

# **l'enfant agité et distrait en psychomotricité**

JM Albaret

*Faculté de médecine, enseignement de psychomotricité, 118, route de Narbonne, 31062 Toulouse cedex*

Reçu le 29 janvier 1996 ; accepté le 12 février 1996

**I**ncapables de « s'arrêter, de regarder et d'écouter » [3], les enfants hyperactifs se singularisent rapidement, dès le premier âge. Ils sont décrits par les parents comme toujours en mouvement, parlant beaucoup, n'obéissant pas aux ordres, sujets aux accidents domestiques. Leurs comportements, à différencier de la simple exubérance du jeune enfant, perturbent profondément les milieux dans lesquels ils évoluent, à commencer par la famille. Débordés, les parents mettent en place un arsenal aussi répressif qu'inefficace qui, à son tour, exacerbe les manifestations. Quelquefois tolérés dans le milieu familial, malgré l'intensité des symptômes, les enfants agités et distraits se rendent vite insupportables à l'école, lorsque le niveau d'exigence s'accroît. Ces enfants, dont la motricité est rarement en repos, grimpent sur les bureaux, courent dans la salle de classe, sautent, crient, bousculent leurs camarades, interrompent l'enseignant de façon intempestive ou encore se trémoussent sur leur chaise et manipulent en permanence des objets (gomme, crayon, petites voitures, etc). Bref, un ensemble de manifestations, stériles, qui, à plus ou moins long terme, peut entraîner le rejet des pairs ou l'éviction scolaire.

L'hyperactivité de l'enfant qui s'accompagne fréquemment de l'impulsivité et des troubles de l'attention touche de 2 à 9 % des enfants selon

les études [1] et principalement les garçons. L'ensemble du tableau est souvent associé à des troubles des conduites, des incapacités d'apprentissage, des états anxieux et des états dépressifs pour ne signaler que les principales comorbidités. Le diagnostic différentiel est fait avec l'autisme ; les arriérations mentales et les états anxieux.

## **présentation**

L'hyperactivité de l'enfant se conçoit actuellement dans le cadre du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité dont les symptômes sont définis par le DSM-IV [4] autour de deux dimensions : les troubles de l'attention ; l'hyperactivité-impulsivité. La classification internationale des maladies (CIM 10) définit, de son côté, les « troubles hyperkinétiques » mais ne considère qu'une seule dimension qui est celle de la « perturbation de l'activité et de l'attention » [5].

Les deux séries de manifestation vont, selon leur coexistence, leur intensité, le caractère envahissant ou situationnel, déterminer autant de tableaux cliniques qui nécessitent, dans leur grande majorité, la mise en place d'un traitement multimodal [2]. Par multimodalité, nous entendons l'utilisation conjointe :

– de thérapeutiques médicamenteuses, en évitant une approche réductionniste où se côtoient le refus systé-

matique de celles-ci ne reflétant qu'un point de vue purement idéologique et la mise sous psychostimulant sans l'associer aux autres modalités d'intervention ;

- la mise en place d'une thérapie psychomotrice ;
- la prise en charge de la famille (groupe de parents, entraînement aux techniques de modifications des comportements) ;
- l'aménagement du milieu scolaire.

Les différents auteurs [1, 3, 6] qui font référence en la matière prônent tous une telle approche qui a le mérite de pouvoir fournir une aide réelle et modulable à des enfants et des parents dont la souffrance est, en général, à la mesure des perturbations qu'occasionnent les comportements de l'enfant dans les différents milieux où il évolue. On a pu discuter l'efficacité de telle ou telle thérapeutique, isolée ou combinée, la supériorité de telle autre. Si tout n'est pas encore totalement établi, il n'en demeure pas moins que les différents aspects (perceptivo-moteurs, psychomoteurs, cognitifs, psychologiques, sociaux, etc) de la pathologie nécessitent des actions thérapeutiques spécifiques et individualisées.

Mon propos se limitera à fournir un aperçu de la place de la psychomotricité dans la prise en charge de l'enfant agité et distrait. Le point de vue du psychomotricien est toujours à confronter avec les données recueillies par les autres intervenants (orthophoniste, psychiatre, psychologue) pour brosser un tableau d'ensemble qui permettra la mise en place d'un programme thérapeutique multimodal adapté à l'enfant.

## **l'examen psychomoteur**

Le travail du psychomotricien débute par l'évaluation du trouble. Elle s'effectue par l'observation de l'enfant en situation et par le biais de tests qui vont préciser la nature des manifestations de l'enfant et leur intensité.

L'hyperactivité est une donnée première de l'observation. L'enfant montre souvent une activité incessante, inépuisable, manipulant rapidement puis rejetant tour à tour les différents objets présents dans la salle. Il se tortille sur sa chaise, se lève et se rassied, parcourt la salle en tout sens. Les différentes échelles de développement psychomoteur montrent le niveau d'agitation de l'enfant, face à une consigne exigeant une adaptation déterminée de mouvements, et son impulsivité, obligeant l'examinateur à répéter les consignes.

Au cours de l'examen, l'enfant répond sans réfléchir, sans analyser suffisamment les éléments mis à sa disposition. Dans les différents tests (orientation droite-gauche, imitation de gestes), le sujet donne des réponses rapides mais erronées. L'impulsivité au niveau moteur est l'un des éléments les plus remarquables au cours de l'examen.

Le premier mouvement programmé par le sujet est exécuté quelles qu'en soient les conséquences, même si elles peuvent s'avérer dangereuses pour lui. Le sujet répond rapidement mais n'exécute qu'une partie de la consigne ou bien s'interrompt rapidement pour demander ce qu'il faut faire. Les labyrinthes de Porteus donnent une mesure de l'impulsivité.

Au cours de l'examen, les enfants répondent au moindre stimulus parasite, qu'il s'agisse d'un mouvement de l'observateur, de l'ouverture d'une porte ou de la sonnerie du téléphone. Le regard a du mal à se focaliser sur l'exercice en cours, l'enfant papillonne, passant rapidement d'un coin du bureau à l'autre. On évalue l'attention, dans ces différentes dimensions, à l'aide d'un test de barrage, consistant à discerner rapidement et à barrer certains éléments (lettres, chiffres, signes, formes géométriques) à l'exclusion des autres avec lesquels il peut y avoir confusion, et du test de Stroop, où l'on demande au sujet de nommer les couleurs d'impression de noms de couleur en ignorant le texte écrit (rouge écrit en vert, par exemple).

À l'examen proprement dit, s'ajoutent des questionnaires à remplir par les parents et les enseignants qui ont l'avantage d'une passation aisée et rapide pour la majorité d'entre eux (questionnaires de Conners, de Barkley ou liste des comportements d'Achenbach). Ils fournissent un ensemble de données sur des comportements qui n'apparaissent pas forcément au cours des examens cliniques et paracliniques et sont remplis par des personnes qui vivent avec l'enfant et peuvent donc, à ce titre, différencier ce qui est situationnel, anecdotique de ce qui est permanent et stable. De plus, les questions portent sur une grande variété de situations que la clinique ne saurait épuiser à elle seule. Utilisés à intervalles réguliers au cours du traitement, ils refléteront les variations qui lui sont liées et le point de vue de la famille et de l'enseignant.

## **la thérapie psychomotrice**

À partir de l'ensemble de ces informations, un schéma thérapeutique général peut se dessiner. Le psychomotricien interviendra sur la symptomatologie en cherchant à :

- amener l'enfant à comprendre la nature de ses déficits et en quoi l'entraînement proposé peut constituer une aide ;
- renforcer la motivation de l'enfant ;
- accroître progressivement le temps de concentration et d'attention sur une tâche donnée ;
- développer les capacités d'autocontrôle afin de diminuer l'impulsivité ;
- réduire l'hyperactivité en atténuant les mouvements ou les comportements incompatibles avec le travail en cours ;

– avec les adolescents, améliorer les habiletés sociales, la compréhension et l'expression des communications non verbales.

Un certain nombre d'éléments constituent le cadre général de la thérapie :

- répéter les instructions ;
- encourager les sujets, en augmentant la fréquence des renforcements positifs ;
- alterner la nature des activités ;
- réduire la longueur normale des activités, donc user de petits modules de temps ;
- s'arrêter souvent, ménager des pauses ;
- visualiser, par un réveil ou une pendule murale, l'écoulement du temps ;
- détailler le contenu des programmes ;
- utiliser des stimulus attrayants (couleurs, mouvements, etc) ;
- préciser un nombre de règles limitées qui s'appliqueront au cours des séances.

À l'intérieur de ce cadre, différentes techniques sont utilisées conjointement, à savoir les programmes d'auto-instruction, la résolution de problèmes, les exercices d'attention, la relaxation et le biofeedback.

Toute intervention est l'objet d'une évaluation en cours de thérapie et après 15 à 20 séances pour déterminer l'impact de cette dernière sur les problèmes considérés et réorganiser, si besoin est, la fréquence et le déroulement des séances.

### **programme d'auto-instruction**

Dans les programmes d'auto-instruction, le principe général est d'utiliser les verbalisations de l'enfant, son soliloque, pour atténuer les comportements impulsifs et l'agitation en s'appuyant sur la fonction directrice du langage, telle qu'on la trouve définie chez les psychologues russes, Vygotsky et Luria. Au départ, l'adulte donne des instructions à voix haute à l'enfant pour l'aider à réguler son comportement moteur. Dans un second temps, l'enfant intériorise les instructions pour contrôler lui-même, sans intervention extérieure, sa propre activité motrice.

L'apprentissage est progressif, cognitif et directif en amenant l'enfant à expliciter verbalement les stratégies à utiliser pour mener à bien la tâche.

Il se déroule classiquement en cinq phases :

- l'adulte exécute une tâche en la décrivant à voix haute. L'enfant observe et écoute. Par exemple : « Je prends la balle rouge dans la caisse, je marche jusqu'au cerceau, je pose la balle à l'intérieur du cerceau » ;
- le sujet exécute la tâche sous la direction de l'adulte dont les commentaires accompagnent l'action ;

- le sujet exécute seul la tâche et se parle à voix haute ;
- le sujet refait la même chose mais cette fois à voix chuchotée ;
- en dernier lieu, l'enfant utilise le langage mental et ne montre aucun signe externe de verbalisation.

La thérapeutique est ici très directive mais la directivité est bien souvent nécessaire, en particulier avec les enfants porteurs d'un syndrome déficitaire de l'attention. Certaines critiques de ce genre d'intervention portent sur le fait que l'enfant agité et distrait utilise parfois déjà spontanément de telles procédés sans pour autant en tirer bénéfice et qu'il n'est pas nécessaire de surenchérir sur quelque chose d'inutile. En fait, les verbalisations que l'adulte utilise peuvent être considérées comme un guide, une « couverture verbale » qui, peu à peu, lorsque leur fréquence diminue, laisse l'occasion à l'enfant d'introduire son propre soliloque. L'importance de la collaboration enfant-adulte est alors essentielle. Encourager l'enfant à verbaliser les stratégies utilisées avec ses mots propres, en l'aidant à se focaliser sur le contenu de ce qu'il dit est certainement un bon moyen de ralentir le rythme de son activité. Tous les enfants ne bénéficient pas de cette stratégie mais il est encore difficile d'en préciser exactement les indications.

Une variante du programme d'auto-instructions consiste à utiliser des fiches sur lesquelles sont portées toutes les étapes d'un exercice à réaliser ou d'un problème à résoudre pour lui permettre de suivre pas à pas la progression de sa réalisation et limiter par ce moyen son impulsivité. Le but est de modifier les automatismes habituels faits de distraction et de précipitation qui interdisent toute élaboration un peu complexe.

### **résolution de problèmes**

La résolution de problèmes est un procédé thérapeutique dans lequel on recherche un ensemble de réponses alternatives potentiellement efficaces pour répondre à la situation problématique. Les étapes en sont la définition du problème, la détermination des solutions possibles et de leurs conséquences, la prise de décision accompagnée de l'évaluation des moyens à mettre en œuvre pour réaliser la solution retenue et l'application de celle-ci.

Les problèmes utilisés dans le cadre de ces techniques sont soit des problèmes impersonnels, soit des problèmes interpersonnels. Dans les deux cas, on retient des problèmes bien délimités, adaptés aux capacités de l'enfant mais dont la solution n'est pas immédiate et qui l'obligent à fournir un effort. L'enfant est invité à donner toutes les solutions possibles et, par exemple, à les inscrire au tableau ou sur une feuille. Le caractère saugrenu ou extravagant des solutions n'est pas à rejeter systématiquement.

Il est plus intéressant de reprendre une à une les solutions pour en étudier la viabilité et chercher en quoi elles ne peuvent s'appliquer, plutôt que de les écarter sans discussion. Cette partie peut avoir un côté attrayant et humoristique qui n'est pas négligeable. L'étude des conséquences ramène l'enfant dans le réel. Il peut alors retenir une solution et, dans le cas de problèmes avec support matériel, mettre en place la solution choisie et juger de son adéquation.

Les problèmes impersonnels exigent une adaptation de mouvements et l'exploration de stratégies cognitives. Ils sont utilisés, dans un premier temps, pour familiariser l'enfant avec le procédé : par exemple, exécuter une consigne motrice avec un matériel limité et précis ou se servir de jeux ou casse-tête (tour de Hanoï, problèmes d'échecs). Les problèmes interpersonnels sont ensuite envisagés à partir de scénarios correspondant aux principales sources de conflit que l'enfant ou l'adolescent rencontrent habituellement. Ils peuvent être imaginés par le thérapeute ou proposés par l'enfant.

La résolution se fait d'abord sur un mode verbal uniquement en insistant sur les alternatives à l'agression. Puis le thérapeute joue avec l'enfant la scène de quelques minutes dont les différentes séquences ont été définies au préalable. Lorsque le travail se fait en groupe, la scène est rejouée par deux enfants. Si la scène est filmée, elle peut être visionnée ensuite et faire l'objet d'une discussion avec le sujet sur les aspects positifs, donc à conserver, et ceux qui le sont moins et peuvent être améliorés. En fonction de ces indications, la scène est rejouée. La confrontation à la réalité quotidienne est un élément majeur pour permettre la généralisation de la procédure à des situations nouvelles. On cherche à se rapprocher peu à peu de situations plus ouvertes et donc plus complexes qui sont celles que l'on rencontre dans la vie quotidienne.

## exercices d'attention

Les exercices d'attention sont destinés à favoriser l'exploration du champ perceptif, auditif et surtout visuel. On utilise, à cette fin, différents supports comme les labyrinthes, les puzzles, les recherches de différences ou à l'inverse les appariements de situations ou d'objets ayant des caractères communs, les exercices de mémorisation immédiate ou différée, l'observation et la reproduction de déplacements dans la salle, l'entraînement haptique.

Les labyrinthes permettent l'apprentissage de stratégies générales pour faire face au défaut d'attention : exploration systématique, dispositifs palliatifs, modifications cognitives. Leur complexité varie pour s'adapter à l'âge et aux possibilités de concentration.

Les puzzles sont utilisés à tout âge en insistant sur la méthode de tri des pièces. On changera fréquemment de modèle en insistant sur la variété des couleurs. Le puzzle peut être refait sur le modèle, puis à côté, ou encore, pour les plus jeunes, inversé, ne laissant que les dernières pièces à placer. Le *Tangram* est utilisé secondairement ou avec les plus âgés.

Les recherches de différence sont effectuées à différents niveaux : arrangements d'objets dans la salle avec ou sans déplacement du sujet ; images, dessins au tableau ; rythmes frappés sur des instruments (tambourin, triangle, bongo, etc). L'appariement peut emprunter les jeux de type loto ou encore des mises en situation comme celle-ci : après avoir disposé sur un tableau magnétique, des formes géométriques de couleurs différentes, on demande à l'enfant de n'enlever que les formes possédant des caractéristiques précises (carré rouge par exemple). La multiplication des consignes de catégorisation complexifie progressivement la recherche.

Tout parcours réalisé avec différents objets (cerceau, banc suédois, chaises, plots, etc) peut servir de support à l'activité déplacements. On commence par des exercices très courts avec reproduction motrice pour finir par des trajets dessinés sur un plan de la salle.

La recherche d'une meilleure discrimination haptique au niveau manuel a des effets positifs sur la focalisation de l'attention et permet de diminuer l'impulsivité, comme l'ont montré plusieurs travaux. On demande ainsi aux enfants de réaliser des puzzles de une à huit pièces, des encastrement et des discriminations d'objets sans le secours de la vue. Ceci est réalisé avec des dispositifs masquant les mains (travail derrière un cache, dans un sac de toile, mains dans le dos ou sous la table, yeux bandés). Des démonstrations sur les façons optimales de procéder sont également fournies par le thérapeute.

Les exercices d'équilibre utilisant un matériel comme les planches d'équilibre, le rouleau ou la boule d'équilibre permettent aussi cette centration sur les informations haptiques et sont retenus dans cette optique.

De nombreux jeux sur ordinateur sont disponibles et certains possèdent des caractéristiques qui autorisent leur utilisation soit comme renforçateur, soit comme exercice d'attention. Tous les logiciels dont la base est un labyrinthe en deux ou trois dimensions, un puzzle ou un appariement d'objets (*Taipei*, par exemple) sont intéressants. De la même façon, les logiciels de résolution de problèmes sont nombreux. On privilégiera les jeux dont les parties sont courtes, possédant différents niveaux de difficulté, sans oublier que la présence du thérapeute est un préalable indispensable.

Dans chacun de ces exercices, l'utilisation des programmes d'auto-instruction ou les techniques de résolution de problèmes sont associées pour constituer un

## critères diagnostiques selon le DSM-IV

*Première série : inattention.*

Le diagnostic exige au moins six symptômes sur neuf :

1. Souvent manque d'accorder une attention suffisante aux détails ou fait des fautes de négligence dans l'activité scolaire, les activités ordinaires de travail ou non.
2. A souvent des difficultés à soutenir son attention dans des tâches ou des jeux.
3. Souvent ne semble pas écouter ce qu'on lui dit.
4. Souvent ne suit pas tout au long les consignes et n'arrive pas à terminer les activités scolaires, les occupations quotidiennes de son travail sans qu'il s'agisse d'un comportement oppositionnel ou d'une incapacité à comprendre les instructions.
5. Souvent présente des difficultés d'organisation.
6. Souvent évite ou rechigne fortement devant des activités qui exigent un effort mental soutenu (travaux scolaires ou travaux ménagers).
7. Souvent perd les choses indispensables à des activités (emploi du temps scolaire, crayons, livres, instruments, jouets).
8. Souvent est dérangé par des stimuli extérieurs.
9. Souvent a des oublis dans les activités quotidiennes.

*Deuxième série : hyperactivité-impulsivité.* Le diagnostic exige au moins quatre symptômes sur six.

*Hyperactivité :*

1. Souvent agite les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège.
2. Dans des situations qui exigent de rester assis, ou en classe, quitte son siège.
3. Dans des situations inappropriées, court et grimpe de façon excessive (des adolescents et des adultes peuvent se borner à éprouver une agitation).
4. Souvent éprouve des difficultés à jouer ou à s'engager dans des occupations de loisir.

*Impulsivité :*

5. Souvent, avant que les questions posées soient achevées, il laisse échapper des réponses.
6. Souvent a des difficultés à attendre dans une file ou à attendre son tour dans des jeux ou des situations de groupe.

On donne ensuite quatre conditions supplémentaires pour porter le diagnostic :

1. Le début ne se produit pas après 7 ans.
2. On trouve les symptômes dans au moins deux situations (par exemple : école, maison, travail).
3. Le trouble engendre une détresse cliniquement significative ou une inadaptation dans le fonctionnement social, scolaire ou professionnel.
4. Le trouble a) ne se produit pas de façon exclusive dans un trouble envahissant du développement, une schizophrénie ou une autre psychose ; b) ne peut pas être mieux qualifié comme un trouble affectif, un trouble anxieux, un trouble dissociatif ou un trouble de la personnalité.

élément de continuité et d'homogénéité et pour permettre d'envisager plus aisément les problèmes de généralisation du bénéfice thérapeutique à l'extérieur de la salle.

## place de la relaxation et du biofeedback

Différentes formes de relaxation sont mises en place dans le cadre du traitement des enfants agités et distraits : relaxation progressive, relaxation comportementale, training autogène, méditation et leurs dérivés. Cela ne va pas sans poser quelques difficultés. Il est, en effet, impossible de l'utiliser en première intention et tant que l'hyperactivité prédomine. Demander à l'enfant d'accepter l'immobilité pendant quelques minutes, voire quelques secondes, et de se concentrer sur les informations corporelles, conditions essentielles pour que l'on puisse parler de relaxation, est extrêmement problématique si l'enfant présente un trouble envahissant (c'est-à-dire présent dans toutes les situations). Il est nécessaire de prévoir un nombre de séances suffisant (12 à 15) pour que l'on puisse en attendre des résultats à long terme.

L'appareil de biofeedback ou rétroaction biologique est un instrument électronique qui enregistre avec une grande précision des variables physiologiques (par exemple électromyographie, température de la peau, réponse électrodermale) et les transforme en signaux visuels ou auditifs qui sont retournés au sujet. Ceux-ci peuvent alors être modifiés par le sujet dans un sens préétabli. L'utilisation des techniques de biofeedback dans le cadre du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité a fait l'objet de plusieurs travaux qui indiquent une baisse du niveau d'activité musculaire et vont dans le sens d'une amélioration des capacités attentives, d'une diminution de l'impulsivité, l'irritabilité et l'hyperactivité. La combinaison relaxation et biofeedback donne des résultats intéressants, mais les restrictions concernant la relaxation (intensité des troubles, utilisation secondaire) doivent être prises en compte.

## conclusion

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité est suffisamment problématique et douloureux pour l'enfant et sa famille, ses conséquences sont telles sur le devenir de l'enfant que sa prise en charge, individualisée, doit faire l'objet d'une concertation entre les différents intervenants et ne pas céder à l'improvisation sauvage et à l'amateurisme. Selon le degré d'intensité des troubles, on associera à la thérapie psychomotrice une chimiothérapie par psychostimulants, une prise en charge fami-

liale et un aménagement, quand cela est possible, du milieu scolaire.

L'aspect multimodal de la thérapeutique est incontournable si l'on veut restaurer le sentiment d'efficacité personnel de l'enfant, asseoir l'insertion de l'enfant dans ses milieux de vie et espérer un bénéfice à long terme. En effet, le trouble ne disparaît pas à l'adolescence, ni à l'âge adulte [6], même si certaines manifestations peuvent s'atténuer spontanément. Le psychomotricien joue un rôle clef dans l'évaluation de la symptomatologie qui exige, outre les entretiens et les questionnaires, l'utilisation de tests standardisés adaptés au problème posé. Mais il est aussi au cœur de la prise charge et son impact sur les dimensions cognitivocomportementales est essentiel. L'important est, outre l'aspect multimodal, d'adapter précisément les moyens d'intervention aux difficultés de l'enfant et de sa famille.

## références

- 1 Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: The Guilford Press, 1990
- 2 Corraze J, Albaret JM. L'enfant agité et distrait. Paris : Expansion Scientifique Française, 1996 (à paraître)
- 3 Douglas VI. Treatment and training approaches to hyperactivity: establishing internal or external control. In: Whalen CK, Henker B, eds. Hyperactive children: the social ecology of identification and treatment. New York: Academic Press, 1980:283-317
- 4 DSM IV. Draft Criteria. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1993
- 5 Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Paris : Masson, 1992
- 6 Weiss G, Hechtman LT. Hyperactive children grown up. 2th ed. New York: Guilford Press, 1993