale qui entraîne des troubles des apprentissages.

On peut relever trois critères constituant l'IANV :

1) **Une dyscalculie.** C'est un trouble spécifique du développement. La dyscalculie correspond à un trouble sévère dans les apprentissages numériques. C'est une faiblesse dans l'apprentissage des opérations de calcul, une difficulté d'orientation dans le domaine des chiffres et/ou de la compréhension mathématique. Les chiffres ne veulent rien dire. La dyscalculie est un élément qui permet un diagnostic différentiel.

2) **Des troubles perceptifs, cognitifs et moteurs.**

3) Des troubles relatifs à la compétence sociale, notamment la capacité à décoder et à utiliser les communications non verbales (CNV). Ils se repèrent au niveau perceptif, cognitif et expressif.

2. LES CRITERES D'EXCLUSION.

Afin de bien poser le diagnostic, il est nécessaire de considérer quelques critères d'exclusion :

- Le sujet ne doit pas présenter pas de déficit intellectuel. On note une différence d'au moins vingt points entre le Quotient Intellectuel Verbal et le Quotient Intellectuel Performance, en faveur du premier.
- Il ne doit pas avoir de trouble visuel ni auditif non corrigé.
- Il a fréquenté l'école de façon régulière depuis l'âge de six ans et ses résultats en mathématiques demeurent significativement inférieurs à ceux qu'il obtient en français.
- Il ne présente pas de troubles d'allure psychiatrique, en dépit de sa faible compétence dans les échanges relationnels.
- La stimulation offerte par le milieu familial paraît avoir été appropriée.

3. POSER LE DIAGNOSTIC D'IANV.

Le diagnostic est posé grâce à l'intervention d'une équipe médicale pluridisciplinaire, entre autre psychomotricien, orthophoniste ou psychologue. Elle est conduite par un médecin (neurologue, neuropédiatre, pédopsychiatre). On peut procéder tout d'abord à une évaluation neuropsychologique effectuée au moyen d'un bilan, au cours duquel l'analyse des procédures utilisées par le sujet se révèle tout aussi importante que les scores qu'il obtient. Les tests permettront d'identifier des troubles de façon standardisée. L'étude du profil des résultats obtenus aux différents sous-tests de l'échelle d'intelligence se révèle également très indicative, puisqu'on s'attendra généralement à observer des déficits plus marqués dans les capacités d'organisation visuo-spatiale par opposition à des habiletés langagières plus développées que la moyenne.

Le bilan neuropsychologique bien qu'obligatoire n'est pas suffisant. En effet, les éléments cliniques sont indispensables à prendre en compte. Pour compléter, une entrevue avec les parents doit donc être menée dans le but de bien cerner la problématique à travers l'histoire du

développement de l'enfant. L'IANV a différents degrés d'expression et l'enfant ne présente pas forcément l'ensemble des symptômes. Il est donc intéressant de s'entretenir avec plusieurs interlocuteurs connaissant l'enfant et de prendre en considération chaque point de vue. Ceci permettra de discuter la légitimité du diagnostic et l'intensité des troubles.

4. ETIOLOGIE.

L'IANV est reconnue comme l'expression de dysfonctionnements de l'hémisphère cérébral droit, en particulier de la substance blanche, d'origine congénitale ou traumatique.

Selon Semrud-Clikeman en 2001, les étendues myélinisées sont plus courtes dans l'hémisphère gauche et permettent ainsi le transfert d'informations logiques et séquentielles, ce qui est nécessaire au langage. Dans l'hémisphère droit, les axones sont plus longs et se prêtent plus aisément au traitement d'informations intuitives et émotionnelles. Le volume de substance blanche est significativement corrélé avec la capacité de traiter des informations complexes et nouvelles (Teeter et Semrud-Clikeman, 1997).

Semrud-Clikeman & Hynden en 1990 et Pennington en 1991 soutiennent l'hypothèse selon laquelle les problèmes de compréhension sociale de l'enfant souffrant d'IANV proviennent du développement anormal de l'hémisphère droit.

Ce déficit neurologique entraînerait également des difficultés d'intégration visuo-spatiales, d'attention et de mémoire verbale, ainsi que d'expression et d'interprétation des émotions.

En 1995, Rourke estime que :

- « Plus la substance blanche est dysfonctionnelle au niveau cérébral, et plus ce syndrome devient évident.
- Plus le dommage est intervenu tôt dans la vie fœtale, plus ses manifestations sont multiples.
- A partir du moment où les réseaux de substance blanche seraient affectés à l'intérieur de l'hémisphère droit, le cerveau ne pourrait plus aussi bien gérer les situations ou les événements qui requièrent l'acquisition de nouvelles habiletés cognitives. En comparaison, ces réseaux interviendraient beaucoup moins au niveau de l'hémisphère gauche pour le maintien des acquis, cet hémisphère fonctionnant davantage à travers des routines et des habiletés stéréotypées, propres à son mode de fonctionnement. »¹

¹ Alberta (2003). Trouble d'apprentissage de type non verbal, Alberta Learning, Alberta, Canada.

5. LE MODELE DYNAMIQUE DE ROURKE.

Rourke se base sur l'étiologie de l'IANV pour proposer un modèle dynamique. Il présente les points positifs et les déficits de façon chronologique relatifs au développement de l'enfant, établis dans un tableau sur la page suivante.

Au niveau neuropsychologique primaire, les caractéristiques apparues dans les premiers âges, vont conduire l'enfant à vivre des expériences renforçant et développant les déficits et les compétences. L'enfant a des difficultés portant sur les perceptions tactile et visuelle, les habiletés psychomotrices complexes et l'adaptation à la nouveauté.

Tout cela peut engendrer au stade secondaire principalement des déficits relatifs à l'attention et aux comportements exploratoires. Le mécanisme de renforcement continue à travers les expériences vécues, façonné aussi par les réactions de l'entourage. L'enfant va renforcer ses capacités dans les domaines maîtrisés et ainsi creuser l'écart dans les domaines déficitaires.

Puis au niveau neuropsychologique tertiaire, peuvent s'ajouter des déficits mnésiques, des difficultés dans la formation de concepts, le raisonnement et la résolution de problèmes. Les habiletés et déficits notés au stade tertiaire vont directement influencés le développement et les particularités du langage et ses capacités scolaires. Tous ces éléments positifs et négatifs vont avoir des répercussions sur la compétence sociale de l'enfant souffrant d'IANV.

On remarque une relation de cause à effet entre les déficits neuropsychologiques et le profil de l'enfant qui se construit également sous l'influence du milieu et selon le développement naturel.

Points positifs neuropsychologiques primaires	Déficits neuropsychologiques primaires
<ul style="list-style-type: none"> - Perception auditive - Motricité élémentaire - Matériel répétitif 	<ul style="list-style-type: none"> - Perception tactile - Perception visuelle - Habiletés psychomotrices complexes - Matériel nouveau
↓	↓
Points positifs Neuropsychologiques Secondaires	Déficits Neuropsychologiques Secondaires
<ul style="list-style-type: none"> - Attention auditive - Attention données verbales 	<ul style="list-style-type: none"> - Attention tactile - Attention visuelle - Comportements d'exploration
↓	↓
Points positifs Neuropsychologiques Tertiaires	Déficits Neuropsychologiques tertiaires
<ul style="list-style-type: none"> - Mémoire auditive - Mémoire verbale 	<ul style="list-style-type: none"> - Mémoire tactile - Mémoire visuelle - Formation des concepts - Résolution de problèmes
↓	↓
Points positifs Neuropsychologiques niveau verbal	Déficits Neuropsychologiques niveau verbal
<ul style="list-style-type: none"> - Phonologie - Réception verbale - Répétition verbale - Stockage verbal - Association verbale - Sorties verbales 	<ul style="list-style-type: none"> - Praxie oro-motrice - Prosodie - Phonologie > Sémantique - Contenu - Pragmatique - Fonction
↓	↓
Points positifs sur le plan scolaire	Déficits sur le plan scolaire
<ul style="list-style-type: none"> - Graphomotricité tardivement - Déchiffrage des mots - Stockage verbal - Mémoire au niveau verbal - Production verbale 	<ul style="list-style-type: none"> - Graphomotricité précocement - Compréhension lecture - Arithmétique mécanique - Mathématiques - Science
↓	↓
Points positifs sur le plan socio-émotionnel/adaptatif	Déficits sur le plan socio-émotionnel/adaptatif
	Déficiences à long terme : <ul style="list-style-type: none"> - Adaptation à la nouveauté - Compétences sociales - Problème de stabilité émotionnelle - Niveau d'activité

B. LES SIGNES CLINIQUES DE L'IANV.

Quelques symptômes peuvent être repérés chez l'enfant d'âge préscolaire mais généralement le diagnostic est posé lorsque l'enfant fréquente le milieu scolaire.

Je vais ici présenter les signes cliniques de l'IANV, organisés en diverses catégories.

1. LES HABILITES COGNITIVES.

- Comme précisé plus haut, l'IANV ne présente pas de **capacités intellectuelles** déficitaires (QIT supérieur à 70). On note cependant une dissociation d'au moins vingt points entre quotient verbal et quotient non verbal du WISC, au profit du verbal.

- On note une perturbation spécifique des **habiletés visuo-spatiales**. En effet, l'enfant ne sait pas organiser sa perception visuelle. Cela peut entraîner des difficultés à percevoir des détails importants sur une image ou à s'orienter dans un nouvel endroit. L'enfant se perd facilement dans l'espace. Cela engendre aussi des complications pour la perception d'un élément dans son ensemble. Ce déficit génère des difficultés de la visuo-construction dans les présentations en deux et trois dimensions. Les troubles de la mémorisation visuo-spatiale, en particulier pour les formes complexes, semble s'intensifier avec l'âge.

- Il existe une réelle différence au niveau de l'ensemble des **capacités mnésiques**. En effet, la mémoire visuelle et procédurale constitue une faiblesse pour cet enfant. Soulignons que la difficulté à reconnaître les visages et à se représenter des images mentales peut être liée à ce déficit. La mémoire de travail, à court terme, est également déficitaire.

La mémoire auditive et verbale est plus performante et est parfois même surinvestie. Le sujet souffrant d'IANV a une très bonne capacité de mémorisation par cœur surtout lorsqu'il s'agit de stimuli auditifs.

C'est pourquoi en situation d'apprentissage, il est nécessaire de favoriser les stratégies verbales plutôt que l'exploration visuelle ou manuelle. De plus, l'utilisation de termes concrets permet une meilleure compréhension.

- Les **fonctions exécutives** sont déficitaires. L'enfant avec IANV éprouve de fortes difficultés sur le plan de la flexibilité mentale, de l'organisation et de la planification. Ceci a

d'importantes répercussions dans la vie quotidienne de l'enfant. Il lui est compliqué de gérer les changements qui surviennent au quotidien, d'organiser son emploi du temps, il préfère donc fonctionner avec des habitudes. L'enfant montre un certain déficit lorsqu'il s'agit de traiter la relation de cause à effet, de faire des liens. Il a beaucoup de difficultés à généraliser ses acquis à d'autres situations. On note également que les consignes à plusieurs étapes sont difficiles à suivre. Ainsi pour cet enfant, tout doit être « appris » .

L'hémisphère droit est principalement le lieu où se gère les fonctions exécutives. Selon Lussier et Flessas (2005), du fait du déficit de cette partie du cerveau chez l'enfant atteint d'IANV, on note une sur-utilisation de l'hémisphère gauche qui privilégie un traitement des informations basé sur l'application de règles définies et n'est pas apte à prendre des décisions ni à gérer efficacement une résolution de problèmes.

- Concernant les **apprentissages scolaires**, l'enfant connaît certaines difficultés. Tout d'abord, il souffre de dyscalculie. Notons que les habiletés visuelles déficitaires retentissent sur la scolarité avec des conséquences notamment sur le calcul, la résolution de problèmes, la compréhension de texte ou l'application des consignes. Dans les cas d'IANV sévère, les compétences en calcul et en résolution de problèmes dépassent rarement le CM2. De plus, on retrouve une lenteur d'exécution, l'enfant a du mal à compléter ses tâches à temps. Ceci peut être lourdement pénalisant en classe.

L'écriture, quant à elle, est tout d'abord déficitaire mais s'améliore plutôt rapidement. Ses capacités en français sont généralement bonnes. La lecture ne pose pas de difficulté majeure, l'enfant avec une IANV apprend globalement à lire très tôt, pour certains même à partir de trois ans. Mais leur compréhension de lecture est très faible et l'enfant arrive à compenser en partie grâce à sa mémoire.

Soulignons que globalement, ses capacités au niveau du langage protègent l'enfant atteint d'IANV d'importantes difficultés scolaires avant le milieu de l'école primaire. Puis, les apprentissages se complexifient. Ses difficultés de planification et d'organisation nuisent à la réalisation de son travail, en particulier sur les activités comme l'écriture qui nécessitent des capacités d'attention et de l'organisation.

- L'enfant souffrant d'IANV a des difficultés avec la **théorie de l'esprit**. Il s'agit de la capacité à attribuer aux autres des états d'esprit pour expliquer leurs comportements. Elle se rapporte à notre compréhension des gens en tant qu'êtres fonctionnant avec un mental, chacun ayant ses propres états mentaux tels que ses pensées, ses désirs, ses raisons et ses sentiments.

Cette théorie permet de donner du sens aux comportements sociaux (comprendre les autres, pouvoir anticiper les comportements), de donner du sens à la communication (décoder correctement l'humour, l'ironie, les métaphores et le second degré, reconnaître les intentions de l'interlocuteur) mais aussi est utilisée dans les concepts de déception, d'empathie ou de persuasion. Ce déficit peut engendrer un déficit du jugement social.

- L'enfant a des difficultés avec le **temps**. Ils apprennent de façon relativement tardive l'heure et la date. Ils parviennent à les maîtriser grâce à beaucoup de pratique.
- L'acquisition du concept de **l'argent** est également retardée.
- On peut souligner que le sujet souffrant d'IANV a des difficultés quand il s'agit de s'adapter aux **situations nouvelles ou complexes**. Cette difficulté se traduit dans les diverses activités de l'enfant.

2. LE LANGAGE.

- Concernant **l'expression du langage**, l'enfant atteint d'IANV peut avoir des difficultés initiales d'apprentissage mais elles seront largement dépassées par la suite (à partir de trois ans). On peut même noter un surinvestissement avec un niveau d'expression et de vocabulaire parfois supérieur à la norme de son âge. L'enfant montre une certaine facilité à apprendre de nouveaux mots. Il peut montrer un langage expressif recherché, superficiel voire arrogant. L'enfant parle beaucoup mais son discours peut être inapproprié par rapport au contexte. De plus, la production des aspects non linguistiques du langage sont altérés. En effet, les enfants souffrant d'IANV ont des gestes limités et non appropriés, des expressions faciales inadaptées et le ton de leur voix est monocorde. En outre, l'IANV influence les aspects pragmatiques du langage, par exemple prendre en considération ce que l'autre sait ou doit savoir ; savoir débiter, maintenir et conclure une conversation au bon moment ; savoir quoi dire, comment et quand le dire. Enfin, l'enfant peut avoir un récit désorganisé, un contenu informatif de mauvaise qualité. Le contenu verbal de leur discours peut être souvent peu adapté au contexte.

Il est important de souligner que l'enfant peut utiliser davantage le support verbal pour explorer son environnement (notamment en posant beaucoup de questions) plutôt que l'expérimentation.

- La **compréhension du langage**. Ayant des difficultés pour accéder à l'abstraction, l'enfant a des difficultés à interpréter la plupart des aspects non linguistiques de la communication comme les gestes, les expressions corporelles, ou le ton de la voix. On note également un déficit concernant la compréhension de l'ironie, le sarcasme, l'humour, les métaphores ou encore les sous-entendus. L'enfant ne comprend pas les proverbes ni les expressions imagées. Il prend tout au pied de la lettre.

3. LES CAPACITES SENSORI-MOTRICES.

- L'enfant avec une IANV présente des **difficultés de coordination en motricité générale**. Ceci peut nuire à la programmation et à l'enchaînement d'une séquence de mouvements et aussi implique un problème d'intégration de l'information visuo-spatiale de la séquence motrice. Ainsi, les mouvements et les gestes ne sont pas toujours bien adaptés au contexte. L'enfant va être capable d'automatiser certaines activités motrices simples. Cependant, il ne sait pas les généraliser ni les associer pour appréhender des activités complexes ou nouvelles.

- A ces difficultés s'associe un **trouble de l'équilibre** qui peut être un frein à l'apprentissage de certaines activités comme le vélo ou la trottinette.

- La **motricité fine** est aussi affectée. Le manque de dextérité manuelle empêche l'enfant de réaliser des activités quotidiennes ou de loisirs tels que nouer ses lacets, boutonner, dessiner, utiliser une règle, un compas ou des ciseaux. C'est pourquoi l'enfant préfère utiliser ses doigts plutôt qu'un ustensile. De plus, l'écriture est difficile au début mais s'améliore avec le temps. Ceci a des répercussions sur la scolarité de l'enfant notamment en géométrie. Par conséquent, l'enfant souffrant d'IANV explore peu son environnement en manipulant des objets.

On peut souligner le fait que l'enfant est davantage malhabile du côté gauche. Ceci proviendrait de l'atteinte au niveau de l'hémisphère droit.

- On note également des **troubles du tonus musculaire** d'intensité variable.

- De la naissance à l'âge de deux ans, ces enfants ne découvrent pas le monde de façon motrice. Il y a un **retard dans l'acquisition de la marche** qui sera rattrapé à partir de trois ans environ.
- L'enfant aurait besoin de se parler quand il manipule un objet. Le **soliloque** représente une aide.
- L'IANV peut provoquer une **hypersensibilité aux bruits** et une résistance face au **contact physique**. L'enfant avec une IANV a des problèmes de perception tactile, ce qui entraîne des difficultés avec la sensibilité tactile et au niveau des odeurs. Généralement, il n'apprécie pas être câliné et semble sur la défensive au niveau du contact corporel.

4. SUR LE PLAN AFFECTIF.

L'enfant souffrant d'IANV peut être apathique, facilement distrait, généralement peu motivé par les apprentissages scolaires. Il se présente comme étant isolé socialement et peut paraître dépressif. On note principalement une pathologie de type internalisé comme la dépression et un trouble anxieux. Ce sujet a souvent une faible estime de lui-même.

5. AU NIVEAU COMPORTEMENTAL.

Généralement, l'enfant atteint d'IANV est un bébé calme voire trop calme et devient en grandissant passif et solitaire. Cependant, chez certains d'entre eux, on souligne une hyperactivité et une impulsivité dans la période préscolaire. Avec l'âge, les comportements externalisés s'effacent et l'enfant développe plutôt une problématique internalisée. On remarque également une diminution de l'activité motrice qui peut aller jusqu'à l'hypotonie.

6. SUR LE PLAN DES INTERETS ET DES JEUX.

L'enfant avec une IANV accède difficilement au jeu de « faire semblant » et aux mimes non-verbaux. En effet, tout l'aspect de la production de la communication non verbale est ici

touché. Ses comportements non verbaux sont souvent inappropriés ou absents. De plus, du fait de ses difficultés au niveau visuo-spatial, il n'aime pas les jeux de construction. Il préfère davantage l'informatique. Enfin, il n'apprécie pas les activités sportives à cause de ses difficultés de coordination et d'équilibre.

7. LES INTERACTIONS SOCIALES.

Les troubles de la compétence sociale se traduisent notamment par un déficit significatif dans la perception, le jugement social et l'interaction sociale.

Je développerais cette notion de compétence sociale et les conséquences de ce déficit dans une prochaine partie.

8. ADOLESCENCE ET AGE ADULTE.

L'adolescence est une période difficile pour le sujet avec IANV. En effet, ses faibles compétences sociales l'isolent. Son comportement laisse supposer une certaine immaturité. Jonhson et Myklebust mentionnent qu'il souffre de son image corporelle. Notons que certains d'entre eux accèdent aux études supérieures notamment l'université, du fait notamment de leurs bonnes capacités verbales.

A l'âge adulte, ses difficultés relatives aux habiletés sociales, à l'organisation, la planification rendent plus difficile la recherche d'emploi et peuvent nuire à ses habiletés au travail. Les difficultés de maîtrise de l'argent et du temps persistent.

Ainsi, l'ensemble de ces difficultés engendrent notamment des problèmes d'organisation de l'emploi du temps, de gestion du budget, d'estimation des tailles, distances et quantités, au niveau de l'appréciation des prix. De plus, ses difficultés relationnelles contribuent à l'isolement. Ainsi, il n'est pas rare que des symptômes dépressifs ou anxieux se développent chez l'adulte souffrant d'IANV.

Ainsi, il y a un éventail considérable de types, de combinaisons et de gravités des déficits et des symptômes. Certains peuvent avoir des déficits graves dans certains domaines et être intacts dans d'autres. Il est important de souligner que tous les enfants souffrant d'IANV ne présentent pas l'ensemble des caractéristiques mentionnées.

C. LES DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS.

L'IANV manifeste des signes cliniques similaires à d'autres pathologies notamment le syndrome d'Asperger et le trouble d'acquisition de la coordination. Je développerai davantage le différentiel entre l'IANV et le syndrome d'Asperger, les similitudes sont principalement au niveau comportemental. Ensuite, je présenterai le trouble d'acquisition de la coordination qui présente quelques éléments diagnostiques proches de l'IANV surtout sur le plan moteur.

1. LE SYNDROME D'ASPERGER (SA).

Le syndrome d'Asperger et l'IANV sont des troubles récemment décrits dans la littérature scientifique. Bien que ces deux syndromes présentent des similarités, il est essentiel de souligner qu'il existe des différences.

a) PRESENTATION DU SYNDROME D'ASPERGER.

En 1944, Asperger a décrit des enfants avec des caractéristiques particulières :

- Mode relationnel inapproprié
- Restriction des centres d'intérêt
- Utilisation du langage inappropriée
- Maladresse motrice.

L'article publié n'est pas reconnu avant les années 80 et a donné naissance au syndrome d'Asperger.

Le syndrome d'Asperger est un trouble envahissant du développement du spectre autistique. Il affecte la vie sociale de la personne, ses perceptions sensorielles, mais aussi sa motricité.

Les comportements particuliers du SA ne se percevaient pas avant l'âge de trois ans et le diagnostic n'est souvent posé qu'à l'âge scolaire.

La personne atteinte par le syndrome d'Asperger éprouve des difficultés à appréhender les codes d'interaction sociale. Il lui faut apprendre les règles de la vie sociale, qui lui permettra de mieux percevoir le monde dans lequel il vit et est confronté. Souvent, il ne comprend pas ou ignore les signes non verbaux d'autrui. Il montre également des difficultés à comprendre notamment l'ironie, l'humour, les métaphores. De plus, l'enfant souffrant du SA montre une certaine difficulté à utiliser des comportements non verbaux (expressions faciales, gestes, postures) pour initier les interactions sociales et le contact visuel peut être problématique. L'enfant est plutôt solitaire. Il a du mal à avoir une vie sociale épanouie et est très rigide au

quotidien. Il peut difficilement modifier ses comportements sociaux en fonction de l'environnement. Il manque d'aisance et de spontanéité. Il adopte des comportements stéréotypés et répétitifs, qui s'imposent par des routines ou rituels non fonctionnels. Simon Baron-Cohen dit qu'il est atteint de « cécité mentale ».

On note une absence de retard du développement du langage. L'enfant souffrant du SA peut composer à deux ans des mots-phrases et des petites phrases à trois ans. Il a de bonnes capacités verbales avec parfois même un vocabulaire riche. Mais, il s'exprime d'une façon un peu rigide. Gillberg et Gillberg, en 1998, considèrent que les difficultés de langage se manifestent par « un retard du développement du langage social [...], un langage expressif superficiel avec une tendance sévère à devenir formel et des atteintes dans la compréhension et dans l'interprétation du langage. » On note par ailleurs des troubles de la prosodie.

Le point de vue des chercheurs diffère quant à cette question d'un déficit intellectuel et n'arrive pas à un consensus. Il semblerait que le sujet Asperger aurait une intelligence supérieure mais certains auteurs admettent une déficience intellectuelle légère.

Certains sujets atteints par le SA présentent des compétences exceptionnelles (importante mémorisation par cœur, facilité en calcul, joue très bien d'un instrument de musique....) ou/et portent un intérêt démesuré sur des thèmes précis sur lesquels ils peuvent avoir des connaissances de spécialiste. Mais, il s'agirait ici davantage d'une restriction d'intérêt. En effet, le DSM souligne deux caractéristiques : les préoccupations anormales par leur intensité ou leur rigueur pour un ou plusieurs intérêts stéréotypés et des préoccupations persistantes face à une partie d'objet. Certains objets prennent souvent une grande importance pour ces enfants, ils peuvent avoir une relation anormale très forte avec l'un d'entre eux. Les objets, à la différence des personnes, sont rassurants pour eux.

L'enfant atteint par le SA présenterait un retard dans le développement des fonctions exécutives. Il a des difficultés à résoudre des problèmes, à suivre des consignes à plusieurs étapes. Il présente également un déficit des capacités attentionnelles. L'assimilation des concepts abstraits se révèle difficile.

Sur le plan sensori-moteur, l'enfant présenterait un trouble dans les coordinations, avec une démarche et une posture qui sont particulières. On peut souligner des mouvements

stéréotypés du corps et des membres. La motricité fine semble déficitaire. Le dessin et l'écriture peuvent se révéler très difficiles. De plus, certains de ces enfants auraient une hypo-hypersensibilité sensorielle.

L'enfant Asperger pourrait accéder au jeu symbolique. Cependant, ses jeux sont répétitifs, stéréotypés et peu créatifs. Le jeu du « faire semblant » est comme figé. Il est important de souligner le fait que le jeu est rarement utilisé pour l'interaction sociale.

Soulignons que certains enfants atteints du SA présentent des troubles psychoaffectifs à l'instar de la dépression ou l'anxiété.

L'ensemble de ces signes relevant de la pathologie nuit aux relations sociales de l'enfant et de l'adulte souffrant du syndrome d'Asperger.

b) SIMILARITES AVEC L'IANV.

On reconnaît certaines similarités entre l'IANV et le SA, principalement au niveau des habiletés cognitives, des interactions sociales et de la communication.

Tout d'abord, on constate des ressemblances au niveau des habiletés cognitives. En effet, on peut constater que les capacités intellectuelles semblent généralement dans la norme. De plus, on remarque des difficultés de généralisation des acquis à d'autres situations. Enfin, il existe une atteinte des fonctions exécutives.

Concernant les interactions sociales, les sujets atteints du SA ou d'IANV ne soutiennent pas bien le regard, ils ont un pauvre jugement social et sont inattentifs aux stimuli sociaux. On dirait qu'ils ne comprennent pas les conventions sociales ou les codes de conduite. Ils connaissent des difficultés avec la théorie de l'esprit. Il semblerait que ces enfants ont du mal à se créer des relations amicales et préféreraient la compagnie des adultes à celles des jeunes de leur âge. Ils ont du mal à débiter, maintenir et terminer une conversation.

Enfin, au niveau de la communication, certaines ressemblances se remarquent. En effet, concernant le versant expressif, ces enfants n'ont aucune difficulté langagière significative, mais leur langage semble plutôt superficiel et l'intonation de la voix est monotone ou exagérée. On peut également souligner le fait que la production de la plupart des aspects non verbaux de la communication est perturbée. Les sujets souffrants d'IANV et du SA

connaissent des difficultés à saisir notamment l'humour, l'ironie, les nuances de l'expression, les sous-entendus. Ils interprètent mal les indices sociaux (par exemple : posture, expression faciale) et émotionnels (humeur, ton de la voix). Ces enfants prennent tout ce qui est dit au pied de la lettre, ils croient tout ce qu'on leur dit.

Soulignons que l'IANV et le SA engendrent des mouvements mal coordonnés.

On a pu remarquer que les enfants avec une IANV et un SA ont souvent une faible estime d'eux-mêmes et présentent souvent de signes de dépression ou d'anxiété, surtout à l'adolescence. Au niveau du contact social, ils aimeraient pouvoir être dans l'interaction avec l'autre et souffrent de ne pas avoir d'amis.

c) DIFFERENCES AVEC L'IANV.

Bien que de nombreuses ressemblances ont pu être présentées, il est important de distinguer l'IANV du SA. Il existe des divergences permettant de poser deux diagnostics distincts, ce qui est essentiel afin de proposer une prise en charge adaptée.

Tout d'abord, l'IANV se caractérise notamment par une dyscalculie. Or, elle ne représente pas un critère diagnostique dans le SA.

Les différences entre l'IANV et le SA se situeraient principalement sur le plan sensori-moteur, comportemental et sur celui des jeux et intérêts. On retrouve certaines dissimilitudes également au niveau des habiletés cognitives, des interactions sociales et de la communication.

On retrouve des différences au niveau sensori-moteur. L'IANV présente des difficultés d'écriture dans un premier temps mais rattrape cela très rapidement jusqu'à atteindre un niveau correspondant à sa classe d'âge. Ceci n'est pas retrouvé dans le SA. De plus, l'IANV n'a pas de mouvements stéréotypés. Enfin, on peut noter une hypersensibilité aux bruits chez l'IANV qui diffère de l'hypo-hypersensibilité sensorielle du SA.

L'IANV n'a pas un intérêt démesuré et exclusif pour un sujet ou un objet. L'enfant souffrant du SA a d'importants savoirs sur un domaine particulier basés sur la mémorisation par cœur. Il peut exposer ses connaissances sans échange avec l'autre. On ne retrouve pas cela chez l'enfant avec une IANV. Ce dernier apprécie en général l'informatique mais très peu les activités relatives à la visuo-construction. Il préfère les situations qui se répètent et qui sont

prévisibles, ceci fait de ses difficultés d'adaptation face à un environnement nouveau. Ainsi la problématique est différente de celle d'un SA.

De plus, au niveau comportemental, même si l'IANV peut engendrer des comportements répétitifs, l'enfant ne présente pas de routines ou rituels non fonctionnels.

Il y a donc un chevauchement incomplet des symptômes de l'IANV avec ceux du syndrome d'Asperger. L'IANV est encore souvent méconnue de nombreux professionnels de santé. Par conséquent, le diagnostic est rarement posé et peut être confondu avec un SA. Cela dépend de l'orientation du professionnel consulté.

Poser le bon diagnostic est primordial pour pouvoir proposer une prise en charge adéquate à l'enfant. On peut souligner tout de même que pour ces deux troubles, une partie de la rééducation sera orientée sur les interactions sociales, avec pour objectif de les aider dans l'adaptation à leur environnement.

2. LE TROUBLE DE L'ACQUISITION DE LA COORDINATION (TAC).

Il est également essentiel de distinguer l'incapacité d'apprentissage non verbal d'un trouble de l'acquisition de la coordination. Je présenterai brièvement le TAC en mentionnant les critères diagnostiques du DSM IV.

a) LES CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DE L'ACQUISITION DE LA COORDINATION (DSM-IV, 1994)

1. Les performances dans les activités quotidiennes nécessitant une bonne coordination motrice sont nettement au-dessous du niveau escompté compte tenu de l'âge chronologique du sujet et de son niveau intellectuel (mesuré par des tests). Cela peut se traduire par des retards importants dans les étapes du développement psychomoteur (par ex. : ramper, s'asseoir, marcher), par le fait de laisser tomber des objets, par de la « maladresse », de mauvaises performances sportives ou une mauvaise écriture.

2. La perturbation interfère de façon significative avec la réussite scolaire ou les activités de la vie courante.

3. La perturbation n'est pas due à une affection médicale générale et ne répond pas aux critères d'un trouble envahissant du développement.

4. Si retard mental, les difficultés motrices dépassent celles habituellement associées à celui-ci.

b) LES DIFFERENCES AVEC L'IANV.

On peut noter des capacités inférieures à la moyenne en motricité manuelle et en praxie visuo-constructive dans ces deux troubles. Cependant, les coordinations motrices sont systématiquement touchées dans le TAC mais ce n'est pas obligatoire pour définir l'IANV. De plus, il semblerait que l'enfant avec une IANV serait plus rapide pour apprendre de nouveaux mouvements. « La qualité du saut ou de l'équilibre peut par exemple progresser très vite. C'est l'utilisation à bon escient de ces nouveaux schèmes moteurs qui restera problématiques avec de nombreuses persévérations possibles à l'issue d'un apprentissage. »²

De plus, l'enfant souffrant d'un TAC a généralement une qualité d'écriture faible pour sa classe d'âge. Chez l'IANV, l'écriture est déficitaire dans un premier temps puis s'améliore grandement.

Ajoutons que l'enfant avec un TAC n'a pas de trouble au niveau des communications non verbales alors que l'IANV provoque des anomalies de décodage et d'expression.

Enfin, la dyscalculie est un élément diagnostique de l'IANV, mais il n'est pas systématique dans le TAC ce trouble soit présent.

Ceci n'exclut pas le fait qu'un enfant peut avoir un TAC et un IANV.

² BLANCHET C. *L'incapacité d'apprentissage non verbal : Comment le diagnostiquer ? Comment le rééduquer ?* Mémoire en vue de l'obtention du D.E. de psychomotricien, Université Paul Sabatier.

II. LES COMMUNICATIONS NON VERBALES.

La communication est l'ensemble des comportements individuels et collectifs qui permettent la production, la transmission et la réception d'informations. En plus du versant verbal, il est reconnu que la communication implique des modalités non verbales qui accompagnent, appuient et modifient le discours verbal.

A. PRESENTATION DES COMMUNICATIONS NON VERBALES

Les communications non verbales (CNV) sont l'ensemble des moyens de communication existant entre des individus vivants n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores. Les messages émis, n'ayant d'autre fin que la communication, sont susceptibles de modifier le comportement de « l'interlocuteur ».

Les CNV sont sensibles au caractère, à l'âge, le sexe et le statut social de la personne avec qui l'on communique. D'après Sebeok, c'est « l'un des concepts les plus mal définis de tous ceux de la sémiotique ». Corraze précise que les communications non verbales renvoient « à des gestes, à des postures, à des orientations du corps, à des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des organisations d'objets, à des rapports de distance entre les individus, grâce auxquels une information est émise ».

Mehrabian a comparé le comportement verbal et non verbal. L'expérience de ce chercheur américain consistait à estimer l'importance relative des mots, de la voix et des expressions du visage dans l'appréciation ou le rejet de quelqu'un. Ainsi, selon lui, 7% de la communication est verbale, le ton de la voix correspond à 38% et 55% de la communication est basé sur les expressions du visage et le langage du corps ; soit 93% des communications sont non verbales.

Les CNV tiennent une grande place dans les interactions interpersonnelles. Elles sont tout autour de nous, « elles nous affectent et nous touchent ». Elles expriment les émotions, les sentiments, les valeurs. Cette communication renforce et appuie le message verbal lorsqu'elle est adaptée, mais peut décrédibiliser ce même message si elle est inadaptée.

La communication non verbale est au départ naturelle mais elle peut s'apprendre, tout comme la communication verbale. Elle est tout de même difficile à maîtriser.

Le regard est une modalité de communication non verbale essentielle. La signification du regard peut varier notamment selon le statut social, le sexe et la culture. D'un consensus général, le fait de fixer son regard sur autrui est compris comme étant le désir d'attirer l'attention sur nous. Il peut signaler l'engagement dans la communication. Selon Argyle, « la signification la plus fondamentale du regard est que l'autre est attentif et que son canal visuel est ouvert. » On se met plus en état de vigilance quand quelqu'un nous regarde, notre attention est attirée. Sur le plan physiologique, le fait de regarder quelqu'un dans les yeux permet d'augmenter l'état de veille, de vigilance.

La quantité de regard augmente vers quatre ans, diminue à l'adolescence puis connaît une seconde augmentation avec l'âge. Le regard est utilisé dans un but communicatif dès l'âge préscolaire, c'est un moyen d'attraction et il permet de créer des liens avec autrui. Selon Trevarthen, au fur et à mesure, cette fonction de communication sociale va se préciser car les contacts visuels et les évitements seront dépendants du comportement de l'autre et de ce qu'il induit chez l'enfant. Ainsi, le regard permet de communiquer non verbalement avec autrui.

B. LES CATEGORIES DES COMMUNICATIONS NON VERBALES.

On distingue différentes catégories de communications non verbales. L'ensemble d'entre elles peut être touché dans l'IANV.

1. LES RAPPORTS DE L'ESPACE SOCIAL.

Les rapports de l'espace social sont relatifs à la proxémie (la distance physique qui s'établit entre des personnes prises dans des interactions). C'est culturellement dépendant. L'espace comprend le territoire qui est un espace qu'on estime nous appartenir (par ex. : notre maison) et l'espace personnel qui représente l'espace entre notre corps et quelqu'un d'autre. Quand les codes d'espace personnel ne sont pas respectés, il y a un malaise qui s'installe. Il existe de fortes variations culturelles selon le sexe, le statut social et le rôle social. La distance avec les individus a des effets sur le sujet et peut modifier notre rapport aux autres. Cela

influence la réception de l'information. Notons que l'on augmente les distances selon une différence de statut social. L'aménagement d'une pièce affecte aussi notre communication.

De plus, la position du corps dans l'espace ainsi que la posture permettent de communiquer une intention de rapprochement, d'accueil ou au contraire du rejet. Elle concerne la tête, le buste, le bassin, les jambes et les bras. Le corps peut avoir des milliers de postures. Ex. : la posture défensive, de séduction. Ce mode de communication est plus ou moins développé selon les cultures et le sexe.

2. LES EXPRESSIONS NATURELLES DES EMOTIONS.

L'expression émotionnelle et les communications non verbales sont indissociables. En effet, à travers les signaux non verbaux, les individus émettent des informations concernant leur état émotionnel.

Paul Ekman relève six émotions naturelles qui sont la joie, la tristesse, la colère, la peur, la surprise et le dégoût. Il apparaît que l'expression des émotions est transculturelle. En effet, peu importe la culture, les facteurs environnementaux, toutes les émotions se retrouvent. Elles se révèlent être naturelles. Chaque émotion s'exprime sensiblement de la même façon au niveau des mouvements notamment de la bouche, des yeux et des sourcils.

Les expressions émotionnelles se lisent principalement sur le visage. En tant qu'être humain, on a une capacité, une prédisposition d'être émetteur et récepteur par le visage. Ce canal est largement exploité dès les premiers mois de la vie. C'est à travers celui-ci que débute la communication sociale. Les expressions du visage renseignent en priorité sur l'état émotionnel. Elles peuvent être intentionnelles comme un sourire mais elles sont souvent incontrôlées et involontaires. Les expressions faciales traduisent autant des expressions positives que négatives.

Je développerai plus longuement les émotions et leur place dans les communications non verbales dans la troisième partie.

3. LES EMBLEMES.

Les emblèmes sont des gestes significatifs qui sont totalement autonomes par rapport au langage. Ils sont culturellement indépendants. Par ex. : tirer la langue chez les Maoris veut dire « bonjour » alors que, dans les sociétés occidentales, c'est une insulte. Selon Ekman et Friesen, les emblèmes « peuvent porter sur des actions de n'importe quelle partie du corps quoique typiquement ils impliquent les mains, l'orientation de la tête, les mouvements de muscles de la face ou la posture ». Les emblèmes dépendent de la culture.

4. LES ARTEFACTS.

Les artefacts sont des objets ou des artifices en rapport avec le corps, par exemple les vêtements, les piercings, les tatouages, le choix de la voiture, des meubles. Ces signaux manipulent l'apparence et ont un rôle au niveau social. Ils parlent du sujet, de ses valeurs, de ses priorités, de son histoire ou encore de sa culture. Ils représentent l'un des éléments majeurs des impressions que l'on a d'une personne. Cela « communique » sur l'individu. Les artefacts sont très variables au niveau de la culture et du sexe.

5. LES COMMUNICATIONS LIEES AU LANGAGE NATUREL.

La communication non verbale peut aussi prendre comme support le langage. On peut distinguer tout d'abord le paralangage. En effet, il apparaît que 39% des CNV sont liées au langage naturel c'est-à-dire que dans près de deux tiers des cas, le sens est procuré non pas par les mots mais par la façon entre autre de dire les mots, par le rythme, le débit, le ton de la voix. C'est culturellement dépendant. Puis, les illustateurs sont des comportements associés à la parole et accompagnés par des gestes. Ils mettent en scène le langage. Enfin, les régulateurs sont associés à l'échange verbal, par exemple la demande de continuer avec un geste des mains, un mouvement de la tête en signe d'encouragement.

C. LES FONCTIONS DES COMMUNICATIONS NON VERBALES.

Il est difficile de lister les fonctions des communications non verbales. Elles sont multiples et diffèrent selon les auteurs. J'ai choisi de vous proposer deux classifications de fonctions.

Paterson, en 1983, nous propose cinq classes de fonction de la communication non verbale :

- la transmission de l'information
- la régulation de l'interaction,
- l'intimité
- le contrôle social
- le service professionnel.

Mais ces fonctions ne sont pas des entités nettes en toutes circonstances, selon Corraze.

Les travaux d'Ekman et Friesen (1969) et Von Cranach (1973) permettent de révéler trois fonctions à la communication non-verbale :

1. **Une fonction d'information sur l'émetteur.** Il s'agirait de la principale fonction du comportement non-verbal. Il permet d'appréhender l'état émotionnel de l'émetteur mais aussi son attitude par rapport au récepteur et à la situation. Le non-verbal donne à la fois des informations sur le vécu effectif de l'émetteur en situation ainsi que des informations sur l'image de lui-même que veut donner l'émetteur. En effet, la posture, la mimique permettent d'avoir une idée sur ce qu'il semble être, sur ce qu'il veut paraître et sur le type de relation qu'il veut engager avec son interlocuteur.

2. **Une fonction d'étaiement du langage.** Les comportements non-verbaux qui accompagnent le langage jouent deux rôles fondamentaux. Tout d'abord, ils ponctuent, renforcent confirment l'émission orale. Ensuite, ils permettent à un certain nombre d'informations utiles ou nécessaires à la communication de passer directement, par exemple, la direction du regard ou les mouvements des yeux indiquent sans équivoque à qui le message s'adresse. Les communications non-verbales servent de régulateurs à l'interaction entre émetteur et récepteur. Elles sont souvent les éléments essentiels du feed-back nécessaire à l'efficacité de la communication.

3. **Une fonction quasi-linguistique.** Certains comportements non-verbaux ont une correspondance directe avec le langage parlé. Par exemple, on peut aussi bien dire « oui » que le manifester par un comportement non- verbal.

On peut s'accorder pour admettre que les CNV permettent de renforcer ou illustrer le message verbal, quand elles ne le contredisent pas.

III. LES TROUBLES DES COMMUNICATIONS NON VERBALES DANS L'IANV.

Les communications non verbales (CNV) permettent de réguler les interactions sociales. En effet, en situation d'échange avec autrui, nous ajustons nos attitudes et comportements en fonction de l'expression de ses CNV. On est capable de comprendre l'état interne dans lequel l'autre se trouve et sa disponibilité à notre égard. Selon Rebelle et Lapasset, l'émission d'informations non verbales, le décodage des signaux non verbaux et la capacité à contrôler le flot de messages non verbaux sont les trois dimensions essentielles à la compétence non verbale. Ainsi, communications non verbales et compétence sociale sont intimement liées.

Il sera présenter dans cette partie les concepts de compétences et habiletés sociales puis les difficultés retrouvées dans l'IANV. Je développerai ensuite le concept d'émotion. Enfin, il sera abordé la légitimité du travail du psychomotricien sur les CNV auprès d'un enfant avec une IANV.

A. LES TROUBLES DE LA COMPETENCE SOCIALE.

1. PRESENTATION DE LA COMPETENCE SOCIALE.

a) GENERALITES.

La compétence sociale renvoie aux rapports d'un individu avec le milieu social et à la façon dont il y est adapté. L'acquisition de cette capacité nécessite tout d'abord une absence d'anxiété sociale. Elle peut se traduire par de la gêne ponctuelle jusqu'au trouble anxieux et ses handicaps. Le regard de l'autre peut être un problème. Celui que l'on porte sur soi l'est tout autant. Il s'agit souvent d'appivoiser les deux.

La compétence sociale nécessite que le sujet soit capable d'entrer dans un groupe, d'accepter et utiliser les compétences du groupe. C'est la capacité d'affiliation.

La souplesse des modes de communication est primordiale. En effet, nos discours et attitudes s'adaptent à la personne avec qui l'on communique, par exemple : on ne parle pas de la même façon à notre ami ou à notre directeur. Il est également essentiel d'assumer divers

rôles sociaux. On adapte notre comportement par rapport au lieu dans lequel on se trouve (par exemple : dans un restaurant ou chez soi seul), et selon le contexte (on peut être alors différent avec les mêmes personnes).

La compétence sociale sous-tend qu'il faut prendre en considération les modalités de présentation de soi. Il s'agit de se présenter sous un jour favorable.

La compétence sociale implique également la sensibilité à traiter et émettre les communications non verbales.

Il est important de maîtriser la capacité de comprendre autrui. Il s'agit d'avoir une idée des états mentaux des individus que l'on côtoie pour mieux les interpréter et faire preuve d'empathie. Ceci implique la théorie de l'esprit. Celle-ci est définie comme la capacité d'un individu à attribuer des états mentaux (comme la pensée, les croyances, les sentiments et les désirs...) aux autres et à soi-même. Elle signifie que l'on interprète un acte selon la théorie que les pairs ont un esprit. Elle constitue une étape fondamentale et nécessaire pour un développement normal des capacités sociales. Ainsi, un mode de communication adapté s'établit uniquement si chaque individu est capable de concevoir que l'autre a des états mentaux, qui sont éventuellement différents des siens. La théorie de l'esprit est nécessaire pour comprendre, expliquer, prédire et même manipuler le comportement des autres. En effet, l'appréhension de ce que les autres pensent, ressentent ou croient nous permet de faire des hypothèses sur leurs actions à venir.

L'ensemble de ces capacités permet à l'individu d'entrer en relation avec son environnement en adoptant un mode de communication adapté.

La compétence sociale d'un individu comprend les habiletés sociales qui sont des savoir-faire comportementaux verbaux et non-verbaux permettant l'établissement de relations sociales harmonieuses. L'acquisition de ces habiletés ainsi que la capacité à les manifester de façon appropriée représentent un défi pour tous les individus. La maîtrise de ces habiletés est importante puisqu'elle permettra à l'enfant d'être intégré au groupe de pairs, d'établir des relations avec autrui et d'être en mesure de créer des relations d'amitié basées sur la réciprocité.

b) COMPETENCE SOCIALE ET DECODAGE DES EXPRESSIONS FACIALES.

Selon diverses études, un lien a été établi entre un niveau de compétence sociale élevé et de bonnes capacités au niveau des communications non verbales. Un enfant avec un haut niveau de compétence sociale connaît une popularité certaine auprès de ses camarades.

Custrini et Feldman en 1989 ont montré que les enfants avec un haut niveau de compétence sociale décodent beaucoup mieux les expressions faciales émotionnelles que les enfants qui ne maîtrisent pas bien les échanges avec autrui. Ainsi, le décodage des émotions et des expressions du visage, et par conséquent la maîtrise d'une grande part des CNV, est un élément primordial au niveau des interactions sociales et influence le niveau de compétence sociale de l'enfant.

c) MAITRISE DES HABILITES SOCIALES ET POPULARITE.

Une bonne maîtrise des habiletés sociales serait associée à des relations entre pairs harmonieuses. En effet, les enfants populaires possèdent plus d'habiletés sociales. Plus spécifiquement, ces enfants sont capables de coopérer, d'initier des contacts avec les autres, de discuter, d'être empathiques et d'offrir leur aide. De plus, le manque d'habiletés sociales chez un enfant serait associé à la manifestation de comportements agressifs. Le rejet social et l'agressivité peuvent entraîner plusieurs conséquences négatives dans le développement d'un individu et lorsqu'ils sont associés, les risques de développer des problèmes augmentent.

2. LES TROUBLES DE LA REGULATION DES INTERACTIONS SOCIALES DANS L'IANV.

Les troubles des communications non verbales dans l'IANV portent sur trois points :

- Un déficit dans la perception des données non-verbales. On note un décodage incorrect des CNV.
- Un déficit dans le traitement cognitif des informations sociales non verbales c'est-à-dire l'interprétation du comportement d'autrui, la compréhension d'une situation.
- Un déficit au niveau expressif. On peut remarquer des anomalies du contact visuel, des mimiques émotionnelles pauvres, une mauvaise régulation de l'espace social et une aprosodie.

La compétence sociale renvoie au rapport d'un individu avec le milieu social et à la façon dont il est adapté. Celle-ci est régulièrement déficitaire chez l'enfant souffrant d'IANV. En effet, il décode mal les messages non-verbaux, comme les expressions émotionnelles et saisit

mal les intentions ou les dispositions d'autrui. Il lui est difficile de décoder les expressions faciales.

Il présente également des difficultés à percevoir les conséquences de ses comportements sur autrui et ce qui est attendu de lui en situation sociale. Ceci se révèle nuisible pour établir des relations. L'enfant peut avoir des comportements inadaptés au contexte et commettre des maladresses.

Ajoutons que l'enfant souffrant d'IANV a des difficultés à comprendre les situations nouvelles ou complexes, en particulier celles qui sous-tendent un raisonnement de cause à effet et la généralisation de résolution de problèmes.

De plus, on note des troubles au niveau expressif. Ses gestes et mimiques émotionnelles sont pauvres. Le sujet souffrant d'IANV présente une anomalie du contact visuel de telle sorte que le regard paraît souvent absent et est souvent évité avec autrui. Son discours se révèle souvent être monotone. Notons que l'espace social peut être mal maîtrisé, les distances convenant aux types de rapports entre individus à statut social défini ne sont pas respectées. Il peut se montrer trop amical, être trop enthousiaste et s'approcher des étrangers indistinctement.

Le déficit relatif au contact visuel et à la reconnaissance des émotions chez autrui notamment engendre des difficultés au niveau des interactions avec ses pairs. Il est compliqué alors pour lui de se faire des amis. L'enfant atteint d'IANV, comparé à ses pairs sans difficultés d'apprentissage, a plus de déficits de traitement de l'information sociale. Il est moins populaire, plus rejeté et a moins d'amis proches. Cet enfant peut également présenter des comportements perturbateurs et agressifs. Il rencontre de grandes difficultés lorsqu'il s'agit de résoudre certains conflits interpersonnels. L'enfant avec une IANV serait plus à l'aise en compagnie de l'adulte, qui paraît plus prévisible et qui évite à l'enfant des situations sociales qu'il ne saurait pas gérer.

On peut souligner que l'élève qui présente ce trouble est beaucoup plus marginalisé par ses difficultés socio-affectives que par ses difficultés scolaires (Sattler, 2002).

L'enfant, en grandissant, aurait tendance à se mettre en retrait par rapport à ses pairs et même à s'isoler. Il présente un grand risque de développer des perturbations socio-émotionnelles, notamment des psychopathologies internalisées. A l'adolescence, il a

également plus de problèmes d'ajustement de comportements que les jeunes sans trouble d'apprentissage.

3. LES TROUBLES DE LA COMPETENCE SOCIALE DANS L'IANV OU UN DEFICIT PERCEPTIF PENDANT L'ENFANCE.

Il est important de reconnaître que les difficultés sociales rencontrées très tôt dans le développement de l'enfant peuvent nuire à la façon dont l'enfant se présente aux autres. Lorsque que l'enfant est encore nourrisson, l'intérêt porté aux visages et à l'intonation de la voix est un élément important du développement social. En effet, normalement, à deux mois, l'enfant préfère regarder les visages aux objets. Cette préférence joue un rôle sur la capacité à comprendre l'émotion, l'échange social et la motivation.

L'enfant souffrant d'IANV a un manque évident d'intérêt pour les visages. Il montre peu de contact visuel avec son entourage et préfère jouer avec des objets plutôt qu'avec des personnes. De plus, l'enfant a des difficultés à gérer les situations nouvelles. Il les évite et par conséquent y est peut confronter. Il a donc peu de comportements exploratoires

Les problèmes tactiles, la mauvaise compréhension des informations et des situations nouvelles, les difficultés de perception et compréhension spatiales peuvent se traduire par des difficultés d'attention à l'école. Le fait de ne pas pouvoir se centrer sur les aspects importants de l'environnement peut décupler sa difficulté à comprendre le sens des comportements et attitudes d'autrui. Il a le sentiment que le monde est imprévisible. Il est probable que cette situation entraîne moins de comportements exploratoires et de mouvements hors de la zone de confort de l'enfant. Cette restriction d'activité diminue la capacité de l'enfant à interagir avec les autres, notamment avec ses pairs. La difficulté pour comprendre les expressions du visage et l'intonation de la voix peut rendre problématique les interactions, particulièrement avec les enfants de son âge.

A partir du primaire, l'importance des interactions sociales augmente et l'enfant atteint d'IANV est souvent laissé seul et isolé. Il réalise qu'il n'a pas d'amis et voudrait en avoir. Cette situation peut le faire souffrir. Mais, le développement d'une amitié est limité par ses difficultés de compréhension des nuances sociales et avec sa difficulté à initier et continuer une conversation. On considère cet enfant comme socialement incompetent.

En 1988, Rourke avance que les déficits perceptifs repérés pendant l'enfance peuvent avoir générés les difficultés d'acquisition des compétences sociales indispensables pour s'adapter correctement. L'enfant connaît des difficultés à identifier les expressions faciales et le ton de la voix et cela interfère sur son habileté à jouer mais aussi vis-à-vis des autres enfants. Il ne sait pas comment plaisanter avec ses amis. Cela est la conséquence du fait, qu'étant plus jeune, l'enfant n'a pas développé cette expérience sociale et relationnelle. Il est alors incapable de l'adapter au développement des relations d'amitié, il ne sait pas notamment comment se présenter, initier une conversation, il ne comprend pas d'ironie, l'humour, tout ceci étant nécessaire dans les relations interindividuelles.

Ainsi, les communications non verbales tiennent une place prédominante dans le déroulement de la vie quotidienne puisque leur manifestation inadaptée peut entraîner de graves répercussions sur la vie relationnelle et affective du sujet.

B. L'IMPORTANCE DES EMOTIONS DANS LES COMMUNICATIONS NON VERBALES

On observe une grande place de l'expression des émotions dans les communications non verbales. Mais c'est un phénomène de grande complexité.

1. PRESENTATION DE L'EMOTION.

Définir l'émotion se révèle être complexe du fait du manque de consensus lié aux multiples théories. L'émotion est un état affectif qui se manifeste de façon physiologique, psychologique et comportementale. Certains auteurs défendent que la réponse émotionnelle est d'abord une manifestation interne qui provoque une réaction extérieure, d'autres pensent l'inverse. L'émotion inclut fondamentalement un « comportement physiologique, des comportements expressifs et une conscience » (Myers, David G., 2004). L'événement qui déclenche une émotion est mémorisé et la cognition peut lui attribuer une connotation positive ou négative, interprétée la situation par exemple comme dangereuse ou plaisante. Les émotions ont un impact sur le comportement parce qu'elles vont augmenter la capacité à le maintenir ou à l'arrêter. Notons que les émotions ont un caractère adaptatif car elles ont été conservées par l'évolution.

C'est Darwin qui le premier a insisté sur l'importance des expressions faciales chez l'animal et décrit leur ressemblances physiques entre les espèces, y compris l'espèce humaine. Les expressions émotionnelles sont observables dès les premiers âges de la vie. Elles évoluent au cours du temps. Elles sont dans de nombreuses espèces l'objet d'une socialisation. Chez l'Homme, elles sont modelées différemment, suivant les cultures. En effet, notre culture a un effet d'apprentissage sur nos droits de s'exprimer selon le contexte dans lequel on se trouve, comme des règles de société.

Paul Ekman admet six émotions de base : la joie, la tristesse, la colère, la peur, le dégoût et la surprise. La configuration du visage varie selon le type d'émotions.

On considère qu'il existe des caractéristiques communes à l'ensemble des émotions, ce sont leur caractère automatique et involontaire, leur déclenchement rapide, leur durée limitée ainsi que leur spontanéité. Selon Ekman, l'expression des émotions au niveau du visage est relativement insensible au contexte c'est-à-dire que l'on peut la comprendre dans n'importe quelle situation.

Les travaux fondés sur la méthode de reconnaissance de l'émotion ont permis d'établir le fait que toutes les cultures reconnaissent et partagent les mêmes émotions, au moins pour les principales émotions primaires.

L'observation des aveugles-nés a contribué à fournir des données favorables à l'origine biologique des émotions de base. Mais les arguments les plus décisifs dans ce sens proviennent de données au niveau néo-natales. Ainsi, on a pu induire les rudiments de l'expression faciale dès les premières heures après la naissance en faisant varier des stimuli gustatifs administrés à l'enfant.

Concernant les émotions complexes, la plupart des travaux a suggéré qu'à environ deux-trois ans, l'enfant est capable d'afficher la honte, la fierté, et les expressions de culpabilité dans les circonstances appropriées.

2. EMOTIONS ET COMMUNICATIONS NON VERBALES.

On considère généralement les expressions faciales comme les supports expressifs privilégiés des diverses émotions qui mentionneraient la qualité de l'émotion, tandis que les autres catégories des CNV comme les gestes ou postures indiqueraient davantage l'intensité émotionnelle.

Selon Corraze, le visage est la zone des communications non verbales que nous contrôlons le mieux.

La communication des affects peut être contrôlée, dissimulée ou simulée, surtout sous les effets des règles de notre culture, de notre société. D'après Ekman, le visage est « le meilleur menteur non verbal ». On peut apprendre facilement à remplacer une émotion par une autre. On remplace par exemple la tristesse par un sourire lorsque l'on emmène son enfant à l'école la première fois. Mais il est difficile de minimiser voire supprimer une émotion. Il existe une grande variabilité interindividuelle.

Au cours du développement, l'expression émotionnelle apparaît comme une conduite sociale privilégiée autour de deux ans. La sensibilité aux expressions émotionnelles s'observe de façon très précoce. En effet, dès l'âge d'un mois, le bébé différencie un visage souriant d'un visage triste. Ces discriminations se révèlent être utiles dans la communication avec autrui.

3. EMOTIONS ET PROCESSUS COGNITIFS.

Les émotions jouent un rôle central dans tous processus d'apprentissage en agissant sur la capacité de mémorisation, sur sa rétention de l'information et sur son attention (Alvarado, 2002). Les émotions agissent à différents stades lorsque le sujet est en situation d'apprentissage, d'acquisition de connaissance. Des études ont démontré que les émotions et la cognition sont intimement liés (Adam et al., 2005 ; Chaffar et al., 2006 ; Ahn et al., 2005).

De plus, on peut supposer qu'une meilleure gestion des émotions améliore la construction de la pensée logique. On peut mentionner l'étude de P. Dufournier qui soutient l'hypothèse suivante : « par l'amélioration de la communication non verbale, l'ensemble des sous-systèmes symboliques des émotions devrait se structurer, ce qui améliorerait la cohérence entre une action et les réactions observées dans l'environnement, d'où un dynamisme comportemental stimulé, la possibilité d'établir des liens multiples entre les objets et les actions et de développer la pensée logique. »

4. RELATIONS ENTRE LES ASPECTS PSYCHIQUES ET CORPORELS DE L'EMOTION.

L'expression faciale s'est avérée occuper un rôle opérant dans le processus émotionnel lui-même. L'effet de feed-back facial manifeste que la configuration faciale adoptée ou imposée ait un impact significatif sur l'état subjectif rapporté par le sujet. Ainsi, des contractions des muscles du visage du type de celles qui interviennent dans la peur, la colère ou la tristesse engendreront une augmentation significative de l'impression subjective de peur, de colère ou de tristesse, selon le cas. Les aspects psychiques et physiologiques de l'émotion sont liés et interdépendants.

Ainsi, maîtriser l'expression d'une émotion est très important quant au ressenti de cette émotion. Dans le cas de l'IANV, on peut supposer qu'un enfant n'exprimant aucune émotion pourrait connaître des difficultés quant au niveau de ressenti subjectif.

C'est pourquoi, il est essentiel de travailler sur l'expression d'une émotion pour pouvoir espérer une amélioration de l'état subjectif. Il est possible d'imaginer que par conséquent un meilleur ressenti des émotions permet une meilleure expression.

5. L'EXPRESSION DES EMOTIONS PERMET UNE ADAPTATION DU COMPORTEMENT DANS LES SITUATIONS D'INTERACTION SOCIALE.

L'expression émotionnelle est l'ensemble des traits comportementaux par lequel se révèle l'émotion. On lui reconnaît deux fonctions :

- celle d'aider à la régulation des tensions émotive elles-mêmes, donc à la restauration d'un état d'équilibre ;
- celle de composer une sorte de langage décodable par les congénères, voir universel.

Les émotions agissent sur nos comportements quotidiens, sur nos choix et nos perceptions. Elles rendent la communication plus efficace. Le fait d'exprimer des émotions de façon adaptée et lisible permet à l'interlocuteur de bien comprendre ce qui se joue dans l'interaction.

6. LES TROUBLES D'EXPRESSION DES EMOTIONS.

L'IANV se définit en partie par des troubles d'expression des émotions. D'autres pathologies entraînent également ce déficit. En effet, des études révèlent que les enfants

maltraités, dépressifs, trisomiques, porteurs du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité et de trouble du comportement ou encore des sujets schizophrènes semblent présenter des troubles d'expression émotionnelle. On trouve trois modèles relatifs à ce déficit. Il peut s'agir d'une inhibition de l'expression ; d'un mauvais contrôle de l'expression ou d'une expression non normative.

Pour conclure, je citerai Ekman : « L'expression faciale est le pivot de la communication entre Hommes. »

C. LA PLACE DU PSYCHOMOTRICIEN DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION NON VERBALE.

La prise en charge des communications non verbales par le psychomotricien auprès des enfants souffrant d'IANV, trouble psychomoteur, semble tout à fait légitime.

Selon Albaret, le trouble psychomoteur « se manifeste à la fois dans la façon dont le sujet est engagé dans l'action et dans la relation avec autrui. Les troubles psychomoteurs sont des troubles neuro-développementaux qui affectent l'adaptation du sujet dans sa dimension perceptivo-motrice. »

Il est possible de démontrer que l'IANV est un trouble psychomoteur en mettant en relation les caractéristiques des troubles psychomoteurs (Albaret) avec celles l'IANV.

- Ce sont des troubles perceptivo-moteurs qui affectent les différentes fonctions d'exploration (aspects perceptifs), d'action (sur le milieu physique), de communication (notamment dans ses aspects non verbaux) et les manifestations émotionnelles.

L'IANV peut également se manifester par des troubles d'ordre perceptif (principalement tactiles et visuels). L'adaptation aux situations nouvelles et complexes est problématique. On note un déficit des compétences sociales, en particulier dans la capacité à décoder et à utiliser les communications non verbales.

- Les troubles psychomoteurs se manifestent par des signes neurologiques doux qui signent l'existence d'un dysfonctionnement cérébral à minima.

Notons que l'IANV est reconnue comme l'expression de déficit de l'hémisphère cérébral droit, en particulier de la substance blanche.

- Les troubles psychomoteurs sont associés à un complexe psychopathologique, comportant des facteurs émotionnels pouvant aller jusqu'à un véritable trouble psychiatrique qui soulève la question des comorbidités.

Les enfants souffrant d'IANV peuvent être des enfants apathiques, facilement distraits, généralement peu motivés par les apprentissages scolaires. Ils ont souvent une faible estime d'eux-mêmes. Ces sujets ont principalement une pathologie de type internalisé comme la dépression et un trouble anxieux.

- Ils demandent une analyse des différentes dimensions (biologique ou organique, écologique, intentionnelle ou téléologique) pour permettre la prise en compte de la pluralité étiologique (Albaret, 2001 ; Corraze, 1981, 1999, 2010).

Si l'on considère généralement un dysfonctionnement de la substance blanche comme une cause l'IANV, il faut reconnaître l'interaction de divers facteurs dans l'expression des troubles.

Ainsi, on peut affirmer que l'IANV est un trouble psychomoteur. En tant que tel, il convient au psychomotricien de prendre en charge ce trouble en proposant une rééducation en partie basée sur la communication non verbale.

L'IANV se caractérise par une grande difficulté à comprendre et utiliser les mécanismes non verbaux autant sous leur forme perceptive que sous leur forme sociale et relationnelle. Les dysfonctionnements portent sur la scolarité ainsi que sur la vie affective, relationnelle et sociale de l'enfant puis de l'adolescent et l'adulte. En prenant en considération ces difficultés touchant toute la sphère des rapports aux autres, il est nécessaire d'inclure dans la prise en charge psychomotrice un travail autour de ces communications non verbales, tant dans la reconnaissance que dans l'expression et la compréhension notamment des émotions. Pour éviter que l'enfant soit exclu de la société, il doit manifester des expressions émotionnelles adaptées entre autre à ses interlocuteurs, au discours et au contexte. L'intérêt est de développer les habiletés nécessaires à la vie en société.

Cette adaptation est au cœur du rôle du psychomotricien. En effet, la rééducation psychomotrice « est un des moyens qui permettent de restaurer l'adaptation de l'individu au milieu par le biais d'apprentissages psycho-perceptivo-moteurs. Elle s'adresse, pour l'essentiel, aux troubles psychomoteurs. Elle étudie à la fois les mécanismes perceptifs, c'est-à-dire comment et avec quelle efficacité le sujet extrait du milieu les informations pertinentes pour

la réalisation de son projet moteur et, par ailleurs, le comportement moteur lui-même et ses caractéristiques. »³

Comme mentionné plus haut, la capacité à déterminer l'état affectif d'autrui est intimement liée à un certain niveau de compétence sociale. On peut penser que dans certaines pathologies avec des troubles de la communication, il y a une perturbation de la reconnaissance des émotions.

La prise en charge psychomotrice peut se baser sur les émotions. Si le sujet contrôle la compréhension et l'émission des communications non verbales, il sera davantage en mesure de maîtriser les habiletés sociales. Cela favorise l'adaptation de l'individu à la société.

Notons, qu'à ce jour, il n'existe aucune technique spécifique de rééducation des communications non verbales. Les moyens utilisés rentrent essentiellement dans le cadre des thérapies comportementales appliquées au développement des habiletés sociales.

³ <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/psychomotricien.php>

II. Partie Pratique

Diagnostic et
proposition de rééducation

I. PRESENTATION DE DAVID.

A. RENCONTRE AVEC DAVID

Je rencontre David, 9 ans, dans le cadre du mon stage au CMPP. De premier abord, David est un jeune garçon qui semble très sérieux pour son âge, dans le contrôle permanent de ses émotions et de son corps. Il ne laisse rien paraître de ce qu'il pense et réalise les activités sans entrain. Or, après quelques séances, j'ai réalisé qu'il ne s'agissait que d'une apparence car cet aspect distant et lisse est l'expression de difficultés relatives aux communications non verbales.

Les deux premières séances avec David, je ne suis qu'observatrice. David ne me regarde pas du tout. Je suis comme absente pour lui. Puis, j'ai commencé à participer davantage aux séances et David me regardait déjà un peu plus. Quand j'ai commencé de travailler avec David, j'ai totalement dirigé les séances. J'accueille David et lui propose les activités. Je note qu'un certain lien avec moi commence à s'installer. Il semble en confiance. En début de séance, j'essaye de prendre le temps de discuter un peu de sa semaine, ce qu'il a fait d'intéressant mais David n'est pas loquace. Ceci permet d'instaurer une interaction et de lui montrer certains codes sociaux comme de s'assurer que la personne avec qui l'on parle se porte bien.

B. ANAMNESE

David est né au Congo Kinshasa. Il est arrivé en France en 2003 avec sa maman, ses deux grandes sœurs et son grand frère. David est alors âgé de neuf mois. Ils ont le statut de réfugié politique.

Un grand frère a été tué lors d'une manifestation en 2003 au Congo. La famille a donc décidé de partir rapidement du pays et le père a disparu peu de temps avant le départ. Ils n'ont plus de nouvelles depuis. Arrivés en France, ils ont été hébergés dans un centre au Havre ; puis à Tournefeuille en 2006. A présent, ils habitent dans un appartement à Toulouse.

La grossesse a été difficile du fait de l'hypertension de la maman. David est un grand prématuré, il est né à 32 semaines d'aménorrhée. Il a été en couveuse pendant deux semaines. L'allaitement a été bref dû au traitement médicamenteux de la maman.

L'oncle de David vit à Toulouse. Il semble très présent auprès de David et s'intéresse à sa scolarité.

La demande de bilan au CMPP fait suite à une réunion de l'équipe éducative de l'école en 2009.

La prise en charge a été longue à se mettre en place. En effet, le compte-rendu psychologique a été réalisé en mai 2010. Il demandait des bilans orthophonique, psychomoteur et pédopsychiatrique. Ces deux derniers bilans ont été effectués en mai 2011. L'orthophoniste a réalisé le bilan en janvier 2012.

En mai 2011, la pédopsychiatre fait une demande auprès du CRA pour un bilan.

La prise en charge psychomotrice hebdomadaire a débuté en juin 2011. David est suivi en orthophonie une fois par semaine depuis janvier 2012. Il a également un rendez-vous avec la pédopsychiatre toutes les deux semaines depuis le mois de mai 2011.

C. LES BILANS.

1. LE BILAN PSYCHOLOGIQUE.

En mars 2010, David obtient les résultats suivants au test WISC IV :

ICV : 99 ; IRP : 69 ; IMT : 79 ; IVT : 66 ; QIT : 73

Le fonctionnement intellectuel mesuré se situe dans la zone « limite ». Ainsi, David ne présente pas de retard intellectuel. Le psychologue me précise que les chiffres peuvent être abaissés du fait de l'inhibition et de la timidité de David.

Sur le plan de la dynamique psychoaffective, David est désorganisé par les taches rouges au Rorschach et ne parvient pas à élaborer une réponse. Les éléments de base du lien à la réalité sont présents mais le Rorschach reste perturbé.

2. LE BILAN ORTHOPHONIQUE.

Le bilan est réalisé en janvier 2012. C'est la première fois qu'il fait un bilan orthophonique. David présente un léger bégaiement lorsqu'il commence à parler. Il se tripote les mains, semble nerveux.

D'importantes difficultés sont observées sur le versant morphosyntaxique et sur celui réceptif des consignes complexes. David a du mal à prendre en compte deux informations dans l'énoncé, à réaliser des liens de cause à effet, à prendre en considération le conditionnel. De plus, il a été remarqué des difficultés massives de compréhension. Les erreurs les plus marquantes portent sur les phrases comportant des adjectifs ordinaux spécifiés ou non. David a alors du mal à identifier un élément parmi un ensemble ou un sous-ensemble. Il existe aussi des difficultés sur les phrases avec préposition.

Le langage écrit est plutôt satisfaisant. David écrit de la main droite avec un appui du majeur pour la préhension du stylo.

Sur le plan des mathématiques, les notions d'inclusion et de conservation de la substance ne sont pas acquises. La sériation, quant à elle, est acquise.

L'orthophoniste estime qu'un suivi hebdomadaire est nécessaire.

3. LES BILANS PSYCHOMOTEURS.

a) BILAN REALISE EN AVRIL 2011.

David, âgé de huit ans et cinq mois, est scolarisé en CE2. Il coopère et participe bien aux différents tests avec toutefois dans la communication à l'autre un regard fuyant.

David présente d'importantes difficultés en mathématiques. La maîtresse adapte les exercices pour lui, il revoit le programme de CE1.

▪ **Les capacités psychomotrices.**

Les résultats au M-ABC (Note Totale de Dégradation = 15,5) soulignent un retard du développement psychomoteur, particulièrement en dextérité manuelle. Dans les échanges de ballon, on note une maladresse et des difficultés de motricité oculo-manuelle.

▪ **Le tonus.**

Le tonus postural évalué dans l'épreuve de la poussée révèle un manque d'adaptation tonique et une hypotonie axiale. Le tonus de fond évalué dans l'épreuve du ballant montre des difficultés de relâchement volontaire avec des paratonies. Lors de l'épreuve des marionnettes, David ne présente pas de syncinésie de diffusion tonique.

▪ **Le graphisme.**

Le test BHK souligne des difficultés dans la qualité graphique (+ 2,2 DS en dégradation) mais une vitesse adaptée (0 DS). Les résultats révèlent une dysgraphie sans lenteur.

▪ **Les praxies idéomotrices.**

La connaissance des différentes parties du corps est satisfaisante. L'imitation des gestes de Bergès-Lézine montre des praxies idéomotrices déficitaires.

▪ **L'espace.**

Si la connaissance de la droite et la gauche est acquise, la réversibilité est encore fragile, David doute.

L'adaptation spatiale à l'épreuve des pas comptés est faible et souligne une difficulté de raisonnement et d'anticipation.

Les praxies visuo-constructives évaluées avec la figure de Rey sont déficitaires : David est très/trop rapide, le type est coté C10 et la richesse est à - 3,8 DS. De mémoire, le résultat est aussi abaissé : - 2,8DS.

Les résultats soulignent une dyspraxie visuo-constructive avec d'importante difficultés d'analyse et une précipitation dans la réalisation.

▪ **L'attention.**

Les tests de l'attention visuelle et auditive de la Nepsy ne révèlent pas de déficit attentionnel (respectivement : + 0,3 DS et - 0,04DS).

b) **BILAN REALISE EN NOVEMBRE 2011.**

L'examen psychomoteur de David a été réalisé en novembre 2011. David est alors âgé de 9 ans et est en CM1. Ses résultats en mathématiques restent très faibles. Ses exercices sont de nouveau adaptés cette année.

David se montre volontaire et impliqué lors de la passation des tests. Il coopère mais son regard est fuyant. On peut noter un mal être dans la relation face à face.

Il semble très sage et même sérieux pour son âge. Il s'exprime avec un langage presque soutenu et se corrige rapidement lorsqu'il utilise des mots qui lui semblent trop familiers, par exemple : « quand on rigole trop, on peut faire pipi dans sa culotte ... uriner ».

▪ **Les fonctions motrices.**

- Test du M-ABC : les capacités psychomotrices.

Dextérité manuelle	11
Maitrise de balles	5
Equilibre statique et dynamique	9,5
<i>Note totale de dégradation</i>	25,5

David présente d'importantes difficultés au niveau de la motricité globale.

Il montre une certaine lenteur concernant la dextérité manuelle, surtout à gauche. David a du mal à organiser et planifier une action. En effet, pour l'épreuve de visser les écrous sur les boulons, David utilise une stratégie pendant la phase d'entraînement qui paraît adéquate. Mais lors des deux essais, David n'utilise pas la même stratégie et en utilise deux autres différentes. Lors du tracé de la fleur, David a des mouvements saccadés du poignet et fait beaucoup de dépassements. Ceci peut être le signe d'un tonus musculaire trop élevé. De plus, attraper une balle à deux mains est très difficile pour lui. Il n'ajuste pas ses mains pour la réception de la celle-ci. Le jeter du sac lesté semble plus aisé pour lui. Ce test montre également que l'équilibre dynamique est fragile.

La note totale de dégradation de 25,5 se situe en dessous de la valeur du 5^{ème} percentile. Ceci permet d'affirmer la présence d'un trouble de l'acquisition de la coordination (TAC). Son score correspond à 0,2% des enfants de 7 à 12 ans.

▪ **Le graphisme.**

- Test BHK : la graphomotricité.

David est droitier. La prise du crayon est tripodique.

L'écriture de David se situe dans la norme par rapport aux critères de son âge (+0,5DS, score en dégradation). Cependant, David est très lent (-2,6DS). Son rythme ralentit à partir du second paragraphe.

▪ **Les repères spatiaux.**

- Evaluation de la connaissance droite/gauche : Piaget.

Ses résultats inférieurs à Q1 révèlent un trouble pour son âge. David connaît sa droite et sa gauche sur lui-même, mais ça reste encore un peu fragile. La reconnaissance relative à trois objets est plutôt satisfaisante (4 bonnes réponses sur 6). Cependant, il ne sait pas déterminer la droite et la gauche sur autrui. Les rapports projectifs ne sont pas encore en place. La réversibilité semble en cours d'acquisition.

▪ **Les repères temporels.**

David connaît la date du jour. Il sait également me dire la date de la veille et du lendemain. Il connaît les jours de la semaine, les mois de l'année, le nombre de jours dans l'année et les quatre saisons. Ainsi, ses repères temporels sont en place.

▪ **Praxies idéomotrices.**

• Imitation de gestes simples et complexes de Bergès-Lézine.

J'ai décidé de passer ce test, même si la cotation de ce test ne dépasse pas 8 ans, dans le seul but d'observations. En effet, il me semblait important de savoir où David se situe au niveau des praxies idéomotrices. David obtient des résultats similaires à ceux attendus pour un enfant de 4 ans.

L'imitation des gestes simples (15/20) : difficultés surtout lors de l'imitation de la position des bras. Il semble avoir des difficultés à les dissocier. Il parvient à imiter les gestes seulement avec son bras droit ; concernant le bras gauche, soit il le place dans la mauvaise position ou ne le mobilise pas du tout.. De plus, David tâtonne beaucoup pour placer ses mains.

L'imitation de gestes complexes (8/16) : David a davantage de difficultés pour la réalisation des derniers items. Il montre une certaine lenteur à positionner ses doigts même lors de ses erreurs.

On peut émettre l'hypothèse d'un trouble des praxies idéomotrices.

▪ **Fonctions sensorimotrices.**

• Capacité à identifier les doigts en utilisant l'information tactile : Distinction de doigts de la Nepsy.

On peut observer des difficultés dans le traitement de l'information tactile surtout sur sa main gauche non dominante (MD = -1,3 DS ; MND = -1,7 DS). David se trompe principalement sur les items qui demandent de toucher deux doigts simultanément. Ces résultats déficitaires peuvent suggérer un retard de développement d'un traitement efficace de l'information tactile. Il est tout de même nécessaire de souligner qu'il s'agit d'une épreuve dans laquelle je touche les doigts, ce qui peut suggérer un aspect émotionnel élevé car David ne semble pas à l'aise dans le contact avec les autres, autant visuel que corporel.

▪ **Les capacités visuo-constructives.**

• La figure de Rey (A).

Copie de figure	
Type	<i>Centile 10 / type V</i>
Richesse et exactitude	<i>Inférieur au centile 10 / - 6,5 DS</i>
Temps	Centile 100, 3 minutes

Reproduction de mémoire	
Type	<i>Centile 10</i>
Richesse et exactitude	<i>Inférieur au centile 10 / - 4,3 DS</i>

Lors de la copie, David commence par dessiner une partie du contour mais il s'est rapidement perdu. David dessine alors des éléments par-dessus les autres. On reconnaît difficilement les éléments. La reproduction de mémoire est également très faible. Le score de la mémoire spatiale est pathologique.

Dans les deux productions, le type de construction est très déficitaire. David n'a pas une vision d'ensemble de la figure.

Les résultats mettent en évidence un trouble des praxies visuo-constructives.

• Les cubes de la Nepsy.

Cette épreuve révèle également un trouble de la visuo-construction (-2,6 DS). Il lui a été très difficile voire impossible de reproduire des constructions en 3D à partir du modèle. Les cinq dernières figures ne sont pas réalisables.

• L'orientation de la Nepsy.

Les résultats relèvent de la pathologie (-2,1 DS). En effet, David présente des difficultés à comprendre des relations visuo-spatiales et l'orientation ainsi que transférer ses connaissances d'une carte schématique à une carte plus complexe.

▪ **L'attention.**

• Attention visuelle et capacité de concentration : D2.

L'indice de performance quantitatif est dans la moyenne. Les indices de performance qualitatif (pourcentage d'erreurs) et global se situent dans le quartile 1, ce qui révèle certaines difficultés par rapport aux attentes de sa classe d'âge mais ce n'est pas pathologique. Ainsi, ce test ne révèle pas de trouble de l'attention visuelle.

- Attention sélective et processus inhibiteurs : le Stroop.

Les résultats en score de lecture sont très faibles voire déficitaires (de -1,5 DS à -2,2 DS). David lit lentement et fait beaucoup d'erreurs sur la planche B (-2,5 DS). Ce résultat est surprenant car il peut présenter de bonnes capacités de lecture de textes. On peut supposer que la lecture de mots seuls ajoutée à la pression de la vitesse a perturbé David. Le score d'interférence est, quant à lui, positif (+0,5 DS). David a réussi à maintenir l'attention sur une cible, même en présence d'un distracteur. On peut donc penser que David ne présente pas de trouble de l'attention sélective et parvient à inhiber une réponse automatique.

- **Planification.**

- La tour de Londres.

Le résultat de -3,5 DS à cette épreuve indique un trouble de la planification. Dès le 3^{ème} item, David montre des difficultés. De plus, la vitesse se révèle également déficitaire (- 2,9 DS). Ce test permet d'observer l'agencement et l'ordonnancement temporel en terme de priorité des différentes étapes nécessaires à la mise en place de la stratégie.

- **Reconnaissance des expressions.**

- Test de la reconnaissance des expressions faciales émotionnelles.

	Facteur âge	Facteur classe
Appariement d'images	+ 1,1 DS	+0,8 DS
Appariement de mots	+ 6 DS	+ 5,4 DS
Total	+ 2 DS	+ 1,1 DS

David montre à travers ce test d'excellentes capacités de reconnaissance des expressions faciales émotionnelles, à savoir la joie, la tristesse, la peur, la colère, la surprise et le dégoût. Il a également été très rapide à répondre.

- **La théorie de l'esprit.**

La théorie de l'esprit permet de comprendre les comportements sociaux (comprendre les autres, pouvoir anticiper les comportements), donner du sens à la communication (décoder correctement l'humour, l'ironie, les métaphores et le second degré, reconnaître les intentions de l'interlocuteur). Elle est aussi utilisée dans les concepts de déception, d'empathie ou de persuasion.

Je présente à David la scénette de Sally et Anne. Il donne une bonne réponse et sait m'expliquer pourquoi il pense que Sally va chercher la bille dans le panier. Il dit que Sally va être étonnée en ouvrant le panier. Il dit que c'est une blague. Ainsi, je peux faire l'hypothèse que David est capable d'attribuer aux autres des états d'esprit pour expliquer leurs comportements.

▪ **Conclusion du bilan psychomoteur.**

David nous a aussi montré qu'il avait de bons repères temporels. Il ne souffre ni de dysgraphie ni de trouble de l'attention. Il a enfin de bonnes capacités de reconnaissance faciale des émotions.

Les résultats de ce bilan révèlent chez David un trouble d'acquisition de la coordination, une dyspraxie visuo-constructive. De plus, la latéralité est encore fragile et la réversibilité ne semble pas encore acquise.

▪ **Observations cliniques.**

En séance, j'ai pu observer que le regard de David est fuyant. Il ne me regarde que par de brefs coups d'œil. Je suppose que cette faible utilisation du regard ne constitue pas une volonté d'évitement ou de refus. Mais, cela pourrait être lié à une méconnaissance de l'utilité du regard en tant qu'outil de communication.

David a une expression faciale figée. Il semble adopter le même visage pour toutes les situations. Il est alors très difficile de savoir ce qu'il ressent. De plus, c'est un garçon qui se qualifie comme timide, il n'exprime donc pas facilement verbalement ses affects.

La démarche de David est particulière, la pointe de ses pieds est tournée vers l'extérieur. De plus, lorsqu'il se tient debout, il est cambré.

Lorsque je me rapproche de lui, je le sens légèrement plus crispé. Le contact corporel avec quelqu'un qu'il connaît peu semble le mettre mal à l'aise.

David semble en difficulté devant une situation nouvelle. En effet, j'ai pu observer quelques réactions hors du contexte du rendez-vous. Par exemple, je l'ai croisé au secrétariat lorsqu'il avait rendez-vous avec l'orthophoniste. Lorsque je lui ai dit bonjour, il n'a pas su quoi répondre, il semblait perdu, déstabilisé. Autre exemple, quand la psychomotricienne lui a

dit de me souhaiter de bonnes vacances, il s'est avancé vers moi mais ne savait pas ce qu'il devait faire.

David peut aussi avoir des réponses surprenantes. En effet, il a un ongle sur chaque main très abîmé comme rongé totalement. Quand je lui ai demandé ce qu'il avait aux ongles, il m'a dit qu'il faisait une réaction allergique à la pâte à modeler. Mais cela paraît étonnant car l'état de ces deux ongles n'a pas évolué depuis plus de deux mois. Au fil des séances, j'ai pu observer que lorsque David est mal à l'aise, gêné, il se touche les ongles. Je suppose que c'est ce geste qui les abîme.

Le contact avec ses pairs semble assez difficile pour David. Pendant la récréation à l'école, il me répond qu'il ne fait rien en général et joue parfois aux cartes. Quand je lui demande avec qui il joue, il ne veut pas me le dire. Puis, il ajoute « Bon, si tu veux vraiment le savoir, il s'appelle Nicolas! ». J'ai l'impression qu'il me dit cela pour se « débarrasser » et pour que je ne lui pose plus la question. Il paraît souffrir de cette solitude.

D. COMPTE RENDU DE L'EQUIPE EDUCATIVE.

L'équipe éducative a eu lieu le 2 décembre 2011. L'assistante sociale du CMPP était présente. La raison motivant cette réunion est relative aux difficultés scolaires de David. L'école a mis en place une différenciation pédagogique pour les mathématiques.

David est en CM1 et n'a jamais redoublé. Son comportement est dit normal en classe mais il est quand même réservé. Il réussit dans les domaines liés à la mémoire comme en français et anglais. Mais, il a des difficultés en mathématiques et notamment en géométrie, particulièrement pour ce qui est du repérage dans l'espace. Malgré une bonne mémoire, David a du mal à restituer ce qu'il sait. Il a des difficultés à produire s'il y a des initiatives à prendre. Il est également mentionner que David connaît quelques difficultés lors des activités physiques et sportives ainsi que dans la relation avec ses pairs. L'enseignante remarque que David semble gêné par cette situation. A l'école, il n'y a pas de conflit avec ses camarades qui le sentent un peu démuni.

L'équipe éducative propose pour David la pratique d'un sport en dehors de l'école.

E. ENTRETIEN AVEC LA MAMAN DE DAVID.

Je rencontre la maman de David en février.

La maman nous dit qu'elle a été surprise quand la psychologue scolaire lui a conseillé de prendre rendez-vous avec le CMPP pour réaliser des bilans. Elle avait noté que David a mis du temps à parler mais elle ne s'est pas inquiétée car un oncle de David a lui aussi parlé très tard et qu'il a vite rattrapé son retard et à présent il a une bonne situation professionnelle et une vie de famille au Congo.

La maman prend conscience tout de même de certains déficits. Elle souligne qu'il a des difficultés au niveau de la motricité fine, comme faire ses lacets, et au niveau de l'équilibre, David n'a jamais réussi à faire de la trottinette ou du vélo sans les petites roues.

David a marché plus tard que ses frères et sœurs aînés. La maman ignore l'âge exact et souligne que la différence vient surtout du fait que ses autres enfants ont marché très tôt. David a parlé tardivement, à partir de 3 ans. Mais il a lu très tôt. En effet, à partir de 3 ans, il lisait le journal dans le métro.

Elle nous dit qu'à l'école, David est « protégé » par les autres enfants. Elle souligne que David a été invité à deux goûters d'anniversaire cette année. David a lui-même choisi un livre comme cadeau.

A la maison, David parle bien. Il discute de sa journée à l'école.

II. LES ELEMENTS EN FAVEUR D'UN DIAGNOSTIC D'IANV.

Grâce aux bilans pluridisciplinaires, à la rencontre avec la maman, au compte-rendu de l'équipe éducative et aux diverses observations, il semble possible d'avancer l'hypothèse selon laquelle David souffre d'une incapacité d'apprentissage non verbal. Je vais présenter les éléments permettant d'avancer cela d'une façon chronologique.

A. LE NOURRISSON (DE 0 A 2 ANS).

Au niveau du développement psychomoteur, David n'a pas fait de quatre pattes et a acquis la marche plutôt tardivement (environ 18 mois). David a commencé à parler relativement tard aussi.

B. LA PERIODE PRESCOLAIRE (DE 2 A 6 ANS)

David a de bonnes capacités en lecture. En effet, dès l'âge de trois ans, David avait des compétences en lecture plus avancées que celles des enfants de son âge. Il lisait des phrases dans le journal du métro.

Ses problèmes d'équilibre et de coordination l'ont freiné dans l'apprentissage d'activités telles que le vélo ou la trottinette.

C. LA PERIODE SCOLAIRE (A PARTIR DE 6 ANS).

Le **Quotient Intellectuel** Total de David est mesuré à 73. Ce chiffre ne signe pas un retard mental mais correspond à une zone limite. On note une grande hétérogénéité des résultats. De plus, il est admis comme caractéristique de l'IANV une supériorité d'au moins vingt points du QIV au détriment du QIP. Or cette distinction QIV-QIP n'existe plus dans le WISC IV. Cependant, on peut retrouver ces deux quotients globalement ainsi : le QIV correspondrait à l'indice de compréhension verbale et à l'indice de mémoire de travail ; le QIP peut avoir comme équivalence l'indice de raisonnement perceptif et l'indice de vitesse de traitement. Les résultats de David au WISC IV montrent une nette supériorité des indices de compréhension verbale et de mémoire de travail (ICV = 99 et IMT = 79) sur les indices de raisonnement perceptif et de vitesse de traitement (IRP = 69 et IVT = 66). Ainsi, on peut

supposer une supériorité du quotient verbal par rapport au quotient de performance chez David. Ceci vient étayer l'hypothèse d'une IANV.

L'apprentissage de **l'écriture** est difficile. Il présente des capacités graphiques déficitaires dans un premier temps. Mais il rattrape son retard rapidement. En effet, en CE2, les résultats au BHK révèlent une dysgraphie (+2,2 DS). En CM1, le résultat à ce même test n'est pas pathologique (+0,5 DS). De plus, il maîtrise actuellement bien le langage oral. David utilise un vocabulaire parfois surprenant pour un enfant de son âge. Le langage est structuré mais on peut noter des difficultés dans la reproduction de syllabes complexes et une absence de constructions complexes. Notons également que David a des difficultés avec la prosodie. En effet, lorsqu'il parle, il a une voix très monocorde et il ne sait pas quelle tonalité adoptée. Enfin, la lecture d'un texte est très rapide et David n'articule pas suffisamment, ce qui la rend parfois difficilement compréhensible.

De plus, il est possible de suspecter une **dyscalculie**. En effet, il montre des difficultés pour apprendre des opérations de calcul, pour orienter les chiffres et au niveau de la compréhension mathématique. En CE2, David travaillait le programme de CE1 en mathématiques. Actuellement, il bénéficie encore d'une différenciation pédagogique en classe.

On note également un déficit dans la **perception et l'organisation visuo-spatiale**.

David présente d'importantes difficultés au niveau de la **motricité fine et globale**. Les résultats au M-ABC (la note totale de dégradation = 25,5 est inférieure à la valeur du 5^{ème} percentile) révèlent un trouble d'acquisition de la coordination. Notons, qu'à 9 ans, David ne sait pas faire ses lacets. De plus, l'équilibre est très faible.

Au niveau social, des troubles dans la relation avec l'autre sont soulignés. Il a des **difficultés relationnelles et sociales**. En effet, David a peu d'amis, le contact avec ses pairs est problématique. Il a du mal à utiliser les communications non verbales. Il ne sait pas exprimer ce qu'il ressent avec son visage ni avec le reste de son corps. Son regard est fuyant. De plus, David ne saisit pas l'humour et l'ironie en situation d'échanges interpersonnels. Cependant, il comprend l'humour dans les BD.

Enfin, les résultats obtenus au **questionnaire de Goldstein** (1999) rempli par la maman permettent de suspecter une incapacité d'apprentissage non verbal.

A partir de l'ensemble de ces éléments, il semble pertinent de poser l'hypothèse diagnostique d'une incapacité d'apprentissage non verbal. Je vais donc orienter la prise en charge de David dans ce sens.

III. UNE PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE.

A partir de l'hypothèse d'un diagnostic d'IANV, je décide de mettre en place une prise en charge axée sur les communications non verbales. L'orthophoniste propose d'axer sa prise en charge sur les troubles visuo-constructifs, les difficultés de compréhension ainsi que la dyscalculie.

A. REFLEXIONS CONCERNANT UNE PRISE EN CHARGE AXEE SUR LA REEDUCATION DES CNV ET EN PARTICULIER L'EXPRESSION DES EMOTIONS.

Je prends en considération le point de vue de Rourke qui insiste sur la place du langage dans la prise en charge de l'enfant atteint d'IANV. En effet, l'enfant utilise les mots dès lors qu'il se trouve dans une situation qui lui pose soucis. Il est important d'insister sur « les procédures à mettre en place devant un problème donné et sur l'intérêt qu'il peut y avoir à les « détailler » et à les verbaliser. Cela permet d'une part de fournir un moyen supplémentaire de résolution de problème, et d'autre part d'aider à identifier les éléments qui sont incorrects ou absents dans le raisonnement ou dans l'appréhension de la situation. »⁴

Le bilan psychomoteur de David montre des difficultés motrices. Je décide de travailler en particulier au niveau de l'équilibre et la maîtrise de balles. En effet, ces habiletés me semblent importantes à maîtriser car elles sont mobilisées dans les jeux d'enfants, ce qui participe à l'intégration sociale. De plus, j'ai essayé lors de ces activités motrices d'inclure certaines difficultés relatives à l'IANV comme le contact corporel (par exemple, se taper dans les mains en début et fin de parcours) et pointer l'importance du regard dans le lancer de ballon.

Ce travail sur les communications non verbales me semble être au cœur de la problématique de David. On connaît l'importance des communications non verbales dans les

⁴ 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.

interactions sociales. On peut supposer que s'il améliore ses habiletés non verbales, ses relations avec les autres, et notamment avec ses pairs, se trouveront grandement améliorées. Il nous appartient donc en tant que professionnel de santé de prendre en charge de façon précoce ces troubles pour éviter des répercussions futures négatives.

J'ai beaucoup verbalisé pendant les séances ce que l'on faisait, dans quel but, je lui faisais remarquer ses difficultés mais principalement ses efforts et ses progrès. J'ai tenté de lui faire comprendre que la communication interindividuelle ne passe pas exclusivement par des mots. Lorsqu'il manifestait un comportement de mal-être comme « se coller au mur » lors d'une activité, je lui pointais ce que j'en déduisais pour qu'il réalise que le langage silencieux peut être aussi parlant que le langage verbal. J'essayais de lier en permanence les activités motrices aux communications non verbales et inversement. Ces deux axes de travail s'influencent et se complètent. On peut soutenir l'hypothèse selon laquelle les progrès faits dans un domaine favoriseront une amélioration dans l'autre.

Je lui explique le travail que l'on va faire ensemble, qu'il est important de savoir exprimer ce que l'on ressent avec son visage et son corps pour bien se faire comprendre, et savoir également bien observer les autres pour pouvoir déterminer ce qu'ils ressentent. On s'exprime par les mots mais pas seulement, certaines choses qui n'ont pas forcément besoin de passer par l'oral. Il me dit qu'il n'aime pas faire ça et qu'il est timide. Je lui précise que ce type d'activités ne concernera qu'une partie des séances. Malgré sa réticence, David est volontaire et fait beaucoup d'efforts.

Il est important de mettre des mots sur les objectifs des séances, de les verbaliser. Ce mode de traitement de l'information est en partie celui adopté par David donc il convient pour moi de m'y adapter.

J'ai posé l'hypothèse selon laquelle David a acquis la théorie de l'esprit. Cette capacité semble essentielle pour coopérer, avoir de l'empathie et lire le langage corporel et bien plus pour comprendre le monde qui l'entoure. Ainsi, cette habileté sera d'une grande aide dans l'avancement de la prise en charge. On peut supposer que le fait que David ait accès à la théorie de l'esprit lui permette de bien discriminer et identifier les émotions faciales.

Avant de commencer le travail sur l'expression des émotions, j'ai voulu m'assurer qu'au niveau de la motricité faciale David n'avait pas de difficultés. Il a pu exécuter sans soucis

divers mouvements tels que froncer les sourcils, plisser le nez, relever le front, gonfler les joues, écarquiller les yeux.

Je choisis de séparer en différentes parties la présentation de la prise en charge d'une façon chronologique. Mais, les séances n'ont pas été aussi strictement découpées. Je m'adaptais à David selon la facilité de l'activité, sa disponibilité et également selon le déroulement de la séance précédente. A chaque début d'activité, on reprenait ensemble la description faciale d'une émotion.

J'ai proposé à David des activités de description des expressions émotionnelles dans le but de pouvoir envisager l'expression d'émotions. Ensuite, il y a eu ce que je considère comme un tournant dans la prise en charge. Face à un blocage de David, j'ai travaillé l'expression des communications avec un jeu, qui a une phase de mimes. Puis, la prise en charge s'est orientée vers l'analyse des expressions faciales et l'imitation. Enfin, on a joué une scénette que l'on a créée ensemble.

L'expression des émotions est un travail de base qui a pour objectif de participer à l'amélioration de la régulation des interactions avec les autres, grâce à des communications non verbales adaptées à l'interlocuteur et à la situation. Je suis partie du postulat d'Ekman selon lequel les émotions sont universelles.

B. LA RECONNAISSANCE DES EMOTIONS FACIALES.

Lors du bilan, le test de la reconnaissance des expressions faciales émotionnelles a été parfaitement réussi par David. Ainsi, il semble bien discriminer les émotions. Malgré la réussite au test, j'ai tenu à vérifier par le biais d'autres supports si David reconnaissait les émotions de base telle que la joie, la tristesse, la colère, le dégoût, la surprise et la peur. Je lui propose des petites histoires de la BD « Boule et Bill ». David arrive à reconnaître les émotions de base. En effet, il peut dire si un personnage est en colère, joyeux ou triste.

Je développe peu cette phase de travail car la reconnaissance n'est pas déficitaire chez David. Je tiens à préciser que bien que nous n'ayons pas fait un travail de reconnaissance ensemble, ceci sous-tend tout le reste des activités proposées par la suite.

Je décide donc de partir de cette capacité de distinction des expressions faciales pour baser le travail d'expression des émotions.

C. LA DESCRIPTION DES EXPRESSIONS EMOTIONNELLES FACIALES ET CORPORELLES.

Je pars de l'hypothèse selon laquelle le fait de dire verbalement ce qu'il voit, de décrire avec des mots chaque partie du visage va favoriser l'expression d'une émotion. En effet, on peut supposer que si David connaît les signes d'expression d'une émotion, il peut entrer dans un processus d'apprentissage d'expression relatif à cette émotion et cette connaissance acquise pourrait l'aider pour l'utiliser sur demande. Puis, on peut espérer qu'elle pourra être exprimée volontairement dans un bon contexte et ainsi il pourra mettre en place des réponses appropriées aux situations interpersonnelles quotidiennes.

Je continue à travailler avec la BD « Boule et Bill » car il me dit l'apprécier. Il est important que les activités soient basées sur des supports plaisants pour l'enfant. Cela augmente sa motivation et favorise son attention.

Je propose à David des histoires de maximum dix vignettes, dans lesquelles les personnages expriment des émotions différentes. Après avoir lu l'histoire, David me la raconte. Il arrive relativement bien à résumer l'histoire. Parfois, la chronologie n'est pas exactement respectée mais le sens est toujours bien saisi. Puis, il s'agit pour David d'utiliser le langage pour décrire tout le visage d'un personnage exprimant une émotion. Je lui demande par exemple : Que vois-tu sur le visage de Boule qui exprime la surprise ? Comment sont sa bouche, ses yeux, ses sourcils ?

La première fois que je lui ai posé ce type de questions, David est resté silencieux. Je ne sais pas s'il n'avait pas compris ma question ou bien s'il ne voyait pas du tout à quoi je faisais allusion.

David sait reconnaître les émotions alors la question est de savoir s'il réalise comment il analyse un visage pour distinguer l'émotion. David semble ne pas avoir de stratégie

consciente. Voit-il le visage dans son ensemble ? Regarde-t-il juste un élément du visage ? Le fait de l'ignorer peut conduire à ce qu'il ne sache pas quelle partie de son visage solliciter.

David doit saisir qu'observer les éléments du visage permet de comprendre l'émotion d'une personne et que ceci s'applique également à lui-même. Afin que ses interlocuteurs comprennent ce qu'il ressent, il doit être capable de l'exprimer avec son visage.

Dans ce travail descriptif, lorsque je demande à David comment on peut exprimer une émotion à part par le visage, il ne sait pas me répondre. Ainsi, je lui fais remarquer par le biais des BD divers positionnements du corps qui sont significatifs à eux-seuls. Je lui précise que le corps est aussi un moyen par lequel on peut exprimer ce que l'on ressent.

Les diverses explications sont toujours données verbalement. Je ne laisse pas David simplement regarder. Ceci permet d'être dans une relation interpersonnelle, d'échange mais aussi car il faut prendre en compte le fait que l'enfant avec une IANV est plus sensible aux informations auditives que visuelles.

Au fil des séances, David parvient à bien décrire le visage des personnages, en sélectionnant ce qui est essentiel à observer pour saisir l'expression émotionnelle. Il comprend qu'il faut sélectionner différentes parties du visage pour comprendre ce qui est exprimé.

Après avoir observé que David parvenait à bien décrire les émotions sur les BD, je lui ai proposé de discriminer des émotions sur mon visage. En effet, cette capacité doit s'adapter aux relations d'interaction à l'autre. Il est important qu'il arrive à relever les indices lui permettant de savoir ce que son interlocuteur exprime. Il s'agit qu'il me dise verbalement comment sont positionnés sur mon visage mes yeux, mes sourcils, mon front et ma bouche, qu'il s'en saisisse et discrimine l'expression proposée. Mais, cet exercice a été presque impossible pour David. Je pense que cette activité était un peu prématurée. J'ai proposé cet exercice à un moment où le regard commençait tout juste à émerger. Cependant, cette confrontation directe et cette obligation de regarder l'autre ne semblent pas adaptées à un enfant avec IANV, en tout cas à ce moment de la prise en charge. J'ai donc envisagé cet exercice par le biais du miroir qui permet d'éviter la confrontation directe au visage et regard de l'autre. Je développerai ceci davantage dans le tournant de la prise en charge.

Au fur et à mesure des séances, il semble que David ait mémorisé le « code gestuel » de chaque émotion. Grâce à ses bonnes capacités de mémorisation, il a appris relativement vite le vocabulaire.

D. L'EXPRESSION DES EMOTIONS.

Le travail d'expression s'est fait à travers différents supports.

Dans un premier temps, j'ai proposé à David des petites cartes sur lesquelles étaient dessinées un visage exprimant une émotion avec uniquement les sourcils, les yeux et la bouche. Ces visages étaient intéressants dans la mesure où peu d'éléments étaient présents sur le visage. Ainsi, pour cette phase d'expression, David n'était pas perturbé par des éléments parasites, il pouvait voir de suite comment était positionné chaque partie du visage. Il faut prendre en considération que l'IANV provoque des déficits au niveau de la mémoire visuelle. Durant cette phase d'expression, David peut bien sûr regarder les petites cartes mais il est essentiel qu'elles s'inscrivent en mémoire. Ainsi ne garder que les éléments pertinents semble intéressant.

Après avoir défini l'émotion et décrit les éléments du visage ensemble, je propose que l'on pioche chacun trois cartes pour se les faire deviner à tour de rôles. Il s'agit de faire deviner l'émotion en la mimant avec son visage et avec une phrase adéquate, qui fixe un contexte.

Le verbal vient dans cet exercice en soutien du non-verbal. En effet, je m'attendais à ce que cette phase d'expression soit difficile. J'ai pu observer que lorsque David est en difficulté il se ferme et n'est plus réceptif. C'est pourquoi, il m'a semblé adapté de proposer le langage pour pallier à cela.

De plus, le fait de jouer ensemble, à tour de rôle, suppose une certaine interaction. Mais bien plus, cette activité mobilise le regard, « je dois regarder et être regardé ». Comme mentionné lors du bilan, David a un regard fuyant. Lors de cet exercice, je suis obligée de lui rappeler de me regarder pour deviner l'expression que je mime, il me regarde à peine, juste des coups d'œil furtifs. Il ne me regarde pas du tout lorsqu'il mime.

David arrive à nommer trois expressions que j'ai mimées. Quant à lui, il peut proposer des phrases correctement adaptées pour la surprise et la joie. Mais l'expression faciale est quasi absente, par exemple pour la joie : il esquisse à peine un début de sourire. Pour la colère, il ne trouve pas de phrase et n'arrive pas à l'exprimer sur son visage. Puis, il me dit qu'il faut froncer les sourcils et là il le fait très bien. Ceci représente un point positif. On peut supposer qu'il ait besoin de verbaliser pour avoir une image de ce qu'il doit faire pour pouvoir alors agir.

Ainsi, le langage apparaît comme un moyen de résolution de problèmes. Cependant, on peut considérer ici l'utilisation orale du langage comme une béquille et on doit viser l'internalisation voire la disparition du recours conscient aux mots pour exprimer une émotion.

E. LE TOURNANT DANS LA PRISE EN CHARGE.

Au milieu de ce travail, j'ai proposé un exercice à David qui l'a complètement bloqué. Il s'agit qu'il décrive oralement mon visage et me dise l'émotion exprimée. Il décrit ce qu'il voit sur mon visage, ex : les yeux grands ouverts, le front plissé. On est tous les deux face au miroir et je raconte une petite scénette d'une ou deux phrases avec laquelle j'exprime une émotion.

Je lui propose également d'exprimer l'émotion reconnue. J'ai supposé qu'avoir un feedback visuel sur lui-même par le miroir pouvait l'aider à adapter son expression. Le miroir évite également que l'on se regarde frontalement. Il représente un intermédiaire entre nos deux regards. J'ai émis l'hypothèse que cela serait plus facile pour lui. Or, David se ferme complètement.

Pour l'expression de la tristesse, il me dit que ma bouche décrit « un sourire baissé ». Mais il ne peut m'en dire plus. David me regarde par petits coups d'œil. L'expression de la colère est impossible pour lui. Ensuite, il a réussi un peu à imiter le dégoût. Mais, je n'insiste pas devant sa grande difficulté. Il était évident qu'il était mal à l'aise. En effet, il n'arrive pas du tout à se regarder dans le miroir. Et il ne m'a regardé qu'une seule fois. Son regard était fixé

sur les petits objets de la commode. Il se tenait collé à ce meuble. Son corps était figé. Il avait le visage totalement lisse. David ne répondait pas à mes questions, il ne disait plus rien.

Lorsque je le questionne sur la difficulté de cette activité, il semblerait que les mots sont comme « coincés » dans sa gorge. Je vois qu'il essaye de me dire quelque chose mais ça bloque. Il lui a fallu quelques minutes pour m'expliquer qu'il est timide et que ce genre d'exercice est difficile pour lui.

A ce moment de la prise en charge, je le mettais directement face à cette difficulté de regard, d'expression d'émotions. Je me pose alors beaucoup de questions. Peut-être que ce travail est venu trop tôt dans la prise en charge ? Est-ce trop difficile de se confronter à sa propre image ? Se mettre face à ses difficultés ? Jusqu'à quel point sa timidité le bloque-t-il ?

Il me semble alors essentiel de mettre David dans un climat de confiance, d'amener le travail sur les CNV de façon beaucoup plus fine et ludique, jouer plutôt que faire des exercices.

Pendant deux séances, le travail sur les CNV s'est porté à partir du jeu « Time's Up ». C'est un jeu dans lequel il s'agit de faire deviner à tour de rôle le plus rapidement possible un personnage, un film ou dessin animé inscrit sur une carte. Il y a trois phases : la première, on peut dire un maximum de mots pour faire deviner la carte. Puis, on reprend toutes les cartes, là on ne peut dire qu'un seul et unique mot. Enfin, on fait deviner le mot en le mimant. Pour ce jeu, il me semblait important d'être trois et que la psychomotricienne participe. Non seulement pour rendre plus intéressant le jeu et pour que David sente qu'il s'agit d'un jeu et qu'il n'est pas observé. J'ai adapté les règles et ainsi à chaque mot deviné, on se faisait tourner les cartes. Il s'agissait de permettre à David de se sentir plus à l'aise en séance et de ne pas être dans la crainte de l'échec d'un exercice. David semblait détendu. De plus, le noyau de ce jeu est l'interaction entre les participants.

C'est avec ce jeu que David a pour la première fois exprimé spontanément une émotion. En effet, en lisant une carte, il a exprimé la surprise et ceci de façon totalement appropriée ainsi que le fait de réfléchir avec un doigt au niveau de la bouche. On note que son regard n'est pas fuyant, il nous regarde lorsqu'on essaye de faire deviner le mot. Ce qui est très positif, c'est que David nous regarde aussi lorsqu'il tente de nous faire deviner. La qualité et

fréquence de son regard semblent améliorées lorsqu'il est soutenu par le langage. Ses mimes sont un peu pauvres mais il utilise de façon totalement approprié son visage mais pas encore son corps, ex : Le roi lion : il rugit ; le monde de Némó : il fait le poisson avec sa bouche. Mais, David perd totalement l'équilibre face à nous. Il croise les jambes et manque de tomber en permanence. Ce déficit d'équilibre peut être en partie lié à la situation qui peut être source de gêne chez lui. En effet, nous sommes deux personnes qui le regardons.

La deuxième semaine, je lui fais remarquer avant de commencer que la semaine précédente, il a fait des expressions avec son visage comme la surprise et le fait de réfléchir. Je le félicite. Bien qu'il n'exprime pas d'émotions, j'ai l'impression qu'il est satisfait car il soutient particulièrement mon regard. David a été réactif pendant le jeu. Il a la volonté et est satisfait de gagner. Il sourit lorsqu'il trouve la réponse. Il continue à exprimer spontanément une émotion. Pour nous faire deviner avec un seul mot, David nous regarde. Lors de la phase de mimes, ses gestes sont adaptés et bien joués. Il utilise alors son corps et son visage, ex : il mime Quasimodo pour nous faire deviner Le bossu de Notre-Dame.

Je considère ce moment comme un tournant. En effet, depuis les premières séances de la prise en charge, j'avais noté certains points positifs au niveau de l'expression des émotions. Mais, il ne s'agissait pas d'expressions spontanées. C'était des mouvements totalement sous contrôle et parfois exagérés et disproportionnés, par exemple, pour faire quelqu'un « mort de rire », il s'est roulé par terre. Lors de ces dernières séances et les prochaines, David est dans l'interaction totale au niveau du regard. Il devient adapté et présent. De plus, il exprime par moment ce qu'il ressent, on peut lire parfois des émotions sur son visage.

F. L'ANALYSE DES EXPRESSIONS FACIALES.

A la suite de cela, il me semblait cohérent de ne pas rediriger la prise en charge vers l'expression mais vers l'analyse des expressions faciales.

J'ai sélectionné différentes photos d'enfants exprimant divers émotions. J'ai choisi des enfants proches de David au niveau de l'âge et du contexte social pour faciliter l'identification.

Après avoir défini l'émotion, il s'agit d'imaginer un contexte à cette émotion en fonction des éléments présents autour de l'enfant. En effet, il doit déduire le contexte de survenue de cette expression et faire le lien avec un évènement en particulier. On donne chacun notre vision de cette image. J'insiste sur le fait que plusieurs propositions peuvent correspondre. Puis, on discute de la réponse de chacun.

Ces histoires nous ont permis d'ouvrir la discussion avec David. Je demande si certains évènements relatifs aux photos lui sont déjà arrivés ou comment réagirait-il dans cette situation. Par exemple, il y avait la photo d'une petite fille qui pleurait. Il me dit qu'elle est triste. Je lui précise qu'elle a aussi l'air en colère. David avance qu'il peut s'agir d'un caprice. Il me dit de lui-même que « les petits garçons et petites filles font souvent des caprices » et que lorsqu'il était petit il en faisait en se roulant par terre. Par le biais de cette activité, David engage la conversation et parle de ses expériences.

Ceci permet de faire comprendre à David que le contexte est également un outil pour pouvoir décrypter les émotions et qu'il est important d'adapter nos expressions selon l'environnement.

G. L'IMITATION.

J'ai repris les mêmes images que précédemment dans l'objectif d'imiter des expressions faciales. Considérant le fait que David connaissait ces photos et que l'on avait déjà situé un contexte à l'expression des émotions, j'ai supposé que cela pourrait faciliter l'imitation. L'expression de l'émotion aurait donc un sens pour lui. De plus, je sais que David n'arrive pas encore à imiter une personne face à lui, même par le biais du miroir.

Je propose donc à David d'imiter les enfants sur les photos. Spontanément, il décrit ce qu'il observe sur leur visage (yeux, bouche ou front par exemple). Il utilise les mots pour soutenir la production. J'imagine qu'il a aussi intégré notre façon d'aborder les émotions qui passe tout d'abord par une phase de description.

David a bien réussi à imiter la surprise, le dégoût et le rire. Mais cela a été plus difficile pour lui lorsqu'il a s'agit d'imiter notamment un enfant qui boude (n'utilise pas sa bouche pour cette expression) et un enfant qui sourit (sourire « crispé »).

L'imitation reste encore difficile pour lui. Il sera intéressant de poursuivre ce travail avec David. En effet, elle joue un rôle important dans le développement de l'enfant. L'imitation recouvre une fonction d'apprentissage ou de communication selon qu'elle produit un effet sur l'environnement physique ou social. Ainsi, l'imitation tant d'un mouvement facial que corporel est bénéfique pour David.

H. LES PETITES SCENETTES.

L'invention de petites histoires permet à David de mettre en scène des événements qui pourraient survenir dans la vie quotidienne. Un des objectifs est de permettre à David d'exprimer des émotions en réaction à un événement et ceci de façon spontanée, adaptée et non plus dans l'imitation.

On crée une petite histoire avec trois protagonistes. Je l'aide à trouver les personnages, le contexte, l'élément déclencheur et la fin. Mais, c'est David qui l'invente en entier. Ceci paraît essentiel car elle doit faire intervenir des situations qu'il comprend, des émotions qu'il saisit.

Après avoir défini ensemble les diverses émotions ainsi que la façon de les exprimer, nous mettons en scène cette petite histoire. David est impliqué et appliqué. Il respecte bien le fil conducteur de notre script. Cependant, il lui a été difficile parfois de réellement adapter ses expressions émotionnelles à l'histoire. Par exemple, il joue un petit garçon qui se fait voler son ballon et David sourit au lieu d'exprimer un mécontentement.

David arrive à surmonter sa timidité. Il me dit qu'il aime beaucoup faire ces petites scénettes et me demande à la fin si on pourra en refaire. Je suis agréablement surprise par cela.

I. LE TRAVAIL SUR LA MOTRICITE GLOBALE.

L'IANV est aussi caractérisée par des troubles psycho-perceptivo-moteur. Le bilan psychomoteur de David a révélé un trouble de l'acquisition de la coordination (TAC). Ainsi, il est évident d'inclure dans le prise en charge de David un travail moteur.

Généralement, on réservait ces activités en deuxième partie de séances.

Un travail sur la maîtrise de balles est effectué. Le lancer de ballon est une activité qu'il apprécie, il me dit que « c'est amusant ». On a décliné avec beaucoup de variantes cette activité : au niveau de la rapidité car David est relativement lent, se lancer le ballon le plus rapidement possible ; au niveau de l'interaction : regarder la personne à qui on lance le ballon, construire une phrase en ajoutant un mot à chaque fois qu'on a le ballon ; au niveau de l'adaptation corporelle : aller chercher le ballon en hauteur, en bas, droite/gauche, adaptation de la position de ses mains pour recevoir le ballon.

La prise en charge s'est également orientée sur l'équilibre. David a des difficultés lorsqu'il doit rester debout face à moi, même lorsque l'on fait des activités, il lui est difficile de conserver son équilibre. Pour matérialiser l'espace dans lequel il se trouve, contenir son corps dans un espace prédéfini, je propose David de se placer dans un cerceau pour quelques activités debout comme sauter verticalement ou le lancer de balle. J'ai pu observer que cela aide David dans la maîtrise de l'équilibre.

De plus, il n'adapte pas du tout sa posture pour ramasser une balle par terre. Il se penche et il « se tord », il se retrouve les jambes « emmêlées ». Il tombe souvent lorsqu'il se baisse. Je lui fais remarquer que cette façon n'est pas adaptée. On réfléchit alors ensemble à une stratégie pour se baisser sans perdre l'équilibre. Mais, David a du mal à lutter contre les automatismes et je dois constamment lui rappeler de se baisser correctement. Il fait preuve de persévération. Au fur et à mesure du travail proposé avec lui, son équilibre s'est amélioré. Enfin, on a aussi travaillé le saut.

L'utilisation du soliloque a beaucoup aidé David dans les diverses activités motrices. En tant qu'enfant souffrant d'IANV, il était important de passer par les différentes étapes du soliloque.

Cette prise en charge motrice a été beaucoup soutenue par le verbal. Cependant, j'ai aussi proposé quelques activités faisant intervenir par exemple l'attention ou la mémoire visuelle afin de stimuler des domaines déficitaires chez l'enfant avec une IANV.

Ainsi, la prise en charge de David est essentiellement centrée sur la détection et l'expression des émotions, élément primordial dans les communications non verbales. J'ai beaucoup insisté lors des séances sur le fait que pour comprendre et se faire comprendre des

autres, il est nécessaire de laisser paraître ce que l'on ressent. Cette maîtrise des CNV permet également de saisir les comportements et attitudes d'autrui. L'ensemble de ces capacités améliore les compétences sociales et par conséquent l'intégration sociale de David.

IV. L'ÉVOLUTION DE DAVID.

J'ai tenu à observer par le biais de tests si le travail réalisé sur les communications non verbales et la motricité avait permis d'améliorer certaines capacités cognitives et motrices. Ensuite, je développerai l'évolution de David au fil des séances.

A. LE RETEST.

- Test du M-ABC : les capacités psychomotrices.

Dextérité manuelle	6
Maîtrise de balles	5
Équilibre statique et dynamique	5,5
<i>Note totale de dégradation</i>	16,5

La note totale de dégradation de 16,5 se situe au-dessous de la valeur du 5^{ème} percentile.

La note relativement faible des épreuves de dextérité manuelle s'explique par une certaine lenteur. David ne peut accélérer lors des seconds essais, les épreuves sont d'ailleurs toutes moins bien réussies la deuxième fois. Le tracé de la fleur est très précis, il n'y a aucun dépassement. Il lève plusieurs fois son crayon mais le repositionne toujours au bon endroit sans dépasser. Le contrôle graphique est de bon niveau.

Attraper une balle à deux mains se révèle impossible. David n'adapte pas la position de ses mains et il semble aussi très lent à réagir pour aller chercher la balle avant qu'elle ne rebondisse.

David a été en grande difficulté pour l'épreuve de la balle en équilibre. L'équilibre statique est satisfaisant ainsi que les sauts dans les carrés. Cependant, dans cette dernière épreuve, David a été bloqué quelques secondes quand je lui demande de changer de pied. Il a commencé les sauts avec sa jambe droite. Quand je lui propose de sauter avec son autre jambe, il semblait ne pas savoir comment lever sa jambe gauche ni positionner le pied levé et il ne savait pas comment initier le mouvement. Il n'arrivait pas à faire le premier saut. Ainsi, lorsqu'il ne saute pas sur sa jambe préférée, on peut supposer que cela lui demande de réfléchir au mouvement ce qui perturbe l'exécution de l'initiation au mouvement. Une fois le premier saut lancé, les sauts suivants étaient très bien contrôlés.

Les notes obtenues à ce test montrent que les performances de David se sont nettement améliorées depuis le mois de novembre. La note totale de dégradation était de 25,5, elle est en

avril de 16,5. Les progrès se situent principalement au niveau du tracé, les mouvements saccadés ont disparu pour laisser place à un mouvement contrôlé, et au niveau du saut dans les carrés. David peut faire cinq sauts consécutifs sans dépasser le cadre.

▪ **Les repères spatiaux.**

- Evaluation de la connaissance droite/gauche, Piaget.

David connaît la droite et la gauche sur lui-même et sur autrui. Cependant, ses explications concernant à la réversibilité sont confuses et j'ai du mal à en saisir le sens. La connaissance relative à trois objets est difficile, David ne donne que deux bonnes réponses. Le résultat de 11/20 inférieure à Q1 est le signe d'une pathologie relative à la connaissance droite/gauche.

Les résultats ne présentent pas d'évolution des capacités de David au niveau de la connaissance droite/gauche.

▪ **Les capacités visuo-constructives.**

- La figure de Rey (A).

Copie de figure	
Type	Centile 50 / type IV
Richesse et exactitude	<i>Inférieur au centile 10 / - 5 DS</i>
Temps	Centile 100, 4 minutes

Reproduction de mémoire	
Type	<i>Centile 10</i>
Richesse et exactitude	<i>Inférieur au centile 10 / - 4,1 DS</i>

Le type de copie et le temps se situent dans la norme des enfants de son âge. Cependant, la production se trouve très déficitaire concernant la richesse et l'exactitude. David a superposé des éléments et certains sont difficilement reconnaissables voire absents.

David me dit qu'il est désolé s'il dessine mal. Ces excuses peuvent souligner le fait qu'il réalise ses difficultés.

La reproduction de mémoire souligne également d'importantes difficultés. En effet, David se souvient de peu d'éléments. Pour le cercle avec les trois points, il dessine la tête d'un bonhomme, il parle d'une « espèce de bonhomme ». Concernant le losange, il dit se souvenir d'« un diamant au bout » mais il n'arrive pas à le dessiner et fait plusieurs ratures.

Les résultats permettent de mettre en évidence un troubles des praxies visuo-constructives.

- Les cubes de la Nepsy.

David montre certaines difficultés dans la réalisation de construction en 3D (-1,8DS). Cependant, il est grandement pénalisé par une lenteur de traitement des informations. En effet, David a su réaliser toutes les figures mais il a été lent. Notons qu'il a dépassé de peu le temps imparti de 60 secondes (maximum 11 secondes).

Bien que le résultat reste très faible, on peut noter une certaine progression. En effet, en novembre, David n'avait pas su réaliser toutes les constructions. A présent, même si David se révèle être plus lent que la norme de son âge, il est néanmoins capable de construire toutes les figures.

- Le graphisme.

- Test BHK : la graphomotricité.

David obtient un résultat faible par rapport à la norme des enfants de son âge (+ 1 DS, en dégradation) qui permet de suspecter une dysgraphie. La vitesse d'écriture peut être qualifiée de normale faible (-0,9DS) mais elle ne relève plus de la pathologie comme en novembre (-2,6 DS).

On peut noter une augmentation de la vitesse d'écriture de David, au détriment de la qualité de l'écriture. Cette augmentation de la vitesse semble une bonne adaptation aux exigences de l'école.

- Planification.

- Tour de Londres.

Les capacités de planification de David sont déficitaires. En effet, il obtient un score de - 4,9 DS. De plus, la vitesse à cette épreuve se trouve également très inférieure à sa classe d'âge (-2,3 DS).

Conclusion : Ainsi, on peut observer de nets progrès au niveau des coordinations. Même si la note totale de dégradation est inférieure à la valeur du 5^{ème} percentile, la note de David a augmenté de neuf points. De plus, David a gagné en rapidité dans certaines épreuves, notamment les cubes de la Nepsy et l'écriture.

B. EVOLUTION DE DAVID AU COURS DES SEANCES.

David était impliqué dans la prise en charge et cela a été déterminant. Bien qu'il n'apprécie pas toujours les activités proposées, il a toujours fait de son mieux. Il avait une forte volonté de progresser mais également de ne pas être en situation d'échec. David s'excusait beaucoup lorsqu'il se trompait ou oubliait un mouvement. Il était essentiel de renforcer positivement ses efforts.

J'ai pu observer au cours de ces quelques mois, une évidente amélioration des capacités relationnelles de David, tant au niveau des interactions verbales qu'au niveau du regard. Ceci représente une évolution positive de l'utilisation des communications non verbales.

David discute beaucoup plus à présent que lors du début de la prise en charge. Jusqu'en janvier, on pouvait passer une séance entière sans qu'il ait de discours spontané ni aucun regard. Il répondait simplement à mes questions. Il pouvait parfois regarder dans ma direction lorsqu'il me répondait, mais son regard était fuyant. Progressivement, David a davantage développé ses réponses verbales. Puis, il a commencé à engager une conversation. Au bout d'environ deux mois de prise en charge, David a commencé à me parler en me regardant dans les yeux. Notre échange s'apparente alors à une réelle discussion. David se saisit du regard et de la parole comme réels objets d'échange. Il me semble qu'il ait compris l'importance du regard lorsque l'on est en interaction avec autrui. On peut souligner une grande amélioration de la quantité et qualité du regard au fur et à mesure des séances. Je pose l'hypothèse selon laquelle il a réalisé que le regard est un élément essentiel de la relation. De plus, je suppose qu'il s'est rendu compte que ce regard « porté dans les yeux de l'autre » est supportable. Il l'utilise alors comme outil de communication.

Au fur et à mesure, il prend confiance car il peut me demander des choses facilement. En séance, il peut faire des demandes spontanées d'activités ou pour emprunter des livres.

Je fais l'hypothèse que cette amélioration au niveau des interactions influence positivement sa motricité. D'un point de vue affectif, David semble être plus à l'aise en séance. Il ne manifeste plus de comportement de retrait tel que se coller contre les murs en regardant le sol. A présent, son regard se porte droit devant lui, donc parfaitement adapté à la

réalisation d'action motrice et au maintien de l'équilibre. Cependant, il reste encore essentiel de matérialiser l'espace autour de lui, à l'aide d'un cerceau.

J'ai pu observer que les activités motrices comme le lancer de ballon ont participé activement à une amélioration de l'échange verbal et du regard. Il a pu me dire que ces activités lui plaisaient. Assez rapidement, le regard s'installe. C'est lors de ces exercices que David rit à des situations amusantes et en avril il a fait une blague très drôle et qui était spontanée par rapport à ce que je venais de dire. Je reconnais que ces dernières situations sont anecdotiques, mais elles soulignent une réelle évolution dans la prise en charge.

A partir du mois de mars, David a commencé à demander à son frère (deux ans de plus que lui) s'il pouvait sortir avec lui et ses copains. Ceci me paraît important dans l'évolution de David. Cela peut signifier qu'il se sent plus à l'aise dans l'interaction avec autrui. Ainsi, on peut observer des progrès d'adaptation sociale en dehors des séances.

Lorsque j'interroge David à propos du travail que nous avons effectué sur les émotions, il me dit qu'il n'appréciait pas beaucoup ces activités. Mais, il s'est aperçu de quelques changements dans le fait d'exprimer ses émotions. En effet, il me raconte qu'à l'école, lors d'un jeu avec l'ensemble de la classe, il n'a pas réussi à rattraper le ballon. Il était « déprimé » selon ses mots. Quelques camarades l'ont de suite rassuré en lui disant que ce n'était pas grave. Ici, David me souligne que le fait d'exprimer sa déception a eu un impact sur le comportement de ses pairs, ils ont adapté leur réponse. Il réalise l'importance de faire comprendre aux autres ce qu'il ressent par le biais de son corps.

Un objectif essentiel de ce travail sur les communications non verbales est d'améliorer son rapport aux autres, lui permettre d'adapter l'expression de ses émotions à la situation, ceci lui permettant de mieux de faire comprendre par ses pairs notamment. Les progrès de David montrent que la rééducation l'a aidé à évoluer dans ce sens.

Ainsi, on peut supposer qu'une prise en charge psychomotrice basée sur l'expression des émotions permet une meilleure maîtrise des communications non verbales et par conséquent engendre une amélioration des compétences sociales.

CONCLUSION

Je rappelle mon hypothèse selon laquelle un travail sur l'expression des émotions chez un sujet souffrant d'incapacité d'apprentissage non verbale (IANV) permet une régulation des interactions et par conséquent une atténuation des troubles de la compétence sociale.

L'IANV est un trouble psychomoteur qui se caractérise par une dyscalculie, des troubles psycho-perceptivo-moteurs et des troubles de la compétence sociale. Ces derniers se manifestent par des difficultés relatives aux communications non verbales (CNV). Le sujet souffrant d'IANV ne parvient pas à les décoder et à les utiliser d'une façon adaptée. Une des catégories principales des CNV fait référence aux émotions, qui se révèlent être un élément essentiel dans la régulation des interactions.

L'IANV, les CNV et les émotions sont donc intimement liées. C'est d'après ce constat que j'ai supposé qu'un travail axé sur l'expression émotionnelle pourrait permettre à un enfant souffrant d'IANV d'améliorer ses compétences sociales. En effet, exprimer plus facilement ses émotions participe à l'amélioration de la régulation des interactions avec autrui. L'expression émotionnelle est un travail de base pour l'amélioration des CNV de David.

L'intérêt de cette prise en charge est de développer les habiletés nécessaires à la vie en société. Le travail avec David a pour objectif de lui permettre une expression adaptée de ses émotions. En effet, être intégré dans la société est fortement corrélé à l'adaptation de ses comportements et de ses attitudes vis-à-vis des autres. Pour que cela soit possible, il est nécessaire de maîtriser les CNV. Notre société aura tendance à émettre des jugements négatifs à l'égard d'une personne qui n'exprime rien, elle risquera d'être exclue. L'objectif d'une prise en charge basée sur l'expression des émotions est de permettre que cette expression régule les interactions sociales. Face à un sujet expressif, les interlocuteurs savent ce qu'il ressent et ne seront plus dans le doute et l'incompréhension. Leur comportement va par là même permettre au sujet une meilleure intégration sociale.

Lors de mes recherches, j'ai pu remarquer le manque d'écrit concernant l'IANV en particulier dans le rapport à l'émotion et quant au rôle de la psychomotricité dans la rééducation de ce trouble.

Pour organiser la prise en charge, je me suis basée sur la bonne capacité de reconnaissance des émotions de David. Puis, on a étudié comment peut se traduire une émotion au niveau du visage et du corps. Pour cela, il était essentiel de prendre comme support le langage verbal. Je suppose que ce travail descriptif de chaque émotion soutenu par les mots favorise la production de mimiques émotionnelles. David parvient à exprimer spontanément des expressions de joie, de surprise et de réflexion. Cependant, il lui est extrêmement difficile d'exprimer une émotion par imitation à partir d'images, de photos ou de mon visage. De plus, bien qu'il apprécie beaucoup les jeux de rôle, il a du mal à exprimer l'émotion adaptée. Il manifeste davantage son amusement. David ne semble pas se rendre compte de ses lacunes dans cette activité. Je précise tout de même que l'on a joué la petite scénette qu'une seule fois et que cette activité sera poursuivie dans la prise en charge. J'ai l'espoir de pouvoir observer une amélioration de l'expression des émotions que David aura choisi d'inclure dans l'histoire qu'il aura créé.

Après cinq mois de prise en charge, David a amélioré la qualité et la quantité de ses interactions sociales et de son regard. Ces deux éléments sont essentiels lors d'échanges avec autrui et pour la qualité de son intégration sociale. Je suppose que ce travail a permis à David de réguler l'expression de ses émotions, de se sentir plus à l'aise en présence d'autrui et d'acquérir des compétences liées aux interactions sociales.

Il me semble qu'il est encore trop tôt dans la prise en charge pour espérer une régulation totale de l'expression des émotions. De plus, malgré des progrès notables, la rééducation doit continuer. Il pourrait être intéressant de proposer une prise en charge en groupe dans le but de poursuivre le travail sur les communications non verbales et la compétence sociale. De plus, en individuel, on peut proposer un travail sur les troubles de la coordination et de l'équilibre. Ces compétences semblent essentielles chez l'enfant où l'intégration se fait en partie grâce aux jeux.

Comme je l'ai expliqué dans la partie sur la prise en charge, j'ai proposé certaines activités un peu trop rapidement. Il est essentiel de s'adapter aux progrès de l'enfant et ne pas tenir pour acquis ce qu'il a réalisé lors d'une séance.

Cependant, je ne peux pas avancer que le travail sur l'expression des émotions tel que je l'ai réalisé avec David soit une prise en charge que l'on peut proposer à tous les enfants souffrant d'IANV. En effet, tous les sujets ne développent pas les symptômes liés à l'IANV de la même façon. La problématique de David se situe au niveau de l'expression des émotions. Mais le trouble de la compétence sociale peut s'exprimer aussi par exemple par une incapacité de reconnaissance des expressions émotionnelles.

De plus, cette prise en charge ne me permet pas de généraliser car il s'agit ici d'un cas unique. Il serait intéressant de continuer ce travail par une étude regroupant plusieurs enfants souffrant d'IANV. Cela pourrait éventuellement permettre de proposer des axes de prise en charge selon leur trouble principal et peut-être répondre à de multiples questions que je me pose : Comment sont généralisés les progrès réalisés en prise en charge ? Les progrès sont-ils maintenus dans le temps ? Comment peut-on adapter la rééducation pour des sujets adolescentes et adultes ? Faut-il privilégier un travail individuel ou en groupe ?

L'implication portée à l'ensemble de ce travail m'a permis de remettre en cause mon mode de communication. J'ai réalisé à quel point il est essentiel de maîtriser ses propres émotions et d'être réceptive aux expressions émotionnelles de l'enfant lors d'une prise en charge, cela influençant la qualité de la relation thérapeutique. De plus, j'ai compris la grande nécessité d'être attentive à ce que peut exprimer l'enfant avec son corps car cela est au moins sinon plus significatif que les mots. Enfin, personnellement, ce travail m'a permis d'être plus à l'écoute de mes émotions et de repérer des mimiques et gestes qui expriment face aux autres ce que je ressens.

A travers ce mémoire, j'ai voulu montrer que l'expression des émotions est primordiale pour l'adaptation des relations interindividuelles. Or, il semble être aussi tout important de savoir maîtriser cette expression et ne pas se laisser submerger par ses émotions.

Je conclurai par cette citation de Tanya Sénecal « Exprimer ses émotions, c'est comme d'enlever les nuages noirs devant le soleil pour laisser pousser les fleurs. »

BIBLIOGRAPHIE

- **Abeilhou P. & Galtier G.** (1993). Les maux de la communication: répercussions de troubles de l'humeur sur les communications non verbales chez la personne alcoolique. *Entretiens de psychomotricité 1993* (pp.90-100). Paris : Expansion Scientifique Française.
- **Abric J.-C.** (2010). *Psychologie de la communication*. Armand Colin.
- **Agaliotis I. & Kalyva E.** (2006). Nonverbal social interaction skills of children with learning disabilities. *Research in developmental disabilities*.
- **Albaret J.-M.** (2004). Les incapacités d'apprentissage non-verbal. In C. Billard *et al.* (Eds.), *L'état des connaissances. Livret 5 : Fonctions non-verbales* (pp. 61-65). Paris : Signes éditions.
- **Albaret J.-M. & Soppelsa R.** (2004). Utilisation des programmes d'auto-instructions auprès des enfants présentant des dysfonctions non verbales, *Actes du Symposium sur les dysfonctions non verbales : les défis du diagnostic et de l'intervention* (pp.135-142). Montréal : CENOP-FL.
- **Albaret J.-M. & Castelnau P. de** (2004). Evaluation des troubles du mouvement intentionnel et des fonctions non-verbales, *Actes du Symposium sur les dysfonctions non verbales : les défis du diagnostic et de l'intervention* (pp.41-51). Montréal : CENOP-FL.
- **Alberta.** (2003). Trouble d'apprentissage de type non verbal, Alberta Learning, Canada
- **Argyle M.** (1998), *Bodily communication*, International University Press.
- **Athènes S., Sallagoity I., Zanone P.G. & Albaret J.-M.** (2004). Evaluating the coordination dynamics of handwriting. *Human Movement Science*, 23, 605-625.
- **Bénesteau, J.** (2007). Manifestations des déficits neuro-développementaux de l'hémisphère droit et troubles des communications non-verbales. In *Entretiens de Psychomotricité 2007* (pp. 3-17). Paris : Expansion Formation et Editions.
- **Blanchet C.** (2004). *L'incapacité d'apprentissage non verbal : Comment le diagnostiquer ? Comment le rééduquer ?* Mémoire en vue de l'obtention du D.E. de psychomotricien. Université Paul Sabatier.
- **Corraze J.** (1980). *Les communications non-verbales*. Paris: Presses Universitaires de France.
- **Corraze J.** (1999). *Les troubles psychomoteurs*, Marseille: Solal.
- **Cosnier J.** (1977), *Communication non verbale et langage*. *Psychologie Médicale*.

- **Côté V.**, (2009), *Validation d'une mesure d'observation des habiletés sociales au préscolaire*, Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en éducation.
- **Castelnau P. de, Bénesteau J., Chaix Y., Karsenty C., Monsan E. & Albaret J.-M.** (2003). Incapacité d'Apprentissage Non-Verbal : A propos d'un cas. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 15, 72, 83-88.
- **Drummond C., Ahmad. & Rourke B.** (2005). Rules for the classification of younger children with Nonverbal Learning Disabilities and Basic Phonological Processing Disabilities. *Archives of Clinical Neuropsychology* 20, 171-182.
- **Dufournier P.** (2001). Incidence d'un programme d'amélioration des habiletés sociales sur les fonctions supérieures d'apprentissage : étude exploratoire. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 11, Hors série, 44.
- **Gattegno M-P. & De Fenoyl C.** (2004). L'entraînement aux habiletés sociales chez les personnes atteintes du syndrome d'Asperger. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 14, 3, 109-115.
- **Gresham, Frank M. & Daniel 1. Reschly** (1987), Dimensions of social competence: Method factors in the assessment of adaptive behavior, social skills, and peer acceptance. *Journal of School Psychology*, Vol. 25(4), p. 367-381.
- **Kavalle, Kenneth A., & Forness S. R.** (1996) Social Skills Deficit and Learning Disabilities : a Meta-Analysis *Journal of Learning Disabilities*, vol. 29,
- **Lapierre L.**, (2007). *Construction d'une échelle d'évaluation des capacités de reconnaissance des expressions faciales émotionnelles*, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien.
- **Lareng-Armitage J. & Bénesteau J.** (2005). Le syndrome développemental de Gerstmann : une question d'actualité ? In *Entretiens de Psychomotricité 2005* (pp. 155-161). Paris : Expansion Scientifique Française.
- **Lussier F. & Flessas J.** (2001). *Neuropsychologie de l'enfant, troubles développementaux et de l'apprentissage*. Paris : Dunod.
- **Martin, E., Aubert, E., & Pourre, F.** (2007). Approche psychomotrice des communications non-verbales dans le syndrome d'Asperger : Evaluation et axes de prise en charge. In *Entretiens de Psychomotricité 2007* (pp. 99-109). Paris : Expansion Formation et Editions.
- **Myers, David G.** (2004). *Theories of Emotion*. Psychology: Seventh Edition, New York, NY: Worth Publishers.

- **Poirier N. & gaucher M.** (2009) Le syndrome d'Asperger et le syndrome de dysfonctions non verbales : caractéristiques et diagnostics différentiel. *Evolution psychiatrique*.
- **Roman M.A.** (1998). The syndrome of nonverbal learning disabilities: clinical description and applied aspects. <http://www.nldline.com/michaelr.htm>
- **Rothenberg, S.** (1998). Nonverbal learning disabilities and social functioning. <http://www.nldontheweb.org/Rothenberg-1.htm>
- **Rourke B.** (1989). *Nonverbal learning disabilities*. New York : Guilford.
- **Rourke B.** (2000). Syndrome of Nonverbal Learning Disabilities: Assessment Protocols. http://www.nldontheweb.org/nld_assmt_protocol.htm
- **Rourke B.** (2001). http://www.nldontheweb.org/Bryon-Rourke_QA.htm.
- **Sainson C.** (2007). Communication non verbal et dysfonctionnement exécutif post-traumatique : à propos d'un cas. *Annales de réadaptation et de médecine physique* 50, 231-239.
- **Samuel L.** (2005). Compétence sociale avec les pairs chez les jeunes enfants aux prises avec des déficiences. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*.
- **Semrud-Clikeman M. & Hynd G.W.** (1990) Right hemispheric dysfunction in nonverbal learning disabilities: social, academic, and adaptative functioning in adults and children. <http://www.nldline.com>
- **Semrud-Clikeman M.** (2007). *Social Competence in Children and Adolescents*. New York: Kluwer.
- **Soppelsa, R.** (2007). Rôle des communications non verbales dans l'agressivité de l'enfant: gestion des comportements de mise en combat. In *Entretiens de Psychomotricité 2007* (pp. 91-98). Paris : Expansion Formation et Editions.
- **Southam-Gerow M. & Kendall P.** (2002). Emotion regulation and understanding Implications for child psychopathology and therapy. *Clinical Psychology Review* 22 (2002) 189–222.
- **Stothers M.E. & Oram Cardy J.** (2012). Oral language impairments in developmental disorders characterized by language strengths: A comparison of Asperger syndrome and nonverbal learning disabilities. *Research in Autism Spectrum Disorders* 6 (2012) 519-534.
- **Theyssier P.** (2002). *Etudes des communications non verbales chez l'enfant : approche dans l'incapacité d'apprentissage non verbal*. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien.

- **Tuller B., Jantzen K., Olvera D., Steinberg F. & Scott Kelso J.A.** (2007). The influence of instruction modality on brain activation in teenagers with nonverbal learning disabilities: two case histories. *Journal of learning disabilities*.

ANNEXE

ECHELLE DE DAVID B. GOLDSTEIN 1999 IANV

Veillez répondre aux questions suivantes

NOM DE L'ENFANT:
DATE DE NAISSANCE:
AGE:
SEXE:
ECOLE:
CLASSE:
LATERALITE MANUELLE:

Ce questionnaire a été rempli par:

1 Habiletés motrices:

a- *Mon enfant a des problèmes d'équilibre (par exemple, il n'a jamais appris à faire du vélo)*

Jamais/Rarement

Parfois

Souvent/toujours

Je ne sais pas

b- *Mon enfant montre des difficultés dans les activités de motricité fine (par exemple, difficultés pour apprendre à attacher ses lacets)*

Jamais/rarement

Parfois

Souvent/toujours

Je ne sais pas

c- *Mon enfant a des problèmes d'écriture ou une écriture très lente*

Jamais/rarement

parfois

souvent/toujours

je ne sais pas

d- *Mon enfant semble maladroit*

jamais/rarement

parfois

souvent/toujours

je ne sais pas

2. Habiletés visuo-spatiales

a- *Mon enfant a des difficultés à se souvenir ou à organiser les informations visuelles ou spatiales (par exemple il a des difficultés à aligner les nombres pour faire une opération mathématique ou aligner les mots correctement sur une page)*

jamais/rarement

parfois

souvent/toujours

je ne sais pas

b- *Mon enfant paraît désorienté, perdu, confus face aux situations nouvelles*

jamais/rarement

parfois

souvent/toujours

je ne sais pas

c- *Mon enfant met du temps à se familiariser aux nouveaux endroits, environnements (par exemple, il continue à paraître confus et désorienté après être allé plusieurs fois au même endroit)*

jamais/rarement

parfois

souvent/toujours

je ne sais pas

d- Mon enfant a des difficultés à se rappeler du visage des personnes qu'il rencontre.

jamais/rarement
parfois
souvent/toujours
je ne sais pas

e- Mon enfant a une bonne mémoire auditive

oui
non
je ne sais pas

f- Mon enfant perd son chemin et a besoin d'aide pour le retrouver

jamais/rarement
parfois
souvent/toujours
je ne sais pas

g- Mon enfant a de bonnes capacités verbales (par exemple un vocabulaire impressionnant et un langage apparu précocement)

oui
non
je ne sais pas

3. Habiletés interpersonnelles

a- Souvent, mon enfant ne comprend pas l'humour dans les blagues car il interprète tout littéralement, au sens propre.

jamais/rarement
parfois
souvent/toujours
je ne sais pas

b- En interaction avec les autres, mon enfant a des difficultés à lire les communications non verbales, comme le ton de la voix ou les expressions faciales.

jamais/rarement
parfois
souvent/toujours
je ne sais pas

c- Mon enfant interprète ce que je dis au premier degré

jamais/rarement
parfois
souvent/toujours
je ne sais pas

d- Mon enfant a des difficultés à transférer ce qu'il apprend dans une situation sociale à d'autres similaires (par exemple, mon enfant paraît confus quand il est confronté à des petits changements dans une situation sociale fréquemment rencontrée)

jamais/rarement
parfois
souvent/toujours
je ne sais pas

On suspecte une incapacité d'apprentissage non verbale quand les parents reportent les réponses « parfois » ou « souvent » dans plus de la moitié des items moteurs (au moins 3 sur 4), visuo spatiaux (au moins 4 sur 7), et interpersonnels (au moins 3 sur 4).

The Children's Nonverbal learning Disabilities Scale was Excerpted from the Developmental Screening and Referral Inventory by David B. Goldstein, Ph. D., 1999.

Voir ce site <http://www.mind-steps.com/>

RESUME

L'incapacité d'apprentissage non verbal (IANV) est un trouble relativement récent et mal connu. Il se caractérise par une dyscalculie, des troubles psycho-perceptivo-moteurs et des troubles de la compétence sociale. Ce dernier dysfonctionnement provoque notamment des difficultés dans le décodage et l'utilisation des communications non verbales et en particulier dans la discrimination et l'expression des émotions.

Dans une partie pratique, je présenterai une rééducation psychomotrice chez David, un garçon de neuf ans, pour qui je pose l'hypothèse d'une IANV. J'ai proposé une prise en charge basée sur l'expression émotionnelle dans l'espoir que cette rééducation permette une meilleure maîtrise de la compétence sociale. Après quelques mois de travail, le regard de David devient totalement adapté et on peut noter une régulation des interactions sociales.

Mots clés : Incapacité d'apprentissage non verbal, Communication non verbale, Compétence sociale, Emotions, Régulation des interactions sociales, Syndrome d'Asperger.

SUMMARY

The Nonverbal Learning Disability is a little known and relatively new trouble. It is characterized by a dyscalculia, psycho-perceptual-motor and social skills disorders. This last dysfunction particularly provokes difficulties to decrypt and use nonverbal communications and in particular discrimination and emotional expression.

In a practical part, I will present a psychomotor reeducation of David, a nine years old boy, who I assume there is a NVLD. I have suggested a care based on the emotional expression hoping that this reeducation allows a better control of social competence. After several months of work, the look of David becomes fully adapted and we can note a regulation of social interactions.

Keywords: Nonverbal Learning Disability, Non verbal communication, Social skills, Emotions, Regulation of the social interactions, Asperger syndrome.