

Prise en charge psychomotrice de la distractibilité chez une enfant présentant des troubles langagiers et attentionnels

Etude du cas d'Estelle



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

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
--------------------	---

PARTIE THEORIQUE

I. Le langage oral et son déficit.....	4
A. Le langage oral.....	4
1. Définition du langage	4
2. Développement du langage oral	4
B. Le trouble du langage oral (TLO)	5
1. Définitions	5
2. Classifications	6
3. Démarche diagnostique	8
4. Hypothèses étiologiques	10
5. Les troubles associés /comorbidités	11
6. Retentissements au quotidien	13
II. L'attention et son déficit.....	14
A. L'attention	14
1. Définitions de l'attention	14
2. Les types d'attention	15
B. Le déficit attentionnel	15
1. La démarche diagnostique	16
2. Cas du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H).....	16
3. Répercussions d'un TDA sur le quotidien.....	20
III. Relations langage et attention	21
A. Construction du langage et de l'attention	21
1. Langage et attention conjointe	21
2. Attention et langage intérieur.....	21
B. Comorbidités	22
1. Lien troubles du langage oral et troubles de l'attention.....	22
2. Et la relation avec les troubles moteurs ?	23
C. Adaptation de la prise en charge psychomotrice.....	25

1. Adaptations face au trouble du langage oral	25
2. Adaptations des techniques du TDA/H au trouble du langage	25
3. Bases théoriques des axes de prise en charge	27

PARTIE PRATIQUE

I. Présentation d'Estelle	31
A. Anamnèse	31
1. Premières observations	31
2. La scolarité	31
3. Le domicile	32
B. Différents bilans	32
1. Bilan psychologique (Octobre 2015)	32
2. Bilan orthophonique (Octobre 2015)	33
3. Bilan psychomoteur (Octobre 2015)	35
4. Bilan neuropsychologique (Octobre 2015)	37
5. Bilan orthoptique (Janvier 2017)	37
C. Projet de soin psychomoteur	38
D. Prises en charge sur l'année en cours	38
II. Présentation de l'essai de rééducation	39
A. Réflexion initiale	39
B. Observations cliniques	40
C. Tests d'attention	40
D. Objectifs de l'essai	43
E. Moyens utilisés	43
III. Déroulement et évolution	45
A. Organisation des séances	45
B. Evolution au cours des séances	48
C. Re-test	53
D. Conclusion de la prise en charge	56
DISCUSSION	58
CONCLUSION	61

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

Annexe 1 : Frise du déroulement de la séance

Annexe 2 : fiche « les 10 points »

Annexe 3 : fiche « pendant l'activité »

Annexe 4 : réglette de difficulté

Annexe 5 : grille d'observation des comportements

Annexe 6 : règles des activités proposées en prise en charge psychomotrice

INTRODUCTION

Etant en stage dans un Centre Médico-Psychologique durant cette troisième année de psychomotricité, j'ai pu être confrontée à de nombreux troubles issus du champ de l'enfance. Ainsi, nombreux sont mes patients présentant des troubles langagiers. Les troubles du langage oral sont considérés comme neurodéveloppementaux et touchent 5% des enfants en âge scolaire et environ 1 à 8% de la population générale française. En termes de sexe ratio, ils affectent environ 3 à 4 garçons pour une fille.

Les comorbidités psychomotrices associées sont multiples, allant du trouble d'acquisition des coordinations (TAC) au trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). Il paraît donc indispensable d'adapter la prise en charge psychomotrice de ces derniers au trouble du langage oral. C'est dans ce contexte qu'Estelle, une jeune fille âgée de sept ans, a participé à l'étude de cas qui illustre ce mémoire. Elle présente un trouble persistant du langage oral accompagné de troubles attentionnels et moteurs. Les déficits attentionnels constituent la difficulté la plus handicapante dans sa vie quotidienne. C'est ici que mon questionnement prend source : comment rééduquer la distractibilité importante de cette enfant en prenant en considération ses difficultés langagières ? Ainsi, mes objectifs étaient :

- D'approfondir mes connaissances théoriques sur ces troubles et notamment les techniques de rééducations actuelles les concernant.
- De trouver du matériel et des points d'ancrage sur lesquels m'appuyer pour adapter ma prise en charge à Estelle et à ses difficultés de langage.
- De transmettre des outils et des techniques d'auto-contrôle réutilisables dans le milieu écologique pour gérer cette distractibilité.

Pour ce faire, un recueil sur les données théoriques actuelles concernant le trouble du langage oral et le trouble déficitaire de l'attention sera présenté en partie théorique. Ceci permettra de poser les bases de la rééducation, sur lesquelles celle-ci repose. Le lien entre l'attention et le langage sera ensuite mis en exergue, accompagné d'un inventaire sur les techniques utilisées et les adaptations possibles pour réduire ces troubles chez Estelle.

Cet écrit se poursuivra par une présentation détaillée du cas d'Estelle avec notamment l'ensemble de ses bilans afin de cerner plus en profondeur son fonctionnement et sa problématique qui en découle. Enfin, la dernière partie sera constituée de la présentation de l'essai de rééducation psychomoteur proposé à cette enfant, en clarifiant les outils mis en place, le déroulement des séances ainsi que l'évolution d'Estelle au cours de celles-ci.

Partie théorique

I. Le langage oral et son déficit

A. Le langage oral

1. Définition du langage

Le langage est un système de communication complexe et spécifique au genre humain. En effet, il est considéré comme la capacité que les hommes ont pour exprimer leurs pensées, leurs sentiments et communiquer avec autrui grâce à l'utilisation de signes conventionnels vocaux et graphiques. Ceux-ci constituent une langue.

Ce langage est composé d'une partie écrite et d'une partie orale. Nous détaillerons ici cette dernière. Le langage oral possède deux versants : expressif et réceptif. Le versant expressif comprend : l'articulation, la phonétique, la phonologie, le vocabulaire, la sémantique, la pragmatique, la syntaxe et la prosodie. Le versant réceptif comprend la perception des sons, la conscience phonologique ainsi que la compréhension du lexique, des phrases et du sens. L'ensemble de ces facultés sont nécessaires pour la compréhension et la production du langage oral.

2. Développement du langage oral

L'enfant acquiert la plupart des principes de sa langue maternelle entre un et quatre ans (Bassano, 2007). Ce développement est étroitement lié au développement du cerveau, notamment l'hémisphère gauche, région dans laquelle se situe les zones responsables du langage. Le développement de ce langage témoigne l'intégrité du système nerveux central. Il est le produit de l'interaction entre le développement des aptitudes innées, déterminé génétiquement, et les informations linguistiques fournies par l'environnement.

Les principales phases sont donc les suivantes :

- 2 mois : premières vocalisations
- 8-10 mois : babillage, répétition de syllabe, comprend le « non » et quelques mots, comprend les instructions simples, premières formes verbales en situation de rituel, identifie les intonations
- 12-16 mois : compréhension de 10 à 200 mots, expression de 12 mots en moyenne, dénomination des objets

- 16-24 mois : explosion lexicale (lorsque l'enfant a appris 50 mots, il se met à acquérir entre 4 et 10 mots nouveaux par jour)
- 18-20 mois : association de mots, vocabulaire de 50 à 100 mots
- 24-36 mois : développement grammatical, comprend entre 200 et 500 mots, exécute des consignes simples, adopte les premières règles de communication, dit son prénom
- 3 ans : production de phrases de 3 mots, utilise des pronoms personnels (je, tu) et le « moi », comprend des ordres complexes
- 4 ans : utilise les aspects phonologiques, connaît des milliers de mots, utilise les règles phonologiques et syntaxiques, s'exprime par des phrases avec plus de 5 mots, pose des questions

B. Le trouble du langage oral (TLO)

Suivant les auteurs et les classifications actuelles, le trouble du langage oral emprunte différentes terminologies : dysphasie de développement, trouble spécifique du langage oral, trouble spécifique du développement du langage, specific language disorder, specific language impairment, developmental language disorder... Cependant, avec l'apparition du DSM V, le terme « dysphasie » disparaît de la littérature et « trouble spécifique du langage oral » devient « trouble du langage oral ».

1. Définitions

Les définitions concernant ce trouble sont nombreuses en raison de sa grande hétérogénéité.

La définition par exclusion de Gérard (1991) est l'une des plus répandue. Pour lui, le trouble du langage oral est un « déficit durable des performances verbales, significatif en regard des normes établies pour l'âge. Cette condition n'est pas liée à un déficit auditif, une malformation des organes phonatoires, une insuffisance intellectuelle, une lésion cérébrale acquise au cours de l'enfance, un trouble envahissement du développement, une carence grave affective ou éducative ». Il rajoute qu'il y a une absence de fluence dans le discours et que celui-ci reste souvent inintelligible après 6 ans.

Le comité Ad Hoc Dysphasie de l'OOAQ (Québec) a donné une autre définition de ce trouble en 2004. Ainsi, c'est un : « trouble primaire du langage, dans les sphères expressive ou expressive et réceptive, qui s'observe par des atteintes variables affectant le développement de plus d'une composante du langage (phonologie, morphologie, syntaxe, sémantique, pragmatique). En plus d'une hétérogénéité des manifestations de ce trouble d'un individu à l'autre, il se caractérise, chez un même individu, par la persistance, la variabilité du portrait clinique dans le temps, de même que par une forte probabilité qu'il y ait peu d'évolution sans intervention. La dysphasie est souvent accompagnée d'autres signes et peut aussi coexister avec d'autres déficiences. Elle a des répercussions qui peuvent entraver le développement et le fonctionnement de l'individu sur le plan personnel, social, scolaire ou professionnel. Par conséquent, la dysphasie engendre des situations de handicap et des préjudices variables pour l'individu et son entourage selon les circonstances et à tous âges de la vie. » Cette définition permet d'appréhender le trouble dans sa globalité.

Le trouble du langage oral est donc un trouble neurodéveloppemental sévère et persistant affectant la construction du langage oral. Ainsi, l'expression et la compréhension sont touchées, engendrant des difficultés au niveau de la phonologie, de la morphologie, de la sémantique, de la pragmatique et de la syntaxe. Néanmoins, les communications non verbales sont conservées. C'est un trouble structurel, touchant la structure du langage, en lien avec un dysfonctionnement des structures cérébrales (Habib, 2000).

Selon Soares-Boucaud (2009), c'est à partir de trois ou quatre ans que ce trouble langagier se repère. Ainsi, à 6 ans, le langage est absent ou très sommaire.

2. Classifications

De nombreuses classifications ont tenté de répertorier les troubles du langage. Parmi celles-ci nous pouvons citer celle de Rapin et Allen (1988) ou encore celle de Gérard (1991). Néanmoins, ces classifications ne permettent pas de poser un diagnostic clair. Tout d'abord parce qu'un enfant peut présenter des symptômes de plusieurs catégories mais aussi parce qu'ils peuvent évoluer pendant le développement de l'enfant. C'est pourquoi, la CIM10 et le DSMV ont simplifié les classifications. Il est important de noter que malgré cette simplification, l'expression des troubles dans la vie quotidienne n'est pas systématiquement superposable aux pathologies énoncées ci-dessous.

La CIM 10 (Classification Internationale des Maladies 10)

Le trouble du langage oral se trouve dans la catégorie « trouble du développement psychologique » et s'intitule « trouble spécifique du développement de la parole et du langage ». Il est caractérisé par une altération des modalités d'acquisition du langage dès les premiers stades du développement. Ainsi, il peut appartenir aux catégories suivantes :

- Trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation : trouble de l'utilisation des phonèmes couplé à un trouble articulaire. Le niveau linguistique reste correct.
- Trouble de l'acquisition du langage type expressif : trouble de l'utilisation du langage oral pouvant s'accompagner d'un trouble de l'articulation. La compréhension est préservée.
- Trouble de l'acquisition du langage type réceptif : trouble de la compréhension du langage oral. L'association avec le trouble du langage de type expressif est fréquente, avec des perturbations de l'articulation.

Le DSM V (Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders V)

Dans cette classification, le terme « dysphasie » ou « trouble spécifique du langage oral » n'apparaît plus. Ainsi, c'est dans la catégorie « trouble de la communication » qu'il est retrouvé, sous la forme de « trouble du langage ». De ce fait, les déficits du langage sont visibles dans la communication orale, la communication écrite ou dans la langue des signes. Sur le plan du langage oral, il regroupe de façon indifférenciée :

- Trouble du langage type expressif : manque du mot, difficulté à construire des phrases, vocabulaire réduit, conjugaison difficile, dyssyntaxie (trouble du maniement syntaxique avec des difficultés à respecter les règles grammaticales).
- Trouble de type mixte réceptif/expressif : trouble de la compréhension couplé à un trouble de la production du langage oral.

Le trouble de la phonation est également retrouvé dans la catégorie des troubles de la communication. Il se caractérise par des erreurs dans la production, l'utilisation, la représentation ou l'organisation des phonèmes.

3. Démarche diagnostique

Le diagnostic de trouble du langage oral peut être posé à partir de six ans, lorsque le diagnostic de « retard de parole » est exclu. Deux temps sont repérés dans la démarche diagnostique : le dépistage et le diagnostic.

Le dépistage

Cette étape consiste à recueillir des informations sur le développement psychomoteur et le développement du langage. Ainsi, par le biais d'un entretien, il va être précisé les circonstances de la grossesse et de l'accouchement, les antécédents familiaux et personnels, la place de l'enfant dans la famille, les interactions sociales, ...

Selon Billard (2007), tout dépistage doit obéir à trois règles :

- « Révéler précocement un déficit qui nécessite une action afin de limiter les conséquences néfastes
- Aboutir à une action spécifique immédiate consécutive aux résultats du dépistage
- Ne pas étiqueter de façon péjorative une population à risque alors qu'une partie seulement de cette population sera ultérieurement en difficultés »

Les signes d'appel sont nécessaires au dépistage. Ainsi, il est indispensable de mener des investigations plus poussées s'il est constaté :

- Absence de babillage la première année
- Absence des premiers mots à 18 mois
- Pas d'association de mots à 24 mois
- Inintelligibilité à 24 mois
- Pas de construction syntaxique à 36 mois
- Absence de l'utilisation du pronom personnel « je » à 36 mois

Le diagnostic

Le diagnostic de TLO est posé après une évaluation pluridisciplinaire. Ainsi, le trouble doit répondre à plusieurs critères selon le DSM V :

Critère A : difficultés persistantes d'acquisition et d'utilisation du langage dans ses différentes modalités dues à un manque de compréhension ou de production incluant les éléments suivants :

- Vocabulaire restreint (connaissance et utilisation des mots)
- Carence de structuration de phrase (capacité d'assembler des mots et de les accorder afin de former des phrases selon les règles grammaticales et morphologiques)
- Déficience du discours (capacité d'utiliser le vocabulaire et d'associer des phrases pour exprimer ou décrire un sujet ou une série d'évènement, ou pour tenir une conversation)

Critère B : les capacités de langage sont, de façon marquée et quantifiable, inférieures au niveau escompté pour l'âge du sujet. Il en résulte des limitations fonctionnelles de la communication efficiente, de la participation sociale, des résultats scolaires, du rendement professionnel, soit de manière isolée soit dans n'importe quelle combinaison.

Critère C : les symptômes débutent dans le période précoce du développement. Le trouble doit être présent tout au long de la vie de la personne et donc entraîner des répercussions sur la vie quotidienne. Il convient d'éliminer le « retard simple de langage » où les enfants rattrapent leur déficit au cours de leur développement. On peut considérer qu'à partir de cinq ans le trouble est persistant.

Critère D : Il faut être sûr que le trouble n'est pas intégré dans le tableau d'une pathologie. Par le biais de bilans de type neuropédiatrique, pédopsychiatrique ou psychologique et audiométrique, le diagnostic différentiel est établi. Ainsi, les difficultés ne sont pas imputables à un déficit auditif ou à d'autres déficiences sensorielles, à un déficit moteur cérébral ou à une autre affection neurologique ou médicales et ne sont pas mieux expliquées par un handicap intellectuel ou par un retard global de développement.

Les marqueurs de déviance : Gérard (1991) a défini des marqueurs de déviance. Soarès-Boucaud les définit en 2009 comme des « anomalies langagières qui ne sont pas observées dans le développement normal du langage chez l'enfant. Ces productions, qualitativement différentes, marquent un dysfonctionnement linguistique et non un simple retard. » La présence de trois d'entre eux permet le diagnostic :

- Hypospontanéité verbale : production orale pauvre et rare, absence de prise de parole
- Trouble d'évocation lexicale : difficulté d'accès au lexique
- Trouble d'encodage syntaxique : apragmatisme, dyssyntaxie, pas de flexibilité verbale, construction de phrase et utilisation de mots-outils difficile
- Trouble d'informativité verbale : incapacité à donner des informations pertinentes oralement
- Automatisation automatico verbale : incapacité de production de phrases correctes sur demande alors qu'elles sont possibles spontanément.
- Trouble de compréhension verbale

A cette liste, Monfort (2001) ajoute :

- Hétérogénéité lexicale : vocabulaire adapté à l'âge mental mais pas de mot enfantin
- Différence significative entre le niveau d'expression et le niveau de compréhension

4. Hypothèses étiologiques

Plusieurs auteurs ont essayé de définir les étiologies au trouble du langage oral et les avis divergent. Ils sont néanmoins d'accord pour affirmer que l'origine des troubles graves de l'acquisition du langage est endogène.

Les hypothèses génétiques

De nombreuses études sur les enfants adoptés (Felsenfeld S. Plomin R, 1997) et les formes familiales (Stomsworld / Tomblin) seraient en faveur d'un trouble génétique. En effet, selon Tomblin, 23 à 41% des enfants atteints ont un parent atteint. Stomsworld quant à lui, démontre que l'incidence chez les apparentés de premier degré est de 24 à 77%. De plus, l'étude de Whitehouse et Bishop en 2008 sur les jumeaux a montré une fréquence d'apparition des troubles plus élevée chez les monozygotes (70%) que chez les dizygotes

(46%). Enfin, des régions chromosomiques ont été identifiées. Ainsi, certains gènes responsables seraient localisés en 7q31, 16q et 19q.

Les hypothèses neurologiques

Depuis l'apparition de l'imagerie fonctionnelle, les hypothèses neurologiques concernent l'existence de particularités cérébrales. On peut retrouver dans les hypothèses des anomalies morphologiques au niveau du planum temporal, des régions périsylviennes, du lobe frontal et pariétal, régions impliquées dans le langage. En 2001, Monfort et Juarez-Sanchez énoncent l'hypothèse que, pendant la vie embryonnaire, « la migration de certains neurones vers les hémisphères pourrait se voir altérée dans certains cas, ce qui provoquerait une réorganisation des dominances hémisphériques avec un surdéveloppement de l'hémisphère droit. » D'autres études rapportent des anomalies du corps calleux et de la substance blanche. Les auteurs sont ainsi d'accord pour affirmer que le cerveau de ces patients est structurellement différent.

Les hypothèses cognitives

Les hypothèses cognitives sont nombreuses. Parmi celles-ci, il est retrouvé un déficit de la fonction symbolique, un retard dans la maîtrise des opérations concrètes, une lenteur de traitement cognitif, un déficit en mémoire de travail ou encore un déficit attentionnel.

5. Les troubles associés /comorbidités

Malgré l'hétérogénéité du TLO, certaines capacités sont quasiment systématiquement altérées telles que l'abstraction, la généralisation, l'anticipation et le repérage temporel. D'autres compétences peuvent également être déficitaires. Ainsi, ce trouble perturbe la construction sociale et affective de l'enfant.

Les troubles associés à cette pathologie entraînent souvent des difficultés scolaires.

De nombreuses difficultés cognitives peuvent être associées telles que des déficits dans le jeu symbolique ou dans la construction d'images mentales, des troubles de la structuration spatiale et temporelle, des troubles de la mémoire (Bavin, 2015), des difficultés attentionnelles (Kapa et Plante, 2015), une instabilité des acquisitions, ou encore un trouble du langage écrit.

Les déficits perceptifs telles que des difficultés de discrimination des stimuli auditifs (Rota-Donahue et al. 2016), des temps de latence prolongés ou encore des difficultés dans le traitement des variations d'intensité sont aussi associées (Dacewicz et al. 2016).

On note aussi la présence d'anomalies psychologiques notamment au niveau des relations affectives et du contrôle des émotions avec l'hyperémotivité, des troubles de l'intégration sociale, la peur de l'échec et un manque de confiance en soi (Brinton et Fujiki, 2012).

Des troubles du comportement peuvent être ajoutés comme des rigidités et des persévérations, des réactions démesurées face à l'incompréhension, de la maladresse sociale, de l'impulsivité, de l'inhibition ou a contrario de l'agitation motrice.

D'un point de vue orthophonique, on observe souvent des difficultés dans l'apprentissage du langage écrit (Isoaho et al. 2016), des dyslexies, des dyspraxies buco-phonatoires et buco-faciales.

Il est aussi retrouvé de nombreuses difficultés psychomotrices. Ainsi, les troubles fréquemment associés sont :

- Une agitation motrice ou une inhibition
- Des troubles des praxies visuoconstructives et idéomotrices
- La dysgraphie de manière quasi-systématique
- Des difficultés en motricité fine
- Des troubles des coordinations
- Des perturbations de l'équilibre
- Un trouble du tonus
- Un trouble de la latéralisation
- Des déficits spatio-temporels
- Conscience et connaissance du corps altérées
- Les troubles attentionnels, avec une comorbidité avec le TDA/H à 45%

6. Retentissements au quotidien

Le trouble du langage oral a des répercussions dans la vie quotidienne des patients.

D'un point de vue scolaire, ces enfants sont moins sollicités par leur enseignant et jugés moins intelligents. Ils ont souvent des difficultés dans les relations avec les pairs avec une intégration compliquée dans un groupe. En termes d'apprentissage, l'accès aux connaissances est difficile puisque la transmission se fait essentiellement par le langage. C'est pourquoi, des mesures ont été définies par une action de santé publique. Si l'enfant est maintenu en milieu ordinaire, il sera accompagné d'un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) indiquant une intervention du RASED (Réseau d'Aide Spécialisé aux Elèves en Difficultés), un suivi par le médecin scolaire et des éventuelles interventions de professionnels externes. L'emploi du temps est aussi adapté et l'enfant est accompagné d'une AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire). Si le maintien en milieu ordinaire n'est pas envisageable, un passage en ULIS (Unité Localisée pour des Inclusions Scolaires) est prévu ou dans des classes spécialisées.

Les relations avec les parents sont aussi impactées. En effet, ceux-ci peuvent avoir des difficultés d'ajustements face aux besoins de leur enfant. Selon Fujiki et Brinton (1994), les interactions mère/enfant sont réduites. De plus, pour Monfort (2001), le manque d'initiative de l'enfant peut induire chez ses parents la pensée « mon enfant est paresseux face aux apprentissages ». Il a ainsi été démontré que les productions verbales des parents sont plus directives avec ces enfants.

II. L'attention et son déficit

A. L'attention

1. Définitions de l'attention

Les définitions sont nombreuses et dépendent du point de vue duquel on se place.

Une des premières définitions du concept est établie par William James en 1890. Il la définit comme une « prise de possession par l'esprit, sous une forme claire et vive, d'un objet ou d'une suite de pensées parmi plusieurs qui semblent simultanément possibles. La focalisation, la concentration de la conscience sont essentielles. Elle suppose que l'on s'écarte de certaines choses pour s'occuper plus efficacement de certaines autres ; c'est une condition qui a pour opposé précis l'état de confusion, d'étourderie et de vagabondage de l'esprit ».

Dans la culture commune, l'attention est l'« action de fixer son esprit sur quelque chose, sur un objet précis » (Dictionnaire le Grand Robert).

Selon les cognitivistes, l'attention est un processus neuropsychologique regroupant des concepts emboîtés et s'exerçant sur des représentations cognitives. Il permet de réagir et d'éviter les réponses stéréotypées face à l'environnement. L'attention est donc un concept essentiel dans le fonctionnement cognitif d'un individu.

Pour les psychologues, l'attention est caractérisée par la « mobilisation de la vigilance d'un sujet, se fixant sur un objet précis et reléguant à l'arrière-plan les autres éléments composant le champ psychologique » (De la Pradelle & Do Canto, 1978 in Jumel, 2014). Plus récemment, Henri Piéron (in Jumel, 2014), la définit comme l'« orientation mentale [...] comportant un accroissement d'efficience dans un certain mode d'activité, avec inhibition des activités concurrentes ».

Actuellement, en neuropsychologie, l'attention est vue comme « un ensemble de processus imbriqués qui influent sur plusieurs domaines : perceptif, conceptuel et/ou moteur. C'est une fonction vitale pour permettre des ajustements permanents à l'environnement » (Marquet-Doléac, 2010).

A travers ses définitions, il est possible de résumer l'attention comme un état mental permettant de trier les informations internes ou externes. Elle permet d'établir un ordre de

priorités à un instant donné, assurant une adaptation à l'environnement. Ainsi, cette attention est utile dans la quasi-totalité des tâches de la vie quotidienne.

2. Les types d'attention

L'attention peut se diviser en quatre types : la vigilance (ou alerte), l'attention sélective, l'attention divisée et l'attention soutenue.

L'état d'alerte est un état de préparation mentale. La mobilisation énergétique minimale est activée permettant la réception non spécifique des informations. Ce processus est généralement mature vers cinq ans.

L'attention sélective est la « capacité à se focaliser sur une dimension d'un stimulus tout en inhibant les aspects non pertinents » (Albaret, Marquet-Doléac, Soppelsa, 2010). Elle est associée au cortex pariéto-temporal et est mature vers huit ans.

L'attention divisée est définie comme l'« affectation optimale des ressources entre différentes sources d'informations en partageant ou en changeant rapidement la focalisation de l'attention du fait de l'incapacité à traiter les informations en parallèle » (Albaret, Marquet-Doléac, Soppelsa, 2010).

L'attention soutenue est la capacité à orienter et maintenir son attention sur une tâche sur un temps relativement long (supérieur à dix minutes) de manière continue.

B. Le déficit attentionnel

Le déficit attentionnel peut se présenter dans le cadre d'une pathologie ou non. Ainsi, lorsque celui-ci n'est pas inscrit dans un cadre particulier, il est contextuel ; c'est le cas pour un enfant aux capacités cognitives encore immatures ou encore pour une personne ayant une grande anxiété ou un manque de motivation. Ce déficit peut aussi être associé à une pathologie telle que des maladies avec des lésions neurologiques, des pathologies psychiatriques, des déficiences intellectuelles ou encore dans le cadre du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H).

1. La démarche diagnostique

Afin de repérer les troubles attentionnels, la démarche diagnostique est indispensable. Celle-ci se caractérise par :

- Une anamnèse : permettant de repérer les antécédents personnels et familiaux, l'histoire du trouble, ...
- Un examen clinique : consistant à rechercher des anomalies faisant référence à une pathologie génétique ou neurologique.
- Un entretien psychologique : permettant de comprendre le retentissement sur la vie quotidienne au niveau personnel et familial et d'évaluer la perception que l'enfant a de son trouble.
- Un recueil de la symptomatologie in vivo : consistant à observer le comportement de l'enfant dans les différents milieux.
- Une passation de tests neuropsychologiques : pour évaluer l'attention, les fonctions exécutives et établir un quotient intellectuel (QI).

En tant que psychomotricien, nous avons des tests permettant d'évaluer les ressources attentionnelles. Ainsi, pour l'attention soutenue, il est possible d'administrer le T2B, D2R, Tea-Ch, Corkum, et des tests d'exploration visuelle. Concernant l'attention sélective, nous pouvons utiliser le Stroop, l'attention sélective motrice de la BREF, la Nepsy et la Tea-Ch. Le Trail making test, le T2B et la Tea-CH peuvent évaluer l'attention divisée. Enfin, des questionnaires à l'attention des parents et des enseignants sont à notre disposition tels que celui de Conners ou de Barkley.

2. Cas du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)

Le Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) est « un trouble neurologique traduisant un dysfonctionnement de certains neuromédiateurs, en particulier la dopamine » (Lecendreux, Konofal, Touzin, 2007). Il est donc lié à une affection neurodéveloppementale. Il constitue le trouble le plus fréquent en psychiatrie de l'enfant puisqu'il touche 3 à 5% des enfants d'âge scolaire. Il est persistant à l'âge adulte et constitue donc un problème majeur de santé publique.

Critères diagnostics du DSM V

Selon le DSM V, il existe un trépied symptomatique : inattention, impulsivité et hyperactivité. Dans le cadre d'un trouble déficitaire de l'attention sans hyperactivité (TDA), les critères diagnostics sont les suivants :

A : mode persistant d'inattention interférant avec le fonctionnement ou le développement : au moins six des symptômes suivants d'inattention ont persisté pendant au moins 6 mois à un degré inadapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

- Souvent, ne prête pas attention aux détails, fait des fautes d'étourderies.
- A souvent du mal à maintenir son attention soutenue.
- Souvent, semble ne pas écouter quand on lui parle personnellement.
- Souvent, ne se conforme pas aux consignes, ne mène pas à son terme les tâches.
- A souvent du mal dans l'organisation/planification des activités.
- Evite souvent, ou fait à contrecœur les tâches avec un effort mental soutenu.
- Perd souvent les objets nécessaires à ses activités.
- Est souvent distrait par les stimuli externes.
- Oublis fréquents dans la vie quotidienne.

B : plusieurs symptômes étaient présents avant l'âge de 12 ans.

C : plusieurs symptômes sont présents dans au moins deux environnements différents.

D : altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

E : les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un trouble psychotique et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Diagnostic différentiel

Pour poser un diagnostic de TDA/H, il est indispensable d'établir les diagnostics différentiels. Ainsi, il ne doit pas être confondu avec :

- L'autisme
- La déficience intellectuelle
- Les états anxieux
- L'endocrinopathie

- Les déficits sensoriels
- L'épilepsie
- Les états maniaques
- Les troubles bipolaires
- La schizophrénie
- La négligence, la maltraitance
- Les maladies génétiques (X fragile, syndrome de Turner, trisomie 21, ...)

Comorbidités

Le TDA/H possède de nombreuses comorbidités. Ainsi, selon Franc, Maury et Purper-Ouakil (2010), les pourcentages de comorbidités avec les autres pathologies sont les suivants :

- Trouble oppositionnel avec provocation (TOP) : 2/3 des TDA//H
- Troubles anxieux : 25%
- Troubles des conduites : 1/4 des TDA/H
- Troubles bipolaires : 11 à 22%
- Dépression : 9 à 38%
- Syndrome de Gilles de la Tourette ou des tics : 17 à 35%
- Troubles « dys » : 20 à 30%
- Trouble d'acquisition des coordinations : 50%

S'ajoute aussi les troubles obsessionnels compulsifs, des troubles de l'humeur, des abus de substances, des troubles du sommeil, des troubles envahissants du développement.

On retrouve un ou plusieurs de ces troubles chez une grande partie des TDA/H : environ 80% d'entre eux sont concernés par les comorbidités.

Hypothèses étiologiques

Les auteurs s'accordent à dire que l'origine étiologique de ce trouble est multifactorielle. Néanmoins, l'étiologie neurologique est clairement reconnue, conduisant à l'administration de traitement médicamenteux comme prise en charge (méthylphénidate).

Le déterminisme du milieu : les facteurs psycho-chimiques (tabac, alcool, pesticides, ...) et les facteurs psychosociaux (désaccord conjugal, niveau social, famille nombreuse, ...) peuvent être une étiologie possible à l'émergence du TDA/H.

La très grande prématurité (Sciberras et al. 2017).

Les hypothèses génétiques : l'étude des jumeaux a prouvé que chez les monozygotes, le risque que les deux jumeaux développent un TDA/H si l'un est atteint est de 75% (Levy et al. 1997). L'étude sur les formes familiales démontrent que le risque augmente si un membre de la famille est atteint (Barkley, 1997). De plus, deux gènes pourraient être responsables de la pathologie : DRD4 et DAT1.

Le retard de maturation du cerveau : une autre hypothèse étiologique serait le retard de maturation d'environ trois ans du cerveau chez les personnes atteintes de TDA/H. Cela se manifesterait par un retard de myélinisation ou un nombre réduit de fibres, une réduction de la substance grise au globus pallidus et putamen droit et un volume restreint du lobe frontal et pariétal sur les deux hémisphères.

Les hypothèses neurobiologiques : les hypothèses neurobiologiques tenteraient d'expliquer le trouble par l'atteinte des systèmes dopaminergique et noradrénergique (Tomblin & Mueller 2012). Ainsi, l'affection du système dopaminergique expliquerait l'hyperactivité et celle du système noradrénergique, l'inattention.

Les hypothèses neuropsychologiques : les hypothèses neuropsychologiques sont assez répandues et notamment le modèle à deux voies de Sonuga-Barke (2003). Celui-ci explique le trouble par l'association de deux atteintes :

- Un problème d'inhibition comportementale, qui aurait des conséquences sur le contrôle et l'organisation du comportement.
- Un problème d'aversion du délai, qui entraînerait une perturbation du système de récompense.

3. Répercussions d'un TDA sur le quotidien

Au niveau de la scolarité, l'enfant inattentif sera vu par l'enseignant comme quelqu'un de discret, passant quasiment inaperçu et paresseux. Les difficultés scolaires passent alors inaperçues ou sont interprétées comme des capacités cognitives en déficit ou comme une volonté de ne pas faire le travail demandé. Le risque d'échec scolaire est alors assez élevé. Que le trouble attentionnel soit associé ou non à des troubles du comportement tels que l'hyperactivité, le manque d'organisation et la perte des affaires scolaires est quasi-systématique pour ces enfants. Des adaptations pédagogiques sont possibles. Ainsi, sur simple concertation entre les parents, enseignants et professionnels, l'élaboration d'un PPRE (Programme Personnalisé de Réussite Educative) peut être envisagée. Si ce dispositif ne suffit pas, il est possible de mettre en place une procédure plus officielle avec la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) pour l'établissement d'un PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation).

Sur le plan familial, les parents définissent leurs enfants comme rêveur, dans la lune. Ils ont souvent besoin de répéter plusieurs fois leur propos pour que leur enfant les écoute. De plus, ces enfants oublient rapidement ce qui leur a été demandé, ce qui peut engendrer de la colère chez leurs parents. La vigilance est omniprésente, et de nombreuses inquiétudes peuvent en découler. Beaucoup se sentent démunis, doutant parfois de leur capacité à assumer leur rôle de parents. La fratrie peut aussi pâtir de ce trouble. En effet, il peut apparaître une incompréhension du temps plus important accordé au sujet et la rancœur est possible.

III. Relations langage et attention

A. Construction du langage et de l'attention

1. Langage et attention conjointe

L'attention conjointe est définie comme la faculté à attirer et à maintenir l'attention d'autrui vers un objet ou une personne. Elle permet donc l'observation commune et le partage d'évènements entre les individus. Cette attention se construit dans l'enfance.

Selon Bruner (in Jumel, 2014), à trois mois, lorsque l'on introduit une cible d'attention conjointe entre le bébé et l'adulte, ce dernier va ajouter de nombreuses vocalises. Ainsi, le premier développement de l'attention est à l'initiative de l'adulte. En fin de première année de vie, le langage apparaît chez l'enfant, induisant une diminution des vocalises de l'adulte. La mobilisation de l'attention va ainsi être faite par la simple sollicitation par le prénom. L'enfant va alors capter les signaux dans le langage pour comprendre qu'il y a quelque chose vers quoi se tourner. Le langage s'accorde donc aux actions. Parallèlement, l'enfant acquiert la possibilité de repérer ce qui attire l'attention d'autrui.

Un des gestes sociaux permettant l'attention conjointe est le pointage. Ainsi, l'association du pointage et des premières formes stables de langage a une grande importance dans le futur développement de l'enfant.

Ainsi, l'attention et le langage sont liés dans leur construction de telle sorte que l'avancée dans un domaine sert à l'évolution de l'autre. En effet, l'échange langagier nécessite l'attention conjointe et de fait, l'attention conjointe s'améliore avec les progrès du langage. En d'autres termes, le développement de la langue est dépendant de l'attention conjointe qu'il a lui-même provoqué. La recherche d'attention conjointe peut donc être considérée comme l'origine de ce concept. L'ensemble de ce processus nécessite une relation entre un enfant et un adulte.

2. Attention et langage intérieur

Pour Luria, (in Depraz, 2014) l'attention indispensable dans les activités scolaires nécessite le développement du soliloque. Il est défini comme le langage interne utilisé pour

planifier une action ou guider un comportement. C'est un discours privé, ayant pour fonction l'autorégulation.

Le langage, moyen pour dialoguer avec autrui, va ainsi devenir un intermédiaire pour communiquer avec soi-même. Pour Wertsch (1979, in Depraz 2014), la transition entre ces deux types langages se produit en général entre trois et cinq ans. Pendant cette période, l'enfant se parle à lui-même sans vouloir être entendu par autrui. Il commente et accompagne ses actions. Ce soliloque va permettre la focalisation de l'attention : sa construction et son maintien. Ainsi, la répétition du but ou des stratégies à utiliser pour réaliser la tâche permet de limiter la fuite de cette attention. L'enfant apprend donc à réguler son comportement par le langage.

L'attention se développe avec le langage et le langage se construit avec l'attention. Ainsi, selon Peyre et al. (2016), de mauvaises compétences linguistiques à trois ans peuvent prédire les symptômes du TDA/H à l'entrée en école primaire, en particulier les difficultés syntaxiques. Cette relation les unit jusqu'à l'entrée à l'école (Jumel, 2014).

B. Comorbidités

1. Lien troubles du langage oral et troubles de l'attention

De même qu'il existe une relation entre langage et attention, il existe un lien étroit entre les troubles du langage et attentionnels. Ainsi, le TDA/H est une des comorbidités les plus retrouvées chez les patients avec trouble du langage oral (Poncelet & Majerus, 2004).

L'étude de Tirosh et Cohen (1998) évalue la comorbidité trouble du langage oral – TDA/H à 45%. En effet, les enfants atteints de trouble du langage oral ont plus de risques d'être inattentif, engendrant une mauvaise gestion du délai, une impulsivité cognitive et une distractibilité (Marton et al. 2012). De plus, selon l'étude de Kapa et Plante (2015), les enfants avec un trouble spécifique du langage oral obtiennent de moins bons résultats que le groupe contrôle en attention soutenue, mémoire de travail, inhibition et flexibilité attentionnelle. A cela s'ajoute une fatigabilité importante, des difficultés à maintenir en mémoire les informations pertinentes, une lenteur d'exécution et une dépréciation de soi. Ces difficultés

attentionnelles peuvent accentuer les troubles langagiers (Poncelet & Majerus 2004). C'est pourquoi, les enfants présentant un trouble du langage oral et un TDA/H associé auraient des rééducations langagières plus importantes que les enfants avec un trouble du langage oral seul (Redmond 2016). Il est donc primordial de rechercher, dans le cadre de trouble du langage, les difficultés attentionnelles possibles.

Si l'on se place dans le cadre d'un TDA/H, de nombreuses études se sont aussi intéressées aux difficultés langagières pouvant être associées. Ainsi, selon l'étude de Sciberras et al. (2014), les enfants atteints de TDA/H présenteraient une prévalence plus élevée en difficultés langagières que le groupe contrôle. Il en est de même dans l'étude de Helland et al. (2016) où 40% des enfants ayant un TDA/H seraient aussi atteints de trouble du langage, notamment des problèmes réceptifs et pragmatiques. Ils produisent donc des énoncés plus courts, font des erreurs morphosyntaxiques et ont des difficultés dans la maîtrise des règles régissant la conversation (Chevrie-Muller & Narbona, 2007). De même, ils ont des difficultés dans l'organisation du discours expressif (Miranda-Casas et coll., 2004). De plus, les enfants ayant un TDA/H avec troubles du langage ont des résultats inférieurs au groupe ayant un TDA/H seul sur des mesures de mémoire de travail verbale et non verbale (Cohen et coll. 2000). Ces résultats indiquent un taux très important de trouble du langage chez des enfants ayant un TDA/H mais aussi que cette association entraîne d'autres difficultés. Le TDA/H entraîne donc un risque de difficultés psycholinguistiques, liées au déficit d'élaboration des connexions entre les éléments du discours (Redmond, 2004). Il est cependant difficile d'identifier, d'évaluer, de traiter et d'étudier ces troubles de langage puisque la présence du TDA/H les affecte (Redmond 2016).

2. Et la relation avec les troubles moteurs ?

Au vu du tableau clinique présenté en partie pratique, il semble pertinent d'approfondir les intrications entre les troubles langagiers et attentionnels avec les difficultés motrices.

Les enfants atteints de TDA/H ont des particularités motrices (Lange, 2017). En effet, environ la moitié des sujets TDA/H auraient des difficultés motrices (Gillberg, 2003). Pour Pitcher, Piek et Hay (2003), 50% de ces enfants présenteraient un Trouble d'Acquisition des Coordinations (TAC). Ainsi, selon Yan & Thomas (2002), ces sujets seraient moins rapides, moins fluides et plus hésitants que des sujets ordinaires. A cela, Beyer (1999) ajoute des difficultés en coordination bilatérale, coordination visuomotrice, force, vitesse, adresse et

dextérité. D'ailleurs, selon l'étude de Langmaid et al. (2016), les sujets avec un TDA/H ont plus de difficultés que les sujets sains dans le contrôle moteur de l'écriture.

Pitcher et al. (2003) distinguent les troubles moteurs en fonction des types de TDA/H. Ainsi, les TDA ont des difficultés en motricité fine, dextérité manuelle (Purdue Pegboard) et maîtrise de balles (M-ABC) plus importantes que les TDAH. De plus, ce trouble constitue leur principal déficit moteur.

Néanmoins, comme le précise Goulardins (2017), il est difficile de savoir si les troubles moteurs sont inhérents au TDA/H ou s'ils sont expliqués par la présence d'un TAC comorbide.

Ces difficultés motrices se retrouvent aussi chez les enfants présentant un trouble du langage oral. Effectivement, 70% de ces sujets auraient un retard dans les étapes du développement moteur, la présence de signes neurologiques doux, une atteinte de la motricité globale ainsi que de la motricité fine (Trauner, Wulfeck, Tallal et Hesselink, 2000). La sévérité de ces déficits serait corrélée significativement avec la sévérité des troubles du langage et leur type (Noterdaeme et al. 2002). Plus récemment, Albaret et De Castelneau (2009) ont répertorié plusieurs études concernant ce sujet dans le tableau suivant. On remarque alors que les comorbidités sont variables, allant de 27% (Cheng et al. 2009) à 90% (Robinson, 1991) entre les TLO et les troubles moteurs. Certains auteurs émettent même le postulat d'une étiologie commune entre les troubles moteurs et langagiers, en excluant les aspects non verbaux de la cognition.

J.-M. ALBARET - P. DE CASTELNAU

Références	Diagnostic	Age	M-ABC dégradé
Cermak <i>et al.</i> , 1986	Trouble de l'articulation	5-8 ans	40 % (6/15)
Robinson, 1991	Trouble de la parole et du langage	9-17 ans	90 % (74/82)
Hill, 1998	Trouble spécifique du langage oral	5-13 ans	58 % (11/19)
Hill & Bishop, 1998	Trouble spécifique du langage oral	7-11 ans	40 % (8/20)
Rintala <i>et al.</i> , 1998	Trouble de l'acquisition du langage	6-10 ans	71 % (54/76)
Fernell <i>et al.</i> , 2002	Trouble spécifique du langage oral	5-7 ans	32 % (8/25)
Asikainen, 2005	Trouble spécifique du langage oral	4-7 ans	56 % (44/78)
Webster <i>et al.</i> , 2006	Trouble de l'acquisition du langage	7-13 ans	64 % (7/11)
Visscher <i>et al.</i> , 2007	Trouble de l'acquisition de la parole et du langage	6-9 ans	30 % (38/125)
Cheng <i>et al.</i> , 2009	Trouble de l'acquisition de la parole et du langage	5-6 ans	27 % (6/22)

Tableau 1 : Etudes portant sur la présence de troubles de la motricité, évaluée par la Batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant (M-ABC), dans les TSL0.

Ainsi, l'association entre le TDA/H, troubles des apprentissages et le TAC est fréquente, C'est d'ailleurs l'objet de l'étude de Kaplan et al. (2006), qui spécifie que sur 115 enfants

présentant des troubles développementaux, l'association TAC-TDA/H est retrouvée chez 43 d'entre eux. Parmi ces derniers, 23 sujets possédaient un trouble des apprentissages. La comorbidité entre ces troubles induit donc des répercussions importantes sur la vie quotidienne de ces patients.

C. Adaptation de la prise en charge psychomotrice

1. Adaptations face au trouble du langage oral

L'adaptation de la prise en charge est particulière selon le type du trouble du langage.

Ainsi, si le trouble est majeur sur le plan de la compréhension, il conviendra de donner une information à la fois, de répéter et de reformuler les consignes. De plus, les consignes doivent être claires, sans implicite, et plus déclaratives qu'explicatives. Il est possible de faire des démonstrations, du guidage verbal et d'utiliser de nombreux supports visuels (type pictogrammes) pour soutenir cette compréhension. Enfin, il faut s'assurer que l'enfant ait compris.

Si le trouble est plutôt de type expressif, il conviendra de laisser un temps de latence plus long pour attendre la réponse ou encore d'utiliser des supports à choix multiples pour favoriser la production.

2. Adaptations des techniques du TDA/H au trouble du langage

Les techniques utilisées couramment en psychomotricité pour rééduquer le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité sont les suivantes :

Pour agir sur la compliance :

- Renforcements positifs : renforçateur qui va augmenter la fréquence d'apparition d'un comportement. Celui-ci doit être immédiat, continu et positif pour être efficace. Il est possible d'utiliser le sur-renforcement avec une couverture verbale permanente si l'inattention est massive.

Dans le cadre d'un trouble du langage oral, il sera pertinent d'utiliser des renforcements avec des mots simples, concrets, compris par l'enfant.

- Principe de Premack : consiste à encourager un comportement à faible probabilité en utilisant comme renforcement un comportement à haute probabilité. C'est le principe du « tu pourras faire cela après avoir fait ceci ». Il peut être matérialisé par un contrat avec l'enfant.

Pour un enfant ayant un trouble du langage oral associé, il sera intéressant d'utiliser des pictogrammes, des photographies des activités, ou encore l'écriture, en les organisant sur une frise pour diminuer la contrainte du langage.

Pour arrêter la réponse en cours :

- Gestion du délai : principe du « Stop, Listen and Go » (arrête, écoute, et vas-y).
Pour un enfant atteint de trouble du langage oral, il pourra être envisagé un « Stop, Look and Go » (arrête, regarde et vas-y). Des pictogrammes pourront être utilisés pour chacune des étapes si la compréhension du langage est trop déficitaire.
- Retrait d'attention : si la gestion du délai n'est pas opérante, il est possible de ne plus porter attention aux faits de l'enfant pour qu'il s'arrête spontanément.
- Time out : mettre à l'écart l'enfant, dans un environnement épuré si son comportement n'est pas gérable.

Pour l'achèvement de la tâche :

La technique principale pour permettre de réaliser la tâche est la mise en place de l'auto-instruction avec le soliloque. Cependant, ce langage directeur n'est pas souvent internalisé chez les jeunes enfants avec un trouble du langage oral. Ainsi, il convient de favoriser l'auto-instruction de manière audible si ce langage est déjà présent chez l'enfant. Sinon, des techniques telles que l'imagerie mentale et ou la Gestion mentale (Antoine De La Garanderie) pourront être envisagées afin de palier à ce déficit.

Pour les aspects discrets :

Afin d'améliorer les capacités d'attention des sujets atteints de TDA/H, il est nécessaire d'agir sur plusieurs composantes cognitives :

- La distribution de l'attention et l'exploration du champ visuel
- L'inhibition de la réponse
- La gestion temporelle
- La mémoire de travail
- La dérégulation émotionnelle
- La résolution de problème

Dans le cadre d'un sujet avec trouble du langage oral, il conviendra de réduire la part langagière dans les exercices permettant d'améliorer ces points précédents.

De plus, la structuration est essentielle pour maintenir les capacités attentionnelles du sujet. Ainsi, matérialiser le temps, l'espace et l'organisation de la séance sont indispensables. C'est d'autant plus nécessaire lorsque l'enfant est aussi atteint de trouble du langage oral, pour permettre une meilleure compréhension de la situation. C'est pourquoi, l'utilisation de Timer, de frise chronologique du déroulement de la séance par exemple semble adaptée à un sujet possédant ces deux troubles.

3. Bases théoriques des axes de prise en charge

Cette partie permet d'explicitier les axes de travail utilisés dans la prise en charge du cas d'Estelle, présenté dans la partie pratique de ce mémoire.

Focus sur la gestion temporelle

Les enfants présentant un TDA/H ont des déficits en processus temporels. Cela se traduit par des difficultés à percevoir et gérer le temps. Cette mauvaise perception temporelle pourrait expliquer leur incapacité à différer et impacte donc leurs capacités attentionnelles.

La perception subjective du temps est allongée chez le TDA/H entraînant une surestimation du temps, des réponses moins précises et plus variables que des sujets sains (Cappella et al., 1977). Ces patients ont donc des difficultés dans l'estimation prospective du temps. Elle nécessite une visualisation des objectifs et des bénéfices et leur maintien en

mémoire de travail, cette dernière étant déficitaire chez les TDA/H. Ces patients sont donc en « incapacité à se projeter et à établir des conjectures sur les situations futures. » (Marquet-Doléac et coll. 2008).

Il est donc nécessaire de matérialiser le temps par une horloge ou une frise du déroulement de la séance pour visualiser le temps écoulé. Les tâches d'estimation de temps pour un exercice sont aussi à pratiquer en rééducation psychomotrice afin d'appréhender les durées. L'utilisation du timer pour visualiser la durée qu'ils ont estimé et qui s'écoule permet de réduire les erreurs sur les évaluations futures et de mettre en place des stratégies de mesure. Ainsi, l'effet est double : « la prise de conscience du temps qui passe et l'anticipation des événements » (Marquet-Doléac et coll. 2008).

Travailler sur la temporalité permet donc de quantifier et évaluer les efforts attentionnels à fournir sur une tâche. Il est néanmoins important de rester vigilant quant aux répercussions des estimations de durées. En effet, l'évaluation erronée du temps nécessaire à l'aboutissement d'une tâche entraîne une distraction par les stimuli parasite plus accrue.

Focus sur le sentiment d'efficacité personnelle

Le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) désigne le jugement et les croyances que porte une personne sur ses propres compétences pour accomplir une tâche. Il s'élabore en fonction d'un niveau de performance et a un impact conséquent sur la réussite ou l'échec des tâches à réaliser. Ainsi, les personnes avec un SEP élevé voient les activités difficiles comme des défis et attribuent l'échec à un effort insuffisant. Si ce sentiment est moindre, la personne évite les confrontations à la difficulté ou abandonne rapidement face à celle-ci. Elle va aussi avoir des pensées négatives à son égard, détournant l'attention de la tâche. Ceci peut se traduire par une sensibilité accrue aux stimuli parasites de l'environnement, entraînant une importante distractibilité. L'amalgame performance limitée/compétences déficitaires est rapidement formé, impactant sur ses croyances d'efficacité (Lecomte, 2004). Les performances du sujet donc dépendantes de ses compétences objectives et de son sentiment d'efficacité personnelle.

Pour mesurer les croyances d'efficacité d'un sujet, il convient de lui présenter un exercice avec ses consignes et de lui demander, à l'aide d'un support visuel, le niveau de difficulté qu'il pense adéquat pour cette activité et s'il pense pouvoir exécuter la tâche.

Cependant, une préparation de l'exercice en fonction du patient est nécessaire par le thérapeute en amont. En effet, ceux-ci ne s'investissent dans une activité que s'il la juge faisable (Galand & Vanlede, 2004).

Pour le psychomotricien, il est nécessaire de connaître comment agir sur ce sentiment d'efficacité personnelle. En effet, chez les patients TDA/H, l'estime de soi est souvent faible, liée au rejet social, à l'échec scolaire et à l'incapacité à contrôler leur comportement principalement. Cette estime de soi impacte le SEP, entraînant dévalorisation, évitement des situations et inattention. Ceci peut se traduire par la présence de comportement sans lien avec l'activité en cours. Plusieurs techniques sont donc à mettre en application. Tout d'abord, les feed-back et les renforcements consécutifs à la réussite de l'activité permettent l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle et le maintien de l'intérêt pour l'activité (Pretty et Seligman, 1984). Il en est de même pour les renforcements concernant la mise à l'action et le travail entrepris. Il est donc important de souligner la qualité du travail effectué par le patient. De plus, lorsque le sujet est confronté à l'échec, le rôle du thérapeute est d'attribuer celui-ci à un manque de connaissances et compétences cognitives, qu'il est possible d'améliorer (Lecomte, 2004). En outre, il convient de donner des objectifs simples et clairs et des consignes énoncées en termes « d'objectifs de compréhension et de développement de compétences plutôt qu'en termes de production à fournir ou de performance à atteindre. Il s'agit d'amener les apprenants à se focaliser sur les progrès accomplis et sur la façon d'accroître leur maîtrise plutôt que sur l'évaluation de leur rang par rapports aux autres. » (Galand et Vanlede, 2004). Enfin, l'auto-évaluation des compétences peut être mise en place avec des critères à respecter pendant l'activité. Ces critères ne doivent pas tenir compte de la performance, afin d'améliorer le sentiment d'efficacité personnelle.

Travailler sur le sentiment d'efficacité personnelle permet donc d'initier un processus d'auto-contrôle, facilité par l'accompagnement du thérapeute. Celui-ci se traduit par le maintien de la motivation et la focalisation sur la tâche en cours, réduisant la distractibilité et l'inattention.

Partie pratique

Inventaire des symptômes du TDA/H

- Inattention : 8/9 (significatif)
- Hyperactivité/impulsivité : 2/9
- Trouble oppositionnel avec provocation : 3/8

DOMAINE SPATIAL

Visuoconstruction 2D (Figure de Rey B, copie).

- Score : 18 points soit -1,1 DS
- Temps 131s soit +0,6 DS

Quelques difficultés sont repérées.

Visuoconstruction 3D (cubes NEPSY II).

CB Note total : 8 points soit une note étalonnée de 8. Le score est dans la norme.

DOMAINE MOTEUR

Graphisme/écriture :

Ecriture (BHK) : l'épreuve n'est pas administrée car Estelle ne connaît pas les lettres. Elle écrit toutefois son prénom en attaché.

Pré-requis graphomoteurs : l'écriture se fait de la main gauche avec le pouce inactif et en hyper extension. Le buste est instable avec un appui sur le stylo important.

Praxies idéomotrices (NEPSY II, imitation des positions de mains).

Note étalonnée IP à 4 donc note étalonnée à 3. Le déficit est marqué sur cette épreuve.

Motricité (M-ABC).

Score total : 27,5 points soit inférieur au centile 5

	Score	Percentile
Dextérité manuelle	15	Inférieur centile 5
Maitrise de balles	5	Entre centile 5 et 15
Equilibres	7,5	Entre centile 5 et 15

Les difficultés d'Estelle sont importantes. En dextérité manuelle, on note une lenteur d'exécution avec des gestes dysmétriques et crispés. Les maitrises de balles sont difficiles notamment en interception à cause des difficultés en poursuite visuelle et dans le maintien de l'attention. Les équilibres sont précaires et immatures (peu d'impulsion, pas d'utilisation des bras, réception lourde).

Ainsi, ce bilan indique des difficultés attentionnelles tant au niveau visuel qu'auditif. Des troubles touchant les praxies idéomotrices sont repérés. Un déficit moteur est aussi mis en évidence avec des troubles en coordination, tonus, motricité fine et graphisme. La planification est à réévaluer d'ici un an ou deux.

4. Bilan neuropsychologique (Octobre 2015)

Au vu de l'ensemble des bilans effectués en octobre 2015 pour Estelle, plusieurs observations sont notées :

- Les capacités cognitives sont dans la norme mais hétérogènes : le raisonnement verbal et non verbal sont corrects. Néanmoins, des difficultés sont repérées dans la mémoire de travail et en vitesse de traitement.
- Au niveau du langage oral, on note la persistance des difficultés syntaxiques sur les deux versants, un trouble phonologique. Sur le versant écrit, la conscience phonologique est en déficit et les graphèmes sont non connus.
- Concernant la psychomotricité, les capacités d'attention visuelle et auditive sont en déficit, ainsi que les capacités motrices (difficultés en motricité fine et praxies).

Ainsi, un trouble persistant du langage oral est posé, retentissant sur l'acquisition de l'écrit. Néanmoins, le niveau de raisonnement d'Estelle est satisfaisant. Des difficultés attentionnelles et motrices sont aussi repérées.

5. Bilan orthoptique (Janvier 2017)

Le bilan orthoptique est effectué dans le cadre de contrôle ophtalmologique et de troubles de l'attention.

Une séance hebdomadaire de psychomotricité de 45 minutes est pratiquée. Pendant le premier semestre, l'accent a été mis sur la notion d'écriture. C'est une tâche couteuse pour elle, engendrant de l'anxiété. Quelques exercices d'attention ont aussi été mis en place. Estelle s'investit émotionnellement dans cette prise en charge et sait s'adapter aux situations d'apprentissages, même si cela lui demande beaucoup d'énergie.

II. Présentation de l'essai de rééducation

A. Réflexion initiale

Lorsque je rencontre Estelle pour les premières fois en séance de psychomotricité, sa distractibilité est flagrante. En effet, elle est en grande difficulté lorsqu'elle doit se concentrer sur une tâche en raison de son incapacité à inhiber sa pensée et les stimuli extérieurs. Par exemple, elle est incapable de tenir une discussion, obligeant l'adulte de la ramener systématiquement sur la conversation en cours. Il en est de même lorsqu'elle pratique une activité : les décrochages attentionnels sont tels que la jeune fille ne peut terminer la tâche sans les interventions du rééducateur.

Je me suis alors demandée si cette distractibilité visible en séance était aussi présente en milieu écologique et quelle était son importance dans la vie quotidienne de cet enfant. Pour cela, des discussions avec les parents sont effectuées en fin de séances. Il se trouve que ce déficit est une plainte majeure dans le cadre familial. Ils disent devoir sans cesse répéter les consignes pour qu'Estelle se mette en action et que l'autonomie est rendue difficile du fait de cette distractibilité. Il est alors nécessaire de se questionner sur la part langagière utilisée par les parents pour donner les consignes et par conséquent de se demander si Estelle comprend ce qui lui est demandé. En effet, ces données pourraient majorer la distractibilité déjà problématique chez cette enfant. Néanmoins, ces parents sont demandeurs d'aide et d'outils afin d'aider leur fille.

Certes, Estelle présente aussi des troubles moteurs qu'il serait nécessaire d'améliorer en séance de psychomotricité. Cependant, au domicile, cette plainte est mineure, s'appuyant simplement sur le fait qu'Estelle manque d'autonomie pour l'habillage. Quelques difficultés en motricité fine sont retrouvées en milieu scolaire. Est-ce parce que la distractibilité prend

une telle part dans la vie quotidienne de cet enfant que ces difficultés-là sont perçues comme secondaires ? J'émet ce postulat.

Ainsi, la plainte du milieu sur la distractibilité est telle qu'il me paraissait indispensable de travailler ce point en séance de psychomotricité. De plus, la volonté des parents de s'inclure dans la prise en charge constitue un point essentiel sur lequel s'appuyer pour amener notre prise en charge et les outils que nous utilisons en milieu écologique et ainsi favoriser la généralisation. Je fais donc le choix d'axer ma prise en charge sur la distractibilité et l'inattention, dans l'espoir d'aider cette famille et cette enfant sur les plaintes quotidiennes rencontrées.

B. Observations cliniques

Durant les séances qui ont précédé mon intervention, j'ai pu continuer d'observer Estelle en situation de séance. Ainsi, j'ai pu collecter plusieurs données utiles à cette prise en charge :

- Sa pensée est le plus grand distracteur chez elle.
- Les décrochages sont de plusieurs types, notamment verbaux et moteurs.
- La temporalité est une notion qu'elle ne maîtrise pas. Elle a des difficultés à percevoir et gérer le temps, se traduisant par de nombreuses interventions de sa part demandant l'heure, combien de temps l'activité dure, si ce n'est pas bientôt terminé. Elle exprime aussi le fait que l'activité ou la séance soit trop longue. Enfin, elle a aussi du mal à se situer temporellement dans la séance.
- Son sentiment d'efficacité personnelle est faible, se manifestant par une dépréciation quasi systématique de soi et de ses compétences, un regard axé sur la performance uniquement et un détournement de son attention sur les tâches qui lui semblent difficiles.

C. Tests d'attention

Afin d'affiner mes observations et pour proposer une prise en charge au plus près des besoins d'Estelle, j'ai proposé trois épreuves d'attention. Ainsi, ces tests ont été effectués le 22 février 2017. Elle est alors âgée de 7ans et 7mois.

Recherche dans le ciel (TEA-Ch)

	Notes brutes	Pourcentages cumulés
Nombre de cibles correctement encerclées	15	15 (déficit)
Temps par cible	8.66	30 (zone faible)
Note d'attention	7.11	25 (zone faible)

La compréhension des consignes est correcte. Néanmoins, Estelle ne se préoccupe pas des espaces entre les paires de vaisseaux et entoure les vaisseaux identiques qui ne voyagent pas ensemble. Ainsi, la reformulation des consignes est nécessaire. Elle met alors en place une stratégie de compensation et procède par colonne afin de ne pas se mélanger entre les paires de vaisseaux.

La stratégie de pointage avec le stylo est mise en place et est fonctionnelle. De nombreuses interventions de sa part sont notables, interventions orientées sur la tâche mais aussi sur tout autre chose.

Les résultats obtenus dans cette épreuve ne sont pas dans la zone pathologique. Néanmoins, ils restent assez faibles pour son âge et les données cliniques appuient l'inattention.

T2B 1 signe

	Notes brutes	ESIQ
Vitesse	67.2	-1.4 (déficit)
Inexactitude	13%	-2 (trouble)
Rendement	73.7	-1.2 (zone limite)

La consigne du mode de barrage n'est pas totalement comprise, induisant, dès les premières lignes, des croix et des cercles sur les cibles. Après rappel de celui-ci, Estelle s'arrête et essaie de négocier les consignes pour faire telle qu'elle le souhaite. L'intégration du signe à barrer est néanmoins rapide et fonctionnelle. Des bruits vocaux apparaissent

rapidement après le début de l'épreuve. L'intervention de l'adulte est régulière afin qu'Estelle reste concentrée sur la tâche, notamment avec l'utilisation de nombreux renforcements positifs.

Elle progresse dans le sens de la lecture. Néanmoins, le balayage visuel est difficile, induisant une stratégie couteuse. En effet, à la fin de chaque ligne, l'index de sa main non scriptrice (main droite) procède à boustrophédon pour ensuite traiter cette ligne par la main gauche avec le stylo dans le sens de la lecture. A la fin de la première feuille A4, Estelle met en place une nouvelle stratégie : elle utilise l'arrête de la table pour plier la feuille sur la ligne à traiter afin de diminuer le nombre d'information dans le champ visuel. Estelle est consciente de ses difficultés et l'exprime à la fin de l'épreuve.

L'attention sélective est déficitaire. Estelle omet beaucoup de signes, notamment sur la deuxième partie de l'épreuve. La vitesse de traitement est dans la zone limite, assez lente pour son âge.

Coups de fusil (TEA-Ch)

- Note brute : 4
- Pourcentages cumulés : 8 (déficit)

La compréhension des consignes est difficile sur cette épreuve, m'obligeant à imiter les différents bruits à entendre et à discriminer (coups de fusil et sons indiquant le début et la fin des parties). Une légère impulsivité cognitive est repérée sur les premières parties, induisant des réponses erronées. Des hochements de tête accompagnent le comptage. Une agitation motrice apparaît rapidement notamment avec de la manipulation d'objet dans son environnement, des mouvements des membres inférieurs, des levers...

Estelle demande spontanément des temps de pauses entre les parties dû au caractère couteux de la tâche. Pendant ceux-ci, elle change de sujet, pose des questions et demande le nombre de parties restantes. S'instaure alors un décompte des parties pour maintenir sa concentration et sa motivation.

L'attention auditive est en déficit, malgré des résultats donnés généralement à un point près. L'inattention et la distractibilité sont très présentes, induisant une épuration de l'environnement en cours d'épreuve par l'adulte.

D. Objectifs de l'essai

En combinant mes observations cliniques et les résultats aux différents tests d'attention, il est donc possible de cibler la problématique. Tout d'abord, il est primordial de diminuer la distractibilité chez cette enfant. J'émetts donc l'hypothèse qu'en améliorant la temporalité et le sentiment d'efficacité personnelle, Estelle trouvera des stratégies d'auto-contrôle permettant le maintien de l'attention sur la tâche.

En effet, en matérialisant le temps, Estelle connaîtrait la durée de l'effort à fournir. Cette anticipation pourrait donc lui permettre de se concentrer pleinement sur l'activité et ainsi de diminuer la distractibilité.

Le sentiment d'efficacité personnelle est à prendre en compte dans cette prise en charge. Ainsi, j'émetts l'hypothèse qu'en travaillant avec Estelle sur des croyances d'efficacité personnelle, ses attentes de performances diminueraient. En effet, le fait d'axer la prise en charge sur le fait de respecter les consignes et de faire du mieux possible permettrait de contourner ses attentes de résultats. Elle pourrait alors apprécier ses réelles compétences et ainsi focaliser davantage son attention sur les activités et par conséquent, diminuer sa distractibilité.

E. Moyens utilisés

Le matériel (visible en annexe)

Afin d'améliorer au mieux la distractibilité de cette enfant et d'adapter cette prise en charge à son fonctionnement, j'ai créé plusieurs outils sur lesquels s'appuyer. Ainsi, du matériel est à disposition d'Estelle, pendant que d'autres sont présents pour me permettre d'observer son fonctionnement.

Estelle utilise cinq outils. L'ensemble de ces supports est visuel, limitant ainsi la part langagière dans leur utilisation. Ce kit est composé de :

- Une frise du déroulement de la séance avec les activités prévues pour structurer la prise en charge
- Un timer pour renvoyer un feed-back sur la durée de l'effort cognitif à fournir pendant l'activité. Celui-ci permet donc d'agir sur la temporalité.

- Une régléte de difficulté permettant l'estimation en amont et le retour réel en aval de l'activité. Celle-ci joue donc un rôle dans l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle.
- Une fiche « pendant l'activité » récapitulant ce qui est attendu par Estelle durant une activité. Dans les points évoqués, on retrouve « je ne parle pas » et « je ne bouge pas » sauf si l'adulte me le demande et « je respecte les consignes du jeu » et « je fais du mieux possible ». Ces deux dernières directives mettent l'accent sur l'effort fourni par l'enfant et non sur la performance réalisée et le résultat obtenu, dans l'espoir d'améliorer le sentiment d'efficacité personnelle. En revanche, les deux premières instructions visent la diminution de la distractibilité en incluant des contraintes en amont, dans le but de gérer cette distractibilité par l'anticipation des comportements. Ces exigences sont lues et répétées par Estelle afin de m'assurer de leur assimilation.
- Une fiche « les 10 points » explique le déroulement d'une activité. Cette fiche est le cœur de notre travail puisqu'elle permet de se situer dans l'avancée du jeu et de la séance. Ainsi, à chaque nouvelle activité, nous reprenons ensemble cette fiche et lisons un par un les points, les mettons en pratique puis passons au point suivant.

De mon côté, j'utilise en complément une grille d'observation de comportements pour quantifier les décrochages d'Estelle ainsi que leur type. Cette grille est utilisée pour chaque exercice proposé tout au long de la prise en charge.

Les adaptations face aux troubles

Estelle ayant un trouble du langage oral, il est nécessaire d'adapter le contenu des séances à ce déficit. Ainsi, comme précédemment énoncé dans la partie théorique, plusieurs stratégies sont mises en place.

La part langagière est diminuée, en réduisant le nombre de consignes, en donnant des consignes concises et claires. Une démonstration est effectuée par l'adulte pour qu'Estelle assimile correctement la tâche a effectué. De plus, l'ensemble des supports présenté est de nature visuelle. La reformulation des consignes par ses mots est aussi demandée, afin de s'assurer que la compréhension soit fonctionnelle. En ce qui concerne le versant expressif, Estelle est capable de se faire comprendre même si elle s'y reprend à plusieurs fois pour pouvoir expliquer clairement ce qu'elle souhaite. Ainsi, je lui laisse des temps de latence pour

« mettre en ordre » ses idées et peut lui poser des questions simples afin de soutenir son propos.

J'utilise aussi des techniques spécifiques au trouble de l'attention telles que les renforcements positifs immédiats et continus, le retrait d'attention et l'auto-instruction à voix haute. Enfin, je structure la séance par la frise, la fiche des « 10 points » et le temps par le timer.

III. Déroulement et évolution

A. Organisation des séances

La séance d'Estelle est programmée le mercredi matin à 9 heures pour permettre une meilleure disponibilité. Nous disposons de 45 minutes pour cette séance hebdomadaire. Un temps de discussion avec le parent qui l'accompagne est toujours prévu avant d'aller en salle de psychomotricité afin de sonder l'humeur et l'état d'esprit dans lesquels se trouve la jeune fille sur le début de la semaine et de la journée. Puis, nous allons dans la salle de psychomotricité où, là aussi, un petit temps de discussion avec Estelle est établi, sur des questions ordinaires. Cette conversation ne dépasse pas les cinq minutes. Ainsi, le temps consacré aux exercices psychomoteurs correspond à 30 minutes environ par séance.

Nous disposons de dix séances de psychomotricité. Ainsi, la première et les deux dernières servent respectivement au test et au re-test d'attention. Les sept séances restantes sont dédiées à la rééducation de la distractibilité. Notons qu'entre les séances 5 et 6, les vacances d'avril ont lieu et par conséquent une pause de deux semaines est effectuée. L'ensemble des séances sont préparées en amont et ensuite proposées à Estelle. Afin de maintenir la relation thérapeutique déjà installée et sa motivation, je lui propose le choix du dernier exercice entre deux propositions et, si le temps nous le permet, de choisir un jeu parmi ceux présents dans la salle de psychomotricité.

Le déroulement d'une séance-type est le suivant :

- Remplir la frise de la séance
- Se référer à la fiche « 10 points » et effectuer l'ensemble de ceux -ci

- Temps de parole et d'échange à la fin de l'activité pour permettre à Estelle d'apprendre à différer sa pensée. C'est aussi un temps où la distractibilité n'est pas contrainte, faisant office de « soupape ».
- Puis reprise de la fiche « 10 points »
- ...

L'organisation des séances se découpe en trois parties. L'ensemble des exercices énoncés seront détaillés en annexes.

PARTIE A :

La première séance me permet d'expliquer à Estelle l'ensemble des nouveaux outils que nous allons utiliser dans sa prise en charge. Puis, les vingt minutes restantes servent à découvrir le matériel en situation d'activité, de le comprendre et de commencer à se l'approprier. Ainsi, je propose à cette enfant des activités qu'elle maîtrise afin de limiter les efforts que l'activité peut mobiliser.

Séance 1 :

- Puzzle avec modèle à réaliser seule
- Uno à trois joueurs

PARTIE B :

Les deux séances qui suivent s'organisent sur le même principe. Pour Estelle, le but est de diminuer l'effort que l'utilisation nouvelle de ces outils lui demande et d'améliorer cette utilisation. De mon point de vue, l'objectif est de repérer comment elle s'en saisit et sur quoi je peux m'appuyer pour mener au mieux cette prise en charge. Les activités proposées sont toujours des activités maîtrisées.

Séance 2 :

- Puzzle avec modèle à réaliser seule
- Uno à trois joueurs
- Dobble : activité choisie par Estelle

Séance 3 :

- Memory à deux joueurs
- Sakapuss à trois joueurs
- Mosaicolor : activité choisie par Estelle

PARTIE C :

Les séances 4, 5, 6 et 7 s'axent plus précisément sur l'attention visuelle et auditive. En effet, l'utilisation des outils est devenue systématique et est devenue une aide indispensable à Estelle pour diminuer sa distractibilité. De plus, elle est maintenant en capacité de différer sa pensée et les interventions restantes pendant la tâche se résument à du soliloque. Il est donc maintenant possible d'augmenter les efforts attentionnels sur la tâche. Ainsi, l'objectif est d'introduire les stratégies mises en place sur les séances précédentes dans des activités avec une composante attentionnelle plus prononcée. De plus, ces activités ne sont ni connues ni maîtrisées par Estelle, rajoutant de la difficulté. Enfin, le travail demandé sur les outils est plus conséquent : Estelle sait les manier et je lui demande maintenant d'estimer le temps dont elle a besoin pour réaliser les activités. D'un point de vue organisationnel, nous débutons par les exercices à table puis terminons par ceux se pratiquant debout. Je classe aussi les exercices en commençant par le plus coûteux et en terminant par celui mobilisant le moins d'effort pour Estelle.

Séance 4 :

- Bataflash à deux joueurs
- Jeu du rouge – noir à deux informations

Séance 5 :

- Recherche et trouve
- Bataflash à deux joueurs
- Jeu du rouge – noir à quatre informations
- Transmission de code à deux puis trois informations

Séance 6 :

- Recherche et trouve
- Jeu du rouge – noir à quatre informations
- Transmission de code à quatre informations

Séance 7 :

- Recherche et trouve
- Regarde et trouve
- Transmission de code à quatre informations

B. Evolution au cours des séances

Comportement général : Estelle est contente et désireuse de venir en séance de psychomotricité. Néanmoins, en fonction des séances et à l'approche des vacances scolaires, Estelle est de plus en plus fatigable et irritable, rendant difficile sa prise en charge dans les différents ateliers proposés dans la structure de soin. Ceci se manifeste par un manque de disponibilité en raison de manifestations émotionnelles importantes. Ainsi, cette donnée est visible, d'une part, sur l'ensemble des arrivées des vacances scolaires et n'est pas consécutif au travail entrepris sur la distractibilité. D'autre part, lorsque le travail demandé est couteux en effort, Estelle a tendance à se laisser « déborder » par ses émotions, engendrant des difficultés à maintenir son attention sur la tâche et ainsi à finaliser celle-ci. Un temps de discussion autour de ses ressentis est donc mis en place à chaque manifestation émotionnelle, dans le but de les diminuer mais aussi d'en comprendre le sens. Notons que le fait de boire un verre d'eau lui permet de s'apaiser plus rapidement.

Utilisation du matériel :

Timer :

Comme vu précédemment, l'utilisation du timer se fait en deux parties. Dans la première, Estelle place le temps que je lui propose sur le timer, lui renvoyant un feed-back visuel sur le temps d'effort cognitif à fournir. Ainsi, l'utilisation de l'outil permet l'intégration de la durée par une matérialisation visuelle et la focalisation attentionnelle. Dans la seconde partie de la prise en charge, je lui demande d'estimer le temps dont elle a besoin et de vérifier ensuite si son estimation était juste. Je lui demande donc une estimation projective du temps. En amont des estimations, je lui montre le temps global de notre séance.

Notons que ces deux étapes sont nécessaires. En effet, le travail entrepris sur l'intégration des durées va permettre à Estelle de se créer des représentations et va pouvoir s'y référer. Ces dernières sont indispensables pour pouvoir estimer une durée. La première phase est donc indispensable pour l'exécution de la seconde.

Le passage d'un palier à l'autre s'est fait à la quatrième séance car :

- Le timer n'est plus une source de distraction importante mais devient un outil primordial sur lequel s'appuyer
- Estelle a intégré la notion de durée grâce à la première phase
- Le fait de donner plus de responsabilité permet de maintenir sa motivation
- Estelle commence à vouloir me devancer à l'annonce du temps à régler sur le timer

Nous nous intéressons ici à la deuxième partie énoncée. Ainsi, l'évolution dans ces estimations est nette.

	Séance 4	Séance 5	Séance 6	Séance 7
Delta jeu 1	30min	10min	1min	3min
Delta jeu 2	10min	15min	5min	1min
Delta jeu 3		10min	1min	2min
Delta jeu 4		10min		

Tableau récapitulatif des deltas entre les estimations et le temps réel au cours des séances.

N.B. : les deltas constituent la différence en minutes entre l'estimation et le temps réel écoulé.

A chaque fin d'exercice, nous comparons ensemble la différence entre les deux données : a-t-elle mis trop de temps nécessaire ou pas assez ? S'en suit une conversation avec des mots simples et des phrases claires, associée à la démonstration sur le timer, pour faire comprendre à Estelle qu'une activité ne peut pas durer plus de vingt minutes pour son âge. A force d'analyse, Estelle prend en compte les règles du jeu et le nombre de joueurs, lui permettant d'estimer des durées au plus proche de la réalité. Notons également que cette amélioration dans les estimations est à mettre en relation avec l'utilisation dans le milieu écologique. En

effet, les parents d'Estelle ont investi dans un timer pour le domicile et s'y réfèrent pour les activités quotidiennes avec Estelle.

Réglette de difficulté :

Une analyse est aussi faite concernant les niveaux de difficultés. En effet, en début de prise en charge, Estelle a des difficultés pour choisir seulement un gradient de difficulté parmi les six proposés après la réalisation de la tâche. Elle entoure souvent deux voire trois gradients à la fois, expliquant qu'en fonction des moments de l'exercice, elle pouvait le trouver de difficulté différente. Un travail sur une vision globale est donc entrepris dans les analyses. De plus, il est parfois possible de percevoir des manifestations comportementales signant un effort coûteux pour la jeune fille. Mais, la difficulté qu'elle annote ne les prend pas en considération. C'est pourquoi, je reprends avec Estelle les différents feed-back internes et externes qu'elle émet, dans le but de les décoder et de les comparer ensemble. Cette analyse lui permet d'intégrer ses manifestations comportementales dans le choix de la difficulté et d'établir une cohérence entre ceux-ci et ses ressentis internes. Cette concordance aide Estelle à ajuster ses choix et prendre des décisions et par conséquent, améliorer son sentiment d'efficacité personnelle. Au fil des séances, Estelle intègre les deux types de feed-back, induisant des annotations de difficulté de plus en plus en adéquation avec ceux-ci.

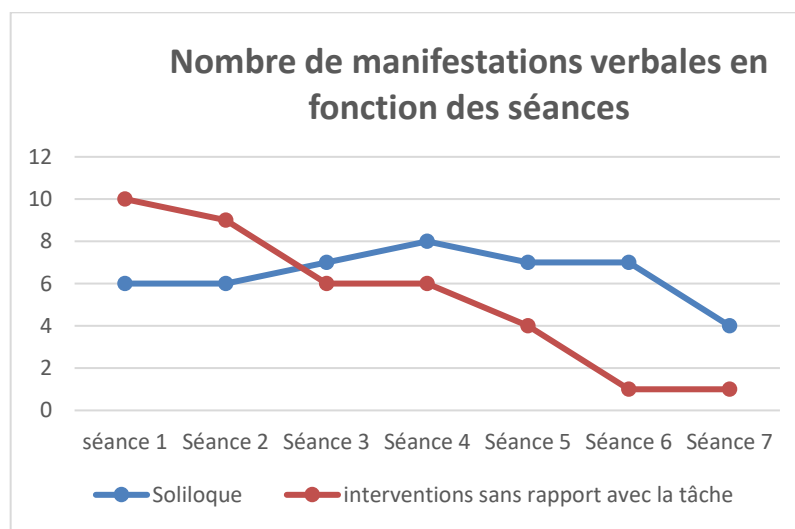
Concernant les estimations de difficultés, elles sont elles aussi de plus en plus justes au fil des séances. En effet, la meilleure disponibilité pour l'écoute des consignes relatives à l'activité (grâce à la mise en place de la fiche « pendant l'activité ») ainsi que l'anticipation des manifestations que peut engendrer l'exercice lui permettent d'estimer au plus juste la difficulté de celui-ci. Cette anticipation traduit une reconnaissance plus précise de ses capacités en fonction d'un objectif à réaliser, traduisant une amélioration du sentiment d'efficacité personnelle. D'ailleurs, au fil des séances, la question de la performance est totalement mise de côté par Estelle, s'appuyant sur le fait qu'elle a fait du mieux possible. Ainsi, Estelle met en place des processus de contrôle permettant d'augmenter ses croyances en efficacité et par conséquent de diminuer sa distractibilité.

Le reste du matériel proposé, à savoir la fiche « pendant l'activité », la fiche « 10 points » et la frise du déroulement de la séance, ont été pleinement investies dès le début de la prise en charge.

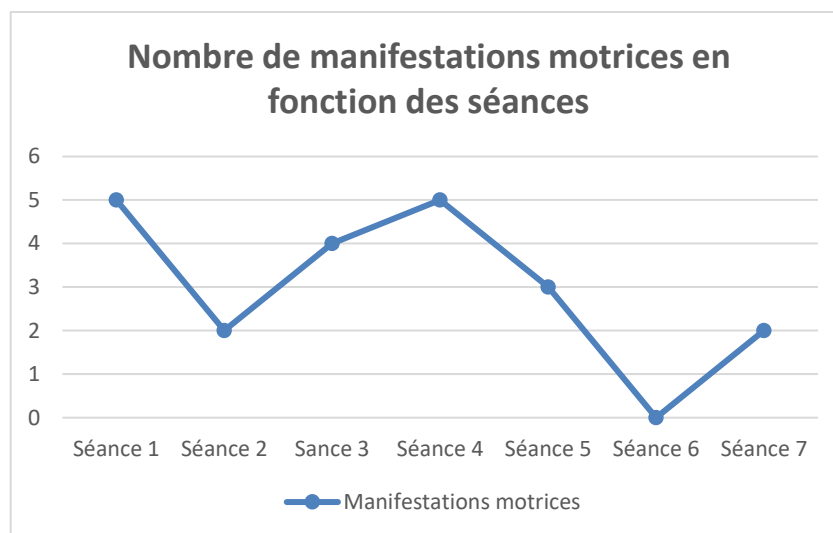
Notons que l'utilisation conséquente de matériel ainsi que les analyses effectuées avec Estelle sont possibles grâce :

- A sa capacité à s'exprimer notamment avec son lexique développé
- A sa capacité à maintenir un effort cognitif notamment avec son quotient intellectuel dans la norme
- Au travail parallèle entrepris en groupe thérapeutique sur la reconnaissance des émotions notamment pour exprimer les difficultés des exercices proposés et les émotions qui en découlent.
- Au travail effectué en séance de psychomotricité depuis bientôt deux ans.

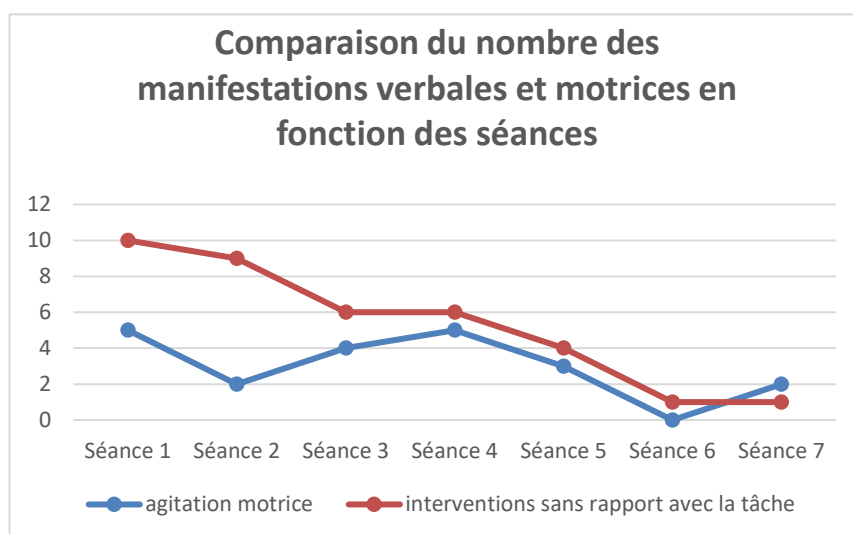
Analyse de la grille d'observation : Je possède sept grilles de manifestations comportementales à analyser, traduisant des décrochages attentionnels d'Estelle au cours des exercices. Ainsi, je remarque tout d'abord que les manifestations les plus présentes chez Estelle sont d'ordre verbales ou motrices, ce qui coïncident avec mes observations cliniques préliminaires. Ainsi, nous détaillerons ici ces deux composantes. Pour appuyer mes propos, j'analyserai les trois graphiques ci-dessous, issus des comportements relevés en séances.



Ce graphique concerne les manifestations verbales, que ce soit le soliloque audible ou les interventions d'Estelle n'ayant pas de rapport avec la tâche demandée. Ainsi, en distinguant ces deux types de manifestations, il est possible de dégager une évolution dans son comportement. Les interventions concernant le soliloque sont quasi-constantes tout au long de cette prise en charge. En effet, celui-ci aide Estelle à structurer et maintenir sa pensée sur l'activité. Concernant les interventions parasites, le graphique révèle une nette diminution de ceux-ci avec l'avancée des séances. Ainsi, la prise en charge joue un rôle majeur dans le contrôle de ses pensées parasites et Estelle devient donc en capacité de différer sa pensée grâce aux différents outils mis en place. Les interventions effectuées dans les dernières séances relèvent donc davantage du soliloque que des pensées parasites, ce qui était l'inverse en début de prise en charge.



Ce graphique présenté ci-dessus permet d'analyser le nombre de manifestations motrices visibles sur l'ensemble des séances. Ainsi, l'agitation motrice est retrouvée dans la quasi-totalité des séances. Celle-ci se manifeste par des trémoussements importants, des prises d'objet dans le champ attrapable, ... Leur nombre est variable et est à mettre en relation avec l'état émotionnel d'Estelle. En effet, c'est lors de phases de légères tensions et d'irritabilité que l'agitation motrice est la plus importante. Ainsi, en fonction de l'humeur et de la disponibilité émotionnelle dans laquelle Estelle arrive et est en séance, le nombre de manifestations motrices est différent.



Il me semblait nécessaire de comparer les manifestations motrices et verbales dans leur quantité. Ainsi, en reprenant les données des graphiques précédents, on peut extraire de celui-ci le fait que les décrochages attentionnels les plus présents chez Estelle sont d'ordre verbal et dûs aux pensées parasites. Estelle parle donc plus qu'elle ne bouge. Les deux manifestations ne sont pas spécifiquement corrélées, puisque l'agitation motrice est dépendante de l'état émotionnel d'Estelle. Néanmoins leur diminution respective est visible.

L'intervention sur la distractibilité entreprise avec Estelle a donc un impact sur ses décrochages, permettant leur réduction. L'utilisation des outils a permis à Estelle de trouver des stratégies d'auto-contrôle, notamment sur les interventions verbales. Il conviendra de mettre en relation ces données cliniques avec le re-test d'attention afin de savoir si ces résultats obtenus au cours des séances avec des outils spécifiques sont objectivables en situation de bilan et sans aide matérielle apportée.

C. Re-test

Le re-test est indispensable pour apprécier l'évolution des compétences de l'enfant et par conséquent, l'efficacité de la prise en charge mise en place. Ainsi, les tests proposés à Estelle sont ceux proposés en février. Précisons que les résultats obtenus à ceux-ci sont à

nuancer du fait de l'écart trop peu important entre les phases de test et re-test et peuvent ainsi découler d'un apprentissage des tests proposés.

Le re-test a été échelonné sur deux séances de 45 minutes puisqu'Estelle a montré des difficultés de disponibilité émotionnelle à la vue des épreuves à effectuer. Ainsi, un contrat a été convenu pour diviser le travail. Sur la séance du 3 mai 2017, seule la recherche dans le ciel a été administrée. Les coups de fusils et le T2B ont été effectués le 10 mai 2017. Estelle est donc âgée de 7ans 10 mois.

Recherche dans le ciel (TEA-Ch)

	Notes brutes	Pourcentages cumulés
Nombre de cibles correctement encadrées	17 <i>(précédemment 15)</i>	24 (zone faible) <i>(précédemment 15)</i>
Temps par cible	6.5 <i>(précédemment 8.66)</i>	65 (norme) <i>(précédemment 30)</i>
Note d'attention	5.3 <i>(précédemment 7.11)</i>	55 (norme) <i>(précédemment 25)</i>

Estelle se rappelle de l'épreuve ainsi que de sa facilité. La compréhension des consignes est donc fonctionnelle. Lors de la recherche, elle procède par ligne, alors qu'elle avait opté pour une stratégie en colonne au premier test. Le balayage est fonctionnel et rapide avec la mise en place du stylo pointeur. De plus, aucune intervention de sa part n'est relevée pendant la passation de cet exercice, lui permettant de focaliser son attention sur la tâche, ce qui n'était pas le cas dans la version effectuée en février.

Ainsi, les résultats obtenus à ce re-test sont supérieurs à ceux obtenus au test et sont dans la norme pour son âge. Estelle a augmenté sa vitesse de balayage visuel sans conséquence sur la qualité de son attention. D'ailleurs, il en est de même pour sa note d'attention, traduisant une attention sélective améliorée.

T2B 1 signe

	Notes brutes	ESIQ
Vitesse	67.5 <i>(Précédemment 67.2)</i>	-1.4 (déficit) <i>(Précédemment -1.4)</i>
Inexactitude	6.3% <i>(Précédemment 13%)</i>	0 (norme) <i>(Précédemment -2)</i>
Rendement	77.5 <i>(Précédemment 73.7)</i>	-1 (norme) <i>(Précédemment -1,2)</i>

Estelle se rappelle, là aussi, de l'exercice et les consignes sont donc connues. Aucune intervention de l'adulte n'est effectuée sur l'ensemble de la passation, contrairement à la première version administrée. De même, aucune manifestation verbale n'est produite par Estelle. Seuls deux comportements signent un décrochage attentionnel : elle retourne la feuille de passation afin de s'assurer que le verso n'est pas à traiter. Des syncinésies bucco-faciales, traduisant un effort coûteux, sont repérées sur la deuxième partie de l'épreuve.

La jeune fille progresse dans le sens de la lecture, avec un balayage visuel opérant. L'intégration du signe est rapide et fonctionnelle. Une double stratégie de pointage est mise en place : l'index de la main droite (non scriptrice) pointe la ligne à traiter et le stylo analyse les signes de cette ligne.

Estelle n'a pas modifié sa vitesse mais a gagné en précision. Ainsi, la vitesse de traitement est lente pour son âge mais les capacités d'attention sélective se sont nettement améliorées et sont devenues dans la norme attendue pour son âge.

Coups de fusil (TEA-Ch)

- Note brute : 1 (*Précédemment 4*)
- Pourcentages cumulés : 1 (trouble) (*Précédemment 8*)

A la vue du test, Estelle est réticente, se rappelant que cet exercice l'avait mise en difficulté sur la première passation. De ce fait, elle se montre opposante, ne voulant pas se confronter à la tâche. Néanmoins, elle finit par accepter de passer le test, avec la présence d'un verre d'eau à proximité, lui permettant de s'apaiser entre les parties.

L'agitation motrice est retrouvée (s'allonge sur sa chaise, recule la chaise, s'assoit de manière non adaptée). Estelle est en difficulté sur cette épreuve et en a conscience, se mettant en action pour éviter la confrontation à celle-ci. De plus, le souvenir péjoratif de l'épreuve entraîne chez la jeune fille des manifestations émotionnelles, telles que des bruits vocaux signant une certaine tristesse. Cet ensemble ne permet pas à Estelle de rester concentrée sur la tâche en cours. A cela s'ajoute une mémoire de travail limitée et rapidement saturée, ne permettant pas de maintenir en mémoire les informations sur le temps demandé. Le score d'attention auditive mesuré par cette épreuve est donc déficitaire et inférieur au score obtenu à la version A. Aucune manifestation verbale n'est cependant relevée, élément qui était présent sur la première passation.

D. Conclusion de la prise en charge

Estelle a su s'approprier les outils proposés en séances de psychomotricité pour diminuer sa distractibilité et ainsi maintenir son attention. En effet, au cours des séances, les manifestations verbales signant des décrochages attentionnels se sont réduites. Les techniques d'auto-contrôle, prenant source dans l'amélioration de la temporalité et du sentiment d'efficacité personnelle, se sont donc mises en place progressivement, lui permettant d'augmenter son attention. Les manifestations motrices sont, quant à elles, dépendantes de l'état émotionnel d'Estelle.

Au vu des résultats objectifs obtenus au re-test, les capacités d'attention visuelle de la jeune fille se sont significativement améliorées, notamment avec la mise en place d'un balayage visuel opérant et une diminution des manifestations verbales en cours d'exercice. Concernant l'attention auditive, les scores obtenus au re-test sont pathologiques et aucun progrès n'est noté dans ce domaine. En effet, en raison des manifestations émotionnelles engendrées par la connaissance de l'épreuve et de sa difficulté et d'une mémoire de travail limitée, Estelle n'a pas été en capacité de mobiliser la totalité de ses ressources. De plus, peu d'exercices d'attention auditive ont été proposés en prise en charge, lui permettant peu d'expérimentation des outils dans ce domaine.

En définitive, la distractibilité verbale présente chez cette jeune fille a nettement diminué, tant au fil des séances de psychomotricité que sur les passations de tests standardisés, grâce à la gestion temporelle et à l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle. Ces deux composantes ont été travaillées par le biais de supports visuels.

La rééducation spécifique entreprise sur l'attention visuelle en deuxième partie de prise en charge, couplée aux différentes stratégies d'auto-contrôle qu'elle a acquise, a permis son amélioration.

L'attention auditive est toujours déficitaire. La jeune fille possède de grandes difficultés dans ce domaine, que les outils proposés en séances n'ont pas pu pallier. Néanmoins, ceux-ci ont permis de diminuer la distractibilité d'origine verbale qui accompagnait ce déficit. Enfin, les manifestations motrices, dépendantes de la disponibilité émotionnelle d'Estelle, ont majoré son trouble d'attention auditive sur le re-test. Une prise en charge spécifique sur ces difficultés est à envisager.

DISCUSSION

Il semble primordial de débiter cette discussion sur le fait que la prise en charge proposée en psychomotricité doit être articulée autour du fonctionnement de l'enfant, afin de permettre un investissement optimal des outils proposés. Dans le cas d'Estelle, la principale difficulté a été d'adapter cette prise en charge à son trouble du langage oral mais aussi de trouver les supports visuels adaptés à sa personnalité et à son mode de fonctionnement. L'ensemble de ces réflexions s'est donc appuyé sur une observation minutieuse des comportements d'Estelle ainsi que ses sources de motivations.

Néanmoins, plusieurs limites concernant le travail entrepris sont à mettre en exergue. Tout d'abord, les bilans détaillés dans ce mémoire datent de 2015. Ainsi, l'ensemble de mon intervention s'est basée sur les résultats mis en évidence dans ceux-ci. Il serait pertinent de pratiquer de nouveaux bilans, notamment orthophonique et psychomoteur, afin d'apprécier les compétences actuelles d'Estelle et ainsi, d'ajuster au mieux les prises en charge proposées.

De plus, sept séances de rééducations ne semblent pas être un nombre suffisant pour affirmer qu'Estelle s'est totalement appropriée les outils et qu'elle soit capable de transposer les compétences et techniques apprises en milieu écologique. Cette donnée est d'autant plus importante chez les enfants atteints de trouble du langage oral, qui ont plus de difficultés à apprendre de nouvelles stratégies et à généraliser leurs apprentissages. C'est pourquoi, il convient de continuer ce travail après les séances relatives à l'élaboration de ce mémoire mais aussi de favoriser la généralisation chez les autres professionnels de santé qui travaillent avec Estelle, au domicile et à l'école. D'ailleurs, comme énoncé dans ce mémoire, les parents de la jeune fille ont investi dans un timer et l'utilisent régulièrement au domicile. Son utilisation semble bénéfique dans le milieu familial. Dans la lignée de ce raisonnement-là, des entretiens mensuels sont également mis en place entre les parents, la psychologue et le psychomotricien du service afin d'aider ses parents dans le quotidien et sur leurs difficultés rencontrées.

Pour cette prise en charge avec Estelle, j'ai fait le choix de considérer les difficultés attentionnelles comme un trouble à part entière. En effet, l'inattention est retrouvée dans l'ensemble des environnements décrits dans ce mémoire et est mise en exergue dans le bilan

psychomoteur, légitimant une prise en charge spécifique. Ce travail entrepris prend néanmoins en considération les difficultés langagières de la jeune fille.

Estelle a su s'investir dans sa prise en charge. Sa motivation a été maintenue tout au long du protocole grâce à la relation thérapeutique déjà installée en amont mais aussi grâce à l'utilisation de matériel. Effectivement, le fait de transformer et manipuler à chaque séance notre matériel (écrire les exercices sur les supports, tourner l'aiguille du timer) l'a rendue actrice de sa rééducation. Enfin, le caractère répétitif du protocole (les « 10 points ») a permis de réduire une part de l'incertitude engendrée par cette prise en charge, Estelle étant très sensible à l'incertitude.

De plus, la rééducation proposée a laissé place à des résultats cliniques obtenus par Estelle au-delà de mes espérances. Les techniques et supports mis en place ont suivi les théories actuelles et ont été adaptés au fonctionnement de la jeune fille. Ainsi, la gestion temporelle s'est améliorée et le sentiment d'efficacité personnelle a augmenté, réduisant la distractibilité. Cependant, je me questionne tout de même sur cette nette amélioration compte tenu du nombre important d'outils utilisés. Effectivement, un enfant atteint de Trouble Déficitaire de l'Attention (TDA) n'aurait sûrement pas supporté cette abondance de matériel. Ainsi, il serait judicieux d'investiguer plus en profondeur cette hypothèse diagnostique afin de déterminer l'importance de ces troubles attentionnels chez cette enfant.

Aussi, de nombreux questionnements subsistent concernant la nature des troubles de cet enfant et leurs intrications. Dans le cadre de la rééducation pratiquée pour ce mémoire, serait-ce le trouble du langage oral qui engendrerait les difficultés attentionnelles ou ce trouble attentionnel serait-il isolé ? De plus, les troubles moteurs présents chez Estelle n'ont pas été rééduqués dans cette prise en charge. Il serait donc intéressant de lui administrer de nouveaux tests moteurs afin d'analyser si les processus de contrôle de la distractibilité mis en place ont un effet dans ce domaine. Enfin, une réflexion concernant l'intrication de ces troubles moteurs avec les troubles attentionnels et langagiers peut être envisagée. Néanmoins, il me paraît compliqué d'établir une hiérarchie entre ces pathologies, dont les comorbidités sont d'ailleurs très importantes.

Estelle présente aussi des manifestations émotionnelles qu'il ne faut pas négliger. En effet, elle est irritable facilement lorsqu'elle est en difficulté, engendrant des manifestations émotionnelles importantes telles que des pleurs. De plus, les relations amicales sont rapportées comme difficiles dans leurs créations et dans leurs maintiens. La reconnaissance

des émotions sur autrui est perturbée. L'ensemble de ces signes peuvent évoquer un trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, dont la comorbidité est présente avec le trouble déficitaire de l'attention. Il me semble donc pertinent d'approfondir cette hypothèse diagnostique dans le but de comprendre davantage le fonctionnement d'Estelle et de répondre à ses besoins de manière optimale.

CONCLUSION

Ainsi, l'écriture de ce mémoire m'a permis d'affiner mes réflexions psychomotrices. Par le biais de mes recherches, j'ai pu acquérir de nouvelles connaissances notamment sur les troubles du langage et le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. D'un point de vue pratique, le cas d'Estelle m'a demandé une anticipation importante du contenu des séances. Je me suis aussi remise en question tout au long de mes actions menées, afin d'ajuster ces dernières au profil d'Estelle.

Dans ce contexte, l'adaptation aux difficultés langagières d'Estelle a été un des piliers de la prise en charge. Effectivement, c'est en ajustant les séances au profil d'Estelle que la rééducation spécifique de l'attention a pu être menée à son terme. Pour agir sur ces capacités attentionnelles, la rééducation s'est axée sur la gestion temporelle et l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle, par le biais d'outils et de matériel d'origine visuelle. Cette utilisation a semblé lui convenir. Ainsi, l'ensemble du dispositif mis en place sur cette rééducation lui a permis d'identifier ses décrochages, de les contrôler grâce à la mise en place de matériel mais aussi d'apprendre par ce biais, des techniques d'auto-contrôle, transposables aux diverses activités proposées. L'ensemble de ces bénéfices lui permet une focalisation de l'attention de meilleure qualité. Comme dit précédemment, il est nécessaire de continuer ce travail afin de généraliser aux différents domaines et environnements les techniques acquises.

Je tiens à dédier les dernières lignes de ce mémoire à Estelle, sans qui je n'aurais pu élaborer cette réflexion.

BIBLIOGRAPHIE

Références citées

Albaret, J. M., & de Castelnau, P. (2009). Place des troubles de la motricité dans les troubles spécifiques du langage oral. *Développements*, (1), 5-13.

Albaret, J. M., Soppelsa, R., & Marquet-Doléac, J. (2010). Evaluation neuropsychologique et psychomotrice des troubles attentionnels de l'enfant. *Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité*, 12-22. Paris : Masson.

Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. Guilford Press.

Bassano, D. (2007). *Emergence et développement du langage : enjeux et apports des nouvelles approches fonctionnalistes* in Demont, E., Metz-Lutz, M.N. *L'acquisition du langage et ses troubles*. Marseille : Solal

Bavin, E. (2015). Memory profiles of children with SLI. *Specific Language Impairment. Language Acquisition and Language Disorders*, 58, 125-144.

Beyer, R. (1999). Motor proficiency of boys with attention deficit hyperactivity disorder and boys with learning disabilities. *Adapted physical activity quarterly*, 16(4), 403-414.

Billard, C. (2007). Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant et leur classification. *EMC, Psychiatrie/pédopsychiatrie*, 37-201.

Brinton B., & Fujiki, M. (2012). Social and affective factors in children with language impairment. Implications for literacy learning. In C. A. Stone, E. R. Silliman, B. J. Ehren, & K. Apel (Eds.), *Handbook of language and literacy: Development and disorders* (2nd Ed.). New York, NY: Guilford.

Cappella, B., Gentile, J. R., & Juliano, D. B. (1977). Time estimation by hyperactive and normal children. *Perceptual and Motor Skills*, 44(3), 787-790.

Cheng, H. C., Chen, H. Y., Tsai, C. L., Chen, Y. J., & Cherng, R. J. (2009). Comorbidity of motor and language impairments in preschool children of Taiwan. *Research in developmental disabilities*, 30(5), 1054-1061.

Chevrie-Muller, C., Narbona, J. (2007). *Le langage de l'enfant : aspects normaux et pathologiques*. Elsevier Masson.

Cohen, N. J., Vallance, D. D., Barwick, M., Im, N., Menna, R., Horodezky, N. B., & Isaacson, L. (2000). The interface between ADHD and language impairment: An examination of language, achievement, and cognitive processing. *Journal of child psychology and psychiatry*, 41(3), 353-362.

Dacewicz, A., Nowak, K., & Szelag, E. (2016). Temporal Information Processing and Language Skills in Children with Specific Language Impairment. In *Recent Advances in Nonlinear Speech Processing* (pp. 45-52). Springer International Publishing.

Depraz, N. (2014). *Attention et vigilance. A la croisée de la phénoménologie et des sciences cognitives*. Paris : Puf.

Felsenfeld, S., & Plomin, R. (1997). Epidemiological and offspring analyses of developmental speech disorders using data from the Colorado Adoption Project. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40(4), 778-791.

Franc, N., Maury, M., & Purper-Ouakil, D. (2010). Trouble déficit d'attention/hyperactivité (TDA/H) et comorbidités psychiatriques. *Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité: de la théorie à la pratique*, (26), 23.

Fujiki, M. & Brinton, B. (1994). The social competence of children with specific language impairment. In M. L. Rice & R. Watkins (Eds.) *Language intervention with children with specific language impairment* (pp. 123-143). Baltimore: Paul H. Brookes.

Galand, B., & Vanlede, M. (2004). Le sentiment d'efficacité personnelle dans l'apprentissage et la formation: quel rôle joue-t-il? D'où vient-il? Comment intervenir?. *Savoirs*, (5), 91-116.

Gérard, C. (1991). *L'enfant dysphasique*. Paris : Editions Universitaires.

Gillberg, C. (2003). Deficits in attention, motor control, and perception : a brief review. *Archives of disease in childhood*, 88(10), 904-910.

Gillberg, I. C., & Gillberg, C. (1989). Children with preschool minor neurodevelopmental disorders. IV: Behaviour and school achievement at age 13. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 31(1), 3-13.

Goulardins, J. B., Marques, J. C., & De Oliveira, J. A. (2017). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Motor Impairment: A Critical Review. *Perceptual and motor skills*, 124(2), 425-440.

Habib, M. (2000). The neurological basis of developmental dyslexia an overview and working hypothesis. *Brain*, 123(12), 2373–2399.

Helland, W. A., Helland, T., & Heimann, M. (2014). Language profiles and mental health problems in children with specific language impairment and children with ADHD. *Journal of attention disorders*, 18(3), 226-235.

Isoaho, P., Kauppila, T., & Launonen, K. (2016). Specific language impairment (SLI) and reading development in early school years. *Child Language Teaching and Therapy*, 32(2), 147-157.

James, W. (1890). *The principles of psychology* (Vol. 1). New York: Henry Holt. Unaltered republication.

Johnson, K. A., Robertson, I. H., Kelly, S. P., Silk, T. J., Barry, E., Dáibhis, A., ... & Gill, M. (2007). Dissociation in performance of children with ADHD and high-functioning autism on a task of sustained attention. *Neuropsychologia*, 45(10), 2234-2245.

Jumel, B. (2014). *Les troubles de l'attention chez l'enfant. Identifications et remédiations*. Collection enfance, psychologie et pédagogie. Paris : Dunod.

Kapa, L. L., & Plante, E. (2015). Executive function in SLI : recent advances and future directions. *Current developmental disorders reports*, 2(3), 245-252.

Kaplan, B., Crawford, S., Cantell, M., Kooistra, L., Dewey, D. (2006). Comorbidity, co-occurrence, continuum : what's in a Name? *Child : Care Health and Development*, 32, 723-731.

Lange, S. M. (2017). ADHD and Comorbid Developmental Coordination Disorder: Implications and Recommendations for School Psychologists. *Contemporary School Psychology*, 1-10.

- Langmaid, R. A., Papadopoulos, N., Johnson, B. P., Phillips, J., & Rinehart, N. J. (2016). Movement scaling in children with ADHD-combined type. *Journal of attention disorders, 20*(2), 131-137.
- Lecendreux, M., Konofal, E., Touzin, M. (2007) L'hyperactivité TDAH. Editions Solar, Paris.
- Lecomte, J. (2004). Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. *Savoirs, (5)*, 59-90.
- Levy, F., Hay, D. A., McSTEPHEN, M. I. C. H. A. E. L., Wood, C., & Waldman, I. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder : a category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(6), 737-744.
- MARQUET-DOLEAC, J., SOPPELSA, R., & ALBARET, J. M. (2008). Prise en charge psychomotrice du sujet porteur d'un Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité TDAH. *Réadaptation, (547)*, 20-22.
- Marquet-Doléac, J., Soppelsa, R., & Albaret, J. M. (2010). tda/h: des modèles théoriques actuels à la prise en charge, l'approche psychomotrice. *O. Revol, V. Brun, Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, Issy-les-Moulineaux, Éd. Elsevier Masson, 65-75.*
- Marton, K., Campanelli, L., Scheuer, J., Yoon, J., & Eichorn, N. (2012). Executive function profiles in children with and without specific language impairment. *Rivista di psicolinguistica applicata, 12*(3), 57.
- Miranda-Casas, A., Ygual-Fernández, A., & Rosel-Remírez, J. (2004). Complejidad gramatical y mecanismos de cohesión en la pragmática comunicativa de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol, 38*(Supl 1), S111-6.
- Monfort, M., & Juarez Sanchez, A. (2001). Les troubles dysphasiques de l'enfant: Les troubles du langage chez l'enfant. *Ortho magazine, (36)*, 23-25.
- Mueller, K. L., & Tomblin, J. B. (2012). Examining the comorbidity of language disorders and ADHD. *Topics in language disorders, 32*(3), 228.

Noterdaeme, M., Mildenerger, K., Minow, F., & Amorosa, H. (2002). Quantitative and qualitative evaluation of neuromotor behaviour in children with a specific speech and language disorder. *Infant and Child Development*, *11*(1), 3-15.

OOAQ. (2004). *Trouble primaire de langage, dysphasie : Guide et outils cliniques*.

Peyre, H., Galera, C., Van Der Waerden, J., Hoertel, N., Bernard, J. Y., Melchior, M., & Ramus, F. (2016). Relationship between early language skills and the development of inattention/hyperactivity symptoms during the preschool period: Results of the EDEN mother-child cohort. *BMC psychiatry*, *16*(1), 380.

Pitcher, T. M., Piek, J. P., & Hay, D. A. (2003). Fine and gross motor ability in males with ADHD. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *45*(8), 525-535.

Poncelet, M., & Majerus, S. (2004). Les relations entre attention et langage. *Rééducation orthophonique*, *218*, 81-88.

Rapin, I., & Allen, D. A. (1996). Troubles du développement du langage: considérations nosologiques. G. de Weck (éd.). *Troubles du développement du langage. Perspectives pragmatiques et discursives*. Lausanne-Paris: Delachaux et Niestlé, 23-59.

Redmond, S. M. (2004). Conversational profiles of children with ADHD, SLI and typical development. *Clinical linguistics & phonetics*, *18*(2), 107-125.

Redmond, S. M. (2016). Language impairment in the attention-deficit/hyperactivity disorder context. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *59*(1), 133-142.

Rota-Donahue, C., Schwartz, R. G., Shafer, V., & Sussman, E. S. (2016). Perception of Small Frequency Differences in Children with Auditory Processing Disorder or Specific Language Impairment. *Journal of the American Academy of Audiology*, *27*(6), 489-497.

Sciberras, E., Mueller, K. L., Efron, D., Bisset, M., Anderson, V., Schilpzand, E. J., ... & Nicholson, J. M. (2014). Language problems in children with ADHD : A community-based study. *Pediatrics*, peds-2013.

Sciberras, E., Mulraney, M., Silva, D., & Coghill, D. (2017). Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD—Review of Existing Evidence. *Current psychiatry reports*, *19*(1), 1.

Soares-Boucaud, I., Labruyère, N., Jery, S. et Georgieff, N. (2009). Dysphasies développementales ou troubles spécifiques du développement du langage. *Elsevier Masson-Psychiatrie/Pédopsychiatrie* (37- 201-E-15), 1-19.H

Smith, A., Taylor, E., Warner Rogers, J., Newman, S., & Rubia, K. (2002). Evidence for a pure time perception deficit in children with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(4), 529-542.

Tirosh, E., & Cohen, A. (1998). Language deficit with attention-deficit disorder: A prevalent comorbidity. *Journal of Child Neurology*, 13(10), 493-497.

Tomblin, J. B., & Mueller, K. L. (2012). How Can the Comorbidity with ADHD Aid Understanding of Language and Speech Disorders ? *Topics in language disorders*, 32(3), 198.

Trauner, D., Wulfeck, B., Tallal, P., & Hesselink, J. (2000). Neurological and MRI profiles of children with developmental language impairment. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42(7), 470-475.

Whitehouse, A. J., & Bishop, D. V. (2008). Cerebral dominance for language function in adults with specific language impairment or autism. *Brain*, 131(12), 3193-3200.

Yan, J. H., & Thomas, J. R. (2002). Arm movement control : differences between children with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Research quarterly for exercise and sport*, 73(1), 10-18.

Références lues mais non citées

COURS

Albaret, J-M. Cours de deuxième année sur le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Journot-Reverbel, K. Cours de deuxième année sur les troubles s'exprimant en milieu scolaire.

Lareng-Armitage, J. Cours de deuxième année sur la psychologie clinique.

Marquet-Doléac, J. Cours de troisième année sur le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

MEMOIRE/THESE

Amate, M. (2014). *Accompagnement psychomoteur d'un enfant présentant un trouble spécifique du langage oral : application et adaptation de la méthode CO-OP*. Psychomotricité. Toulouse : Université Paul Sabatier 3.

Bergeron, C. (2010). *La compréhension de la métaphore avec verbe chez les enfants porteurs d'un syndrome d'asperger ou d'un trouble spécifique du langage oral*. Orthophonie. Toulouse.

César, M. (2011). *Comorbidité dysphasie développementale, trouble de l'acquisition des coordinations et trouble anxieux : comment y répondre en séance de psychomotricité ?* Psychomotricité. Toulouse : Université Paul Sabatier 3.

De Beaulaincourt, M-L. (2014). *L'image mentale dans la rééducation d'enfants TDA/H*. Psychomotricité. Toulouse : Université Paul Sabatier 3.

Fournier, C. (2013). *La spécificité de la prise en charge psychomotrice de la résolution de problèmes chez un enfant atteint d'un Trouble Spécifique du Langage Oral*. Psychomotricité. Toulouse : Université Paul Sabatier 3.

Gagné, J. (2008). *La motricité globale d'enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité*. Université de Montréal.

Gogna, R. (2012). *What is it like to be an Adolescent with a Speech, Language and Communication Impairment (SLCI)?* (Doctoral dissertation, University of East London).

Julien, A. (2008). *Rôle du soliloque dans la prise en charge psychomotrice d'adolescents présentant un TDA/H*. Psychomotricité. Toulouse : Université Paul Sabatier 3.

Ladhui, L., Mahuet, C. (2007). *Rééducation des troubles pragmatiques dans la dysphasie*. Orthophonie. Toulouse.

Lefevre-Farcy-Lopez, V. (2006) *Profil linguistique, compétences neuropsychologiques et motrices des enfants suivis pour des troubles spécifiques du langage oral par le centre référent des troubles du langage de Toulouse de 2001 à 2004*. Thèse en vue de l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine- qualification en médecine générale. Toulouse.

Pianet, M. (2011). *Adaptation de la prise en charge psychomotrice d'un trouble attentionnel chez l'enfant dysphasique*. Psychomotricité. Toulouse : Université Paul Sabatier 3.

Vidal Para, S. (2007). *L'attention et son déficit : comprendre pour mieux prendre en charge*. Psychomotricité. Toulouse : Université Paul Sabatier 3.

OUVRAGES

Boysson-Bardies, B. (2005) *Comment la parole vient aux enfants*. Paris : Odile Jacob.

Chevalier, N., Guay, M-C., Achim, A., Lageix, P., Poissant, H. (2006). *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Soigner, éduquer, surtout valoriser*. Collection santé et société. Québec : Presses de l'Université de Québec.

Dahmoune-Le Jeannic, S. (2016). *Evaluation du langage oral chez l'enfant*. Collection orthophonie. Paris : de Boeck.

De Weck, G., Rosat, M-C. (2003). *Troubles dysphasiques. Comment raconter, relater, faire agir à l'âge préscolaire*. Collection orthophonie. Elsevier Masson.

De Weck, G., Marro, P. (2010). *Les troubles du langage chez l'enfant*. Collection orthophonie. Elsevier Masson.

Gillet, P., Hommet, C., & Billard, C. (2000). *Neuropsychologie de l'enfant : une introduction*. Groupe de Boeck.

Lachaux, J. F. (2011). *Le cerveau attentif*. Paris : Odile Jacob.

Leger, L. (2016). *L'attention*. Collection les topos. Paris : Dunod.

Maillart, C., Schelstraete M.A. (2012). *Les dysphasies : de l'évaluation à la rééducation*. Collection orthophonie. Elsevier Masson.

Pech-Georgel, C., George, F. (2007). *Prises en charges rééducatives des enfants dysphasiques*. Marseille : Solal.

Pierart, B., Bernicot, J., Nadel, J. (2004). *Les dysphasies chez l'enfant : approche francophone*. Paris : presses universitaires de France.

Revol, O., Brun, V. (2010). *Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*. Collection rencontres en rééducation. Paris : Masson.

Schelstraete, M. A. (2011). *Traitement du langage oral chez l'enfant : interventions et indications cliniques*. Collection orthophonie. Elsevier Masson.

Vigo, S., Franc, N. (2012). *Mon enfant est hyperactif (TDAH)*. Collection parentalités. Paris : de Boeck.

Walch, J-P., Bon, V. (2009). *Abord rééducatif des troubles spécifiques du développement du langage écrit et oral : apport de la neuropsychologie*. Groupe de Boeck.

ARTICLES

Belopolsky, A. V., Devue, C., & Theeuwes, J. (2011). Angry faces hold the eyes. *Visual Cognition*, 19(1), 27-36.

Bishop, D. V. M. (1997). Pre-and perinatal hazards and family background in children with specific language impairments: A study of twins. *Brain and Language*, 56(1), 1-26.

Bishop, D. V. (2002). Motor immaturity and specific speech and language impairment: Evidence for a common genetic basis. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 114(1), 56-63.

Bishop, D. V., & Bishop, S. J. (1998). Twin Language : A Risk Factor for Language Impairment?. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 41(1), 150-160.

Bishop, D. V., North, T., & Donlan, C. (1995). Genetic basis of specific language impairment: Evidence from a twin study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 37(1), 56-71.

Blondis, T. A. (1999). Motor disorders and attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics Clinics of North America*, 46, 899-913

Charach, A. (2010). Enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : épidémiologie, comorbidité et évaluation. *Encyclopedie sur le développement des jeunes enfants*. Montréal, Qc.: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants.

Fabbro, F., Libera, L., & Tavano, A. (2002). A callosal transfer deficit in children with developmental language disorder. *Neuropsychologia*, 40(9), 1541-1546.

Flapper, B. C., & Schoemaker, M. M. (2013). Developmental coordination disorder in children with specific language impairment: Co-morbidity and impact on quality of life. *Research in developmental disabilities*, 34(2), 756-763.

Fujiki, M., Spackman, M. P., Brinton, B., & Illig, T. (2008). Ability of children with language impairment to understand emotion conveyed by prosody in a narrative passage. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 43(3), 330-345.

Gross-Tsur, V., Shalev, R. S., & Amir, N. (1991). Attention deficit disorder: association with familial-genetic factors. *Pediatric neurology*, 7(4), 258-261.

Helland, W. A., Posserud, M. B., Helland, T., Heimann, M., & Lundervold, A. J. (2016). Language impairments in children with ADHD and in children with reading disorder. *Journal of attention disorders*, 20(7), 581-589.

Hughes, C. W., Pickering, J., Baker, K., Bolanos, G., & Silver, C. (2014). Differentiating ADHD from oral language difficulties in children: role of movements and effects of stimulant medication. *BMC psychiatry*, 14(1), 370.

Klein, M., Onnink, M., van Donkelaar, M., Wolfers, T., Harich, B., Shi, Y., ... & Franke, B. (2017). Brain imaging genetics in ADHD and beyond— mapping pathways from gene to disorder at different levels of complexity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*.

Loh, P. R., Piek, J. P., & Barrett, N. C. (2011). Comorbid ADHD and DCD : Examining cognitive functions using the WISC-IV. *Research in developmental disabilities*, 32(4), 1260-1269.

Martin, N. C., Piek, J. P., & Hay, D. (2006). DCD and ADHD : a genetic study of their shared aetiology. *Human movement science*, 25(1), 110-124.

Masson, J., & Fenouillet, F. (2013). Relation entre sentiment d'efficacité personnelle et résultats scolaires à l'école primaire: Construction et validation d'une échelle. *Enfance*, 2013(04), 374-392.

Monette, S., & Bigras, M. (2008). La mesure des fonctions exécutives chez les enfants d'âge préscolaire. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(4), 323.

Redmond, S. M., Thompson, H. L., & Goldstein, S. (2011). Psycholinguistic profiling differentiates specific language impairment from typical development and from attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Speech, language, and hearing research*, 54(1), 99-117.

Reilly, S., Tomblin, B., Law, J., McKean, C., Mensah, F. K., Morgan, A., ... & Wake, M. (2014). Specific language impairment: a convenient label for whom?. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(4), 416-451.

Rondier, M. (2004). A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. Paris: Éditions De Boeck Université, 2003. *L'orientation scolaire et professionnelle*, (33/3), 475-476.

Sergeant, J. A., Piek, J. P., & Oosterlaan, J. (2006). ADHD and DCD : A relationship in need of research. *Human movement science*, 25(1), 76-89.

Soppelsa, R., Albaret, J. M., & Corraze, J. (2009). Les comorbidités : théorie et prise de décision thérapeutique. *Entretiens de Psychomotricité 2009*, 5-20.

Sürig, L., & Purper-Ouakil, D. (2016). Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH), estime de soi et impact des traitements. *Médecine thérapeutique/Pédiatrie*, 19(3), 209-215.

Theeuwes, J., Belopolsky, A., & Olivers, C. N. (2009). Interactions between working memory, attention and eye movements. *Acta psychologica*, 132(2), 106-114.

Visscher, C., Houwen, S., Scherder, E. J., Moolenaar, B., & Hartman, E. (2007). Motor profile of children with developmental speech and language disorders. *Pediatrics*, 120(1), e158-e163.

Visser, J. (2003). Developmental coordination disorder : a review of research on subtypes and comorbidities. *Human movement science*, 22(4), 479-493.

Webster, R & al. (2005). Motor function at school age in children with a preschool diagnosis of developmental language impairment. *The journal of pediatrics*, 80-85.

Webster, R. I., Erdos, C., Evans, K., Majnemer, A., Kehayia, E., Thordardottir, E., ... & Shevell, M. I. (2006). The clinical spectrum of developmental language impairment in school-aged children: language, cognitive, and motor findings. *Pediatrics*, 118(5), e1541-e1549.

Williams, D., Stott, C. M., Goodyer, I. M., & Sahakian, B. J. (2000). Specific language impairment with or without hyperactivity: neuropsychological evidence for frontostriatal dysfunction. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42(6), 368-375.

Yiend, J. (2010). The effects of emotion on attention : A review of attentional processing of emotional information. *Cognition and Emotion*, 24(1), 3-47.

Zappitelli, M., Pinto, T., & Grizenko, N. (2001). Pre-, peri-, and postnatal trauma in subjects with attention-deficit hyperactivity disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46(6), 542-548.

ANNEXES

Annexe 1 : Frise du déroulement de la séance

Annexe 2 : fiche « les 10 points »

Annexe 3 : fiche « pendant l'activité »

Annexe 4 : réglette de difficulté

Annexe 5 : grille d'observation des comportements

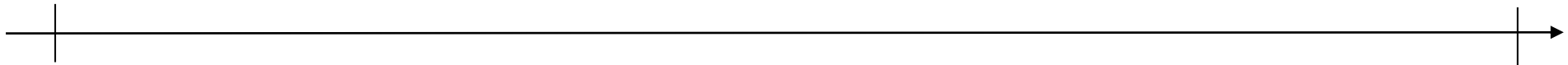
Annexe 6 : règles des activités proposées en prise en charge psychomotrice

Annexe 1 : Frise du déroulement de la séance

La séance de psychomotricité

DEBUT

FIN



LES 10 POINTS

1. Je regarde sur la frise l'activité à faire
2. J'écoute les consignes de « pendant l'activité »
3. Je répète les consignes de « pendant l'activité »

DEBUT DE L'ACTIVITE

4. J'écoute les règles du jeu
5. J'évalue la difficulté du jeu
6. Je mets le temps sur l'horloge

7. Je fais le jeu

8. Je vérifie le temps sur l'horloge et je l'analyse
9. Je remplis le niveau de difficulté du jeu et je l'analyse
10. Je vérifie que j'ai respecté les consignes de « pendant l'activité »

FIN DE L'ACTIVITE

Je peux parler de ce que j'ai envie !

Pendant l'activité :

- Je respecte les règles du jeu

- Je fais du mieux possible

- Je ne parle pas sauf si l'adulte me le demande

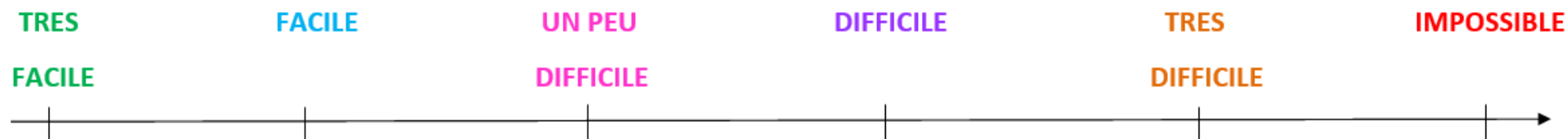
- Je ne bouge pas sauf si l'adulte me le demande

Annexe 4 : réglette de difficulté

ESTIMATION



REALITE



Annexe 6 : règles des activités proposées en prise en charge psychomotrice

Puzzle avec modèle : Un modèle en noir et blanc est apposé pour reconstruire le puzzle en couleur par-dessus celui-ci.

Uno : chaque joueur possède 7 cartes. La première carte de la pioche est retournée et les joueurs, tour à tour, doivent recouvrir la carte d'une même couleur ou du même chiffre. S'il est en incapacité de jouer, il doit piocher une carte et c'est au joueur suivant. Lorsqu'il reste une seule carte à un joueur, il doit dire « uno ». S'il l'omet et qu'un autre joueur s'en aperçoit, il pioche deux cartes. Le gagnant est celui qui n'a plus de cartes en sa possession.

Dobble : le but du jeu est de trouver un symbole identique entre deux cartes et d'être plus rapide que ces adversaires.

Sakapuss : chaque joueur possède 4 cartes. Tous en même temps, les joueurs passent face cachée une carte à leur voisin. Lorsqu'un joueur obtient 4 cartes identiques, il tape sur la pioche et les autres joueurs doivent suivre. Le dernier à taper récolte une carte de la pioche. Le gagnant est celui qui a récupéré le moins de cartes de la pioche.

Memory : des cartes sont apposées face cachée. Le but est de retrouver les paires. Chaque joueur va retourner deux cartes. Si ce sont des paires, ils les gagnent. Si elles ne correspondent pas, il les retourne et c'est au tour du joueur suivant. Le gagnant est celui qui a retrouvé le plus de paires.

Mosaicolor : ce jeu consiste à reproduire des figures sur une plaque à trous à l'aide de pions de couleurs.

Bataflash : le tas de cartes est partagé entre les joueurs. En même temps, chaque joueur retourne une carte de leur tas. Le but est de retrouver les animaux présents sur l'ensemble des cartes retournées, d'énoncer un nombre puis le nom des animaux. Le gagnant est celui qui a récolté le plus de cartes.

Jeu du rouge – noir : le jeu nécessite un jeu de cartes basique. Une carte rouge et une carte noire sont posées face visible. Le jeu consiste à retourner une à une les cartes de la pioche et à

taper sur la carte centrale correspondant à la couleur de la carte retournée. Le jeu se joue seul, il n'y a donc pas, dans ce cas-là, de contrainte de vitesse. Il est possible d'augmenter le nombre d'information à quatre : placer face visible :

- Une carte chiffre – rouge
- Une carte chiffre – noir
- Une carte tête – rouge
- Une carte tête – noir

Ainsi, le joueur devra différencier les chiffres des têtes et taper sur la carte correspondante.

Transmission de code : Le thérapeute va produire des sons. A chaque son est associé une forme géométrique. L'enfant va donc coder en forme les bruits entendus. Comme association, on peut créer :

- Taper des mains = faire un rond
- Taper des pieds = faire un carré
- Claquer des doigts = faire un triangle
- Claquer la langue = faire une croix

Cherche et trouve : jeu de discrimination visuelle consistant à retrouver parmi un décor des objets particuliers.

Regarde et trouve : le thérapeute cache des objets dans la salle. Pendant ce temps, l'enfant regarde les cachettes. Une fois tous les objets cachés, l'enfant doit les retrouver.

Ce mémoire a été supervisé par

Agnès LAURENT

RESUME

Les troubles du langage oral (TLO) et le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) sont des comorbidités fréquentes. Le psychomotricien, agissant sur ce dernier, doit donc adapter sa prise en charge aux difficultés langagières.

C'est dans ce contexte que ce mémoire a été élaboré. Il a donc pour objectif de déterminer les relations qu'entretiennent ces troubles, d'apporter les éléments à ajuster en fonction du patient et de son fonctionnement mais aussi de proposer des outils permettant l'amélioration de la distractibilité dans cette situation.

Ici, cette réflexion est explicitée par l'étude du cas d'Estelle, jeune patiente présentant ces deux pathologies. Ainsi, après une observation minutieuse de ses comportements, je décide d'axer ma prise en charge sur la temporalité et le sentiment d'efficacité personnelle dans le but de diminuer sa distractibilité.

Mots-clés : trouble du langage oral, TDA/H, comorbidité, distractibilité, adaptation psychomotrice, techniques d'auto-contrôle.

ABSTRACT

Oral language disorders (OLT) and attention deficit disorder with or without hyperactivity (ADHD) are frequent comorbidities. The psychomotor intervention, acting on ADHD, must therefore be adapted to language difficulties.

It was in this context that this paper was prepared. It therefore aims to determine the relationships between these disorders, to bring the elements to be adjusted according to the patient and his functioning, but also to propose tools allowing the improvement of the distractibility in this situation.

Here, this approach is explicitated by the Estelle's study, young patient presenting these two pathologies. Thus, after a careful observation of her behavior, I decide to focus the work on temporality and self-efficacy feeling in order to reduce her distractibility.

Key-words : oral language disorders, ADHD, comorbidity, distractibility, psychomotor adaptation, self-control strategies.