



Faculté de Médecine Toulouse Rangueil

Institut de Formation en Psychomotricité

La comorbidité du Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité et du Retard Mental : controverse concernant le diagnostic et prise en charge psychomotrice



Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricité

PERRIN Nadège

Juin 2012

Remerciements

Merci à l'IME dans lequel j'ai effectué mon stage, et plus particulièrement à Hélène et Geneviève pour leur force d'esprit et pour m'avoir enseigné leur pratique au plus proche des valeurs humaines, à Cyrielle pour son aide, et bien sûr à « Basile ».

Merci à Jean-Michel Albaret pour m'avoir aiguillé et conseillé.

Merci à Jérôme Marquet-Doléac pour sa documentation et ses conseils.

Merci à Pauline, Nikki, Lisa, Margot et à ma mère pour leur aide.

Merci à mes amis toulousains pour ces moments formidables. Je remercie tout particulièrement, en vrac : C pour m'avoir appris la positiv' attitude ; E pour sa bonne humeur inégalable ; L pour les délires, les projets, les prises de conscience et tout le reste ; N pour ton soutien et ton amitié imparable ; À pour m'avoir fait découvrir le paradis où se ressourcer ; C pour tous ces moments de folie et pour les rêves ; L pour toujours être là pour motiver les troupes et pour m'avoir supportée ; L, ma super coloc' du lundi ; M et Y, M et S pour toutes ces soirées inoubliables, les rencontres, les coupures ; S pour m'inspirer le calme ; M pour ta générosité, pour ta façon d'être et de penser !

Trois belles années déjà écoulées, merci à la meilleure promo de tous les temps !

Ce mémoire a été supervisé par :

Jean-Michel ALBARET

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
PARTIE THÉORIQUE :	
Peut-on parler de TDA/H chez un enfant présentant un RM ?.....	3
CHAPITRE 1 : Éléments permettant une réflexion sur la question.....	4
1. Définition des concepts.....	4
1.1. Le Retard Mental (RM) familial.....	4
1.2. Le Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H).....	5
2. Le TDA/H serait sous-diagnostiqué dans la population avec RM.....	7
2.1. Comorbidité possible mais difficile à établir selon le DSM-IV-TR.....	7
2.2. Le TDA/H serait plus fréquent dans la population avec RM.....	8
2.3. Or le double diagnostic est rarement posé	9
3. Historique.....	9
3.1. Le RM a été exclu des études concernant le TDA/H.....	9
3.2. Débat actuel.....	9
4. Question centrale : la prévalence des symptômes du TDA/H dans la population avec RM.....	10
4.1. Études qui utilisent la comparaison par âge chronologique.....	10
4.2. Études qui utilisent la comparaison par âge développemental.....	12
4.3. Conclusion et limites de ces études.....	13
5. Caractéristiques de la population avec RM + TDA/H.....	15
5.1. Caractéristiques générales identiques à celles du TDA/H seul.....	15
5.2. Le TDA/H et le RM s'additionneraient.....	17
6. Facteurs génétiques communs : étude de Kuntsi et Al. (2004).....	19
6.1. Méthode utilisée.....	19
6.2. Résultats et analyse.....	19
6.3. Conclusion et limites.....	20
7. La présence d'un TDA/H peut-elle être à l'origine d'une sous-estimation du QI ?.....	21
7.1. Le déficit d'inhibition de l'enfant TDA/H serait fluctuant.....	21
7.2. Conséquences concernant l'évaluation du QI.....	22
8. Difficultés dans la pratique à évaluer les symptômes du TDA/H chez les sujets avec un RM. 22	
8.1. La comparaison par âge développemental est difficile.....	22

8.2. Tests et échelles non adaptés	23
9. Conclusion.....	23
9.1. Plusieurs éléments en faveur d'une validité de la comorbidité RM + TDA/H.....	23
9.2. Mais données insuffisantes pour trancher et éléments défavorables.....	24
9.3. Travaux à effectuer dans le futur.....	24
9.4. En résumé.....	25
CHAPITRE 2 : Pourquoi cette question est-elle importante ?.....	26
1. Intérêts pour la recherche.....	26
2. Intérêts pour la clinique et pour la prise en charge.....	27
2.1.Éviter le diagnostic éclipsant pour une prise en charge globale adaptée.....	27
2.2. Traitement médicamenteux envisageable.....	27
2.3. Prise en charge psychomotrice différente.....	28
CONCLUSION DE LA PARTIE THÉORIQUE.....	30
PARTIE PRATIQUE :	
Exemple de prise en charge d'un enfant présentant un RM associé à un TDA/H.....	31
CHAPITRE 1 : Présentation de l'adolescent.....	32
1. Présentation globale de Basile.....	32
1.1. Éléments d'anamnèse.....	32
1.2. Parcours de soins.....	32
1.3. Bilan éducatif (11 ans 9 mois).....	33
2. Bilans psychologiques.....	33
2.1. Résultats au WISC-III (7 ans 7 mois).....	33
2.2. Résultats au WISC-IV (9 ans 11 mois).....	34
2.3. Compte-rendu de la psychologue de l'IME (11 ans 9 mois).....	35
2.4. En résumé.....	35
3. Bilan psychomoteur.....	36
3.1. Bilan de base (10 ans 8 mois).....	36
3.2. Bilan complémentaire (11 ans 10 mois)	38
3.3. Interprétation des résultats.....	40
4. Le point de vue des autres professionnels.....	42

4.1. L'orthophoniste.....	42
4.2. L'institutrice.....	42
4.3. Édicateur dirigeant l'atelier Espaces Verts.....	43
4.4. En résumé.....	43
5. Observations en milieu écologique et hiérarchisation des axes de travail.....	43
5.1. L'inattention.....	43
5.2. L'hyperactivité.....	44
5.3. L'impulsivité verbale.....	45
5.4. L'impulsivité motrice et cognitive.....	46
5.5. Liens entre les troubles, détermination des capacités à travailler dans un 1 ^{er} temps.....	47
6. En résumé : double diagnostic RM + TDA/H.....	49
 CHAPITRE 2 : La prise en charge psychomotrice et ses adaptations.....	 52
1. La structuration des séances.....	53
2. La priorisation des objectifs.....	55
3. Les exercices.....	57
3.1. Exercices d'inhibition verbale.....	57
3.2. Exercices de résistance aux distracteurs.....	60
3.3. Exercices pour l'impulsivité cognitive et le maintien de l'attention.....	61
4. La motivation.....	63
4.1. La prise de conscience des comportements problèmes et de leurs conséquences.....	63
4.2. Comprendre comment ces problèmes sont modifiables.....	65
4.3. Croire en son pouvoir à changer.....	65
4.4. Motivation à réaliser les exercices proposés.....	65
5. La collaboration avec l'institutrice.....	67
5.1. Le recueil d'informations.....	68
5.2. L'apport d'informations.....	68
5.3. La mise en place d'une continuité de ma prise en charge.....	68
6. Évaluation de l'efficacité de la prise en charge.....	70
6.1. Le bilan d'évolution.....	70
6.2. Au niveau écologique.....	72
7. Discussion.....	73
 CONCLUSION.....	 77

BIBLIOGRAPHIE.....	79
ANNEXES.....	81
Questionnaire de Conners pour enseignant(e).....	81
Grille d'auto-évaluation et grille d'évaluation.....	83
Illustration de quelques jeux utilisés.....	84

Introduction

En stage en IME, j'ai pu faire la rencontre de Basile, préadolescent de 12 ans. Son cas a rapidement attiré mon attention, car une réunion de synthèse en début d'année scolaire m'a aidé à constater que les symptômes d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité étaient prégnants chez lui. Je les avais repérés en séance de psychomotricité mais les comportements rapportés par les éducateurs, l'orthophoniste, la psychiatre et la psychologue m'ont permis de me rendre compte à quel point ces symptômes étaient omniprésents et gênants pour lui au quotidien. Ce tableau m'a immédiatement fait penser à un Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H).

Basile n'a cependant pas de diagnostic établi, mis à part un Retard Mental (RM) léger. Or, son aisance à l'oral et son relativement bon raisonnement logique contrastent avec ses autres qualités et m'ont amenés, dans un premier temps, à douter de la présence d'un RM. Et si les difficultés d'apprentissage de Basile étaient simplement secondaires à sa forte labilité attentionnelle ? Et si le déficit attentionnel était à l'origine d'une sous-estimation du QI ? En le connaissant mieux, je me suis rendue compte que sa bonne expression orale faisait en réalité illusion et que les difficultés de raisonnement et de compréhension étaient plus importantes qu'elles ne le paraissaient au premier abord. L'accès aux bilans psychométriques m'a confirmé l'importance de ne pas négliger le diagnostic de RM.

Mais alors, dans quel cadre envisager les symptômes d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité ? Sont-ils inhérents au RM ou faut-il les relier à un éventuel diagnostic de TDA/H ? Évoquer un TDA/H chez une personne présentant déjà un diagnostic de RM est-il possible ?

J'ai rapidement découvert que le retard de développement, c'est-à-dire l'immaturation associée au RM, pouvait être source de tels symptômes et que c'est précisément pour cette raison que le diagnostic de TDA/H n'est généralement pas établi chez la population présentant un RM. Toutefois, cette notion est actuellement nuancée, le diagnostic additionnel de TDA/H pourrait être établi chez un individu avec RM qui présente de façon exagérée la triade symptomatologique, c'est-à-dire de façon plus prégnante que chez les individus du même âge mental. Or se pose la question, au niveau théorique, de savoir si la comorbidité du RM et du TDA/H est valide.

Autrement dit, est-ce que la coexistence de ces deux syndromes chez un même sujet est possible ?

Tenter de trouver des réponses à ces questions théoriques constitue la première partie de ce mémoire.

Au niveau pratique ensuite, la question était de savoir si Basile possède toutes les conditions pour que ce double diagnostic soit établi?

Une fois m'être assurée que l'ensemble des conditions étaient réunies pour parler de comorbidité RM + TDA/H chez Basile, une seconde vague de questions s'est imposée :

Comment envisager la prise en charge psychomotrice ? Puis-je appliquer simplement les principes d'une prise en charge classique du TDA/H ou la présence du RM implique-t-elle des aspects à envisager différemment ? La présence simultanée d'un TDA/H et d'un RM est-elle à l'origine de particularités influençant la prise en charge psychomotrice ?

J'ai envisagé ces questions lors d'une seconde partie.

Partie théorique :

**Peut-on parler de Trouble Déficitaire
de l'Attention /Hyperactivité
chez un enfant présentant un Retard
Mental ?**

Chapitre 1. Éléments permettant une réflexion sur la question

La comorbidité, c'est-à-dire la coexistence simultanée chez un même individu, du Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) et du Retard Mental (RM) pose question. C'est un diagnostic qui n'est que très rarement établi en pratique. J'ai recherché dans la littérature les positions théoriques adoptées par les auteurs.

Nous verrons donc dans un premier temps à quoi font référence ces deux syndromes, puis nous verrons qu'ils semblent coexister de manière fréquente, mais qu'une idée datant des années 60 a contribué à ce que le double diagnostic soit rarement posé, et nous comprendrons pourquoi connaître la prévalence des symptômes du TDA/H dans la population avec RM est important. Ensuite j'exposerai les caractéristiques des sujets concernés par le diagnostic RM + TDA/H et nous verrons que des facteurs génétiques communs pourraient expliquer la fréquence de la comorbidité. Avant de conclure, j'expliquerai en quoi il est difficile, en pratique, d'évaluer les symptômes du TDA/H chez un sujet avec RM.

1. Définition des concepts

1.1. Le Retard Mental (RM) familial

D'après la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} édition), le Retard Mental (RM) est un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé essentiellement par une insuffisance des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est-à-dire les fonctions cognitives, le langage, la motricité et les performances sociales. C'est un trouble généralisé qui touche, selon les études, 1 à 3% de la population.

D'après le DSM-IV-TR (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – Quatrième édition – texte révisé), le diagnostic de RM se base sur 3 critères :

- Un fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne : niveau de Quotient Intellectuel (QI) d'environ 70 ou au-dessous, mesuré par un test de QI passé de façon individuelle

- La présence de déficits concomitants ou d'altérations du fonctionnement adaptatif actuel (c'est-à-dire de la capacité du sujet à se conformer aux normes escomptées à son âge dans son milieu culturel) concernant au moins deux des secteurs suivants :
Communication, autonomie, vie domestique, aptitudes sociales et interpersonnelles, mises à profit des ressources de l'environnement, responsabilité individuelle, utilisation des acquis scolaires, travail, loisirs, santé et sécurité
- Un début avant l'âge de 18 ans

Le DSM-IV-TR définit quatre degrés de sévérité du Retard Mental :

- Le Retard Mental léger : niveau de QI de 50-55 à 70 environ
- Le Retard Mental moyen : niveau de QI de 35-40 à 50-55
- Le Retard Mental grave : niveau de QI de 20-25 à 35-40
- Le Retard Mental profond : niveau de QI inférieur à 20-25

Ce mémoire s'intéressera uniquement aux cas de RM qui n'ont pu être rattachés à aucun syndrome particulier et pour lesquels aucune étiologie précise n'a été retrouvée. En effet, certains syndromes ou pathologies spécifiques caractérisés par la présence d'un RM ont fait l'objet d'études poussées et leurs liens avec les symptômes du TDA/H ont été déjà étudiés. Certains d'entre eux, comme le syndrome de l'X fragile, le syndrome de Williams-Beuren ou l'autisme par exemple, sont très fréquemment associés à un TDA/H. Leur présence dans les échantillons de population avec RM lors d'études concernant la prévalence des symptômes du TDA/H risquerait de biaiser les résultats. En effet, si jamais ils étaient surreprésentés dans ces échantillons, l'estimation de la prévalence des symptômes du TDA/H au sein de la population avec RM serait surévaluée. J'utiliserai le terme de « Retard Mental familial » pour désigner les cas de RM qui n'ont été rattachés à aucun syndrome et à aucune étiologie.

1.2. Le Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H)

Le Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) apparait comme le plus diagnostiqué des troubles pendant l'enfance, il représente entre 3 et 5% des enfants d'âge scolaire en France. D'après le DSM-IV-TR, il se définit par une triade symptomatique : inattention, impulsivité et hyperactivité.

Voici les critères nécessaires au diagnostic selon le DSM-IV-TR :

- **A) Présence de (1) ou de (2) :**

(1) Six des symptômes suivants d'inattention (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Inattention

- a) Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités
- b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux
- c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement
- d) Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes)
- e) A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités
- f) Souvent évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)
- g) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (par exemple, jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils)
- h) Souvent se laisse facilement distraire par des stimuli externes
- i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne

(2) Six des symptômes suivants d'hyperactivité/impulsivité (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant :

Hyperactivité

- a) Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège
- b) Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis
- c) Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment d'impatience motrice)
- d) A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir
- e) Est souvent "sur la brèche" ou agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts"
- f) Parle souvent trop

Impulsivité

g) Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée

h) A souvent du mal à attendre son tour

i) Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (par exemple, fait irruption dans les conversations ou dans les jeux).

- **B)** Certains des symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans.
- **C)** Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux ou plus de deux types d'environnement différents (par exemple, à l'école – ou au travail – et à la maison).
- **D)** On doit mettre clairement en évidence une 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 autre Trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (par exemple, Trouble thymique, Trouble anxieux, Trouble dissociatif ou Trouble de la personnalité).

D'après le DSM-IV-TR, il existe 3 sous-types cliniques :

- Le déficit de type mixte ou combiné :
les critères A1 et A2 sont satisfaits pour les 6 derniers mois.
- Le déficit de type inattention prédominant :
le critère A1 est satisfait pour les 6 derniers mois, mais pas le critère A2.
- Le déficit de type hyperactivité/impulsivité prédominant :
le critère A2 est satisfait pour les 6 derniers mois, mais pas le critère A1.

2. Le TDAH serait sous-diagnostiqué dans la population avec RM

2.1. Comorbidité possible mais difficile à établir selon le DSM-IV-TR

Le terme de comorbidité correspond à la présence non aléatoire de plusieurs diagnostics concomitants chez un même individu.

Concernant le double diagnostic RM avec TDA/H, le DSM-IV-TR (p. 51) précise que « Tous les types de troubles mentaux peuvent se rencontrer » et qu'il « n'y a pas d'argument pour penser que la nature d'un trouble mental donné pourrait être différente chez les sujets atteints de RM ». Toujours d'après le DSM-IV-TR (p. 51), « les sujets atteints de RM ont une prévalence de troubles mentaux comorbides qui semble 3 à 4 fois plus élevée que dans la population générale. ». Le TDA/H y est d'ailleurs cité comme l'un des troubles mentaux le plus souvent associé. La CIM-10 propose les mêmes chiffres et ne nous apporte pas plus de renseignements.

Ce double diagnostic n'est cependant pas aisé à établir, le DSM-IV-TR note que le diagnostic des troubles mentaux comorbides est compliqué par le fait que le tableau clinique peut être modifié par la sévérité du RM et des handicaps associés. Il y est précisé (p. 106) « Chez les sujets atteints d'un Retard Mental, on ne doit faire un diagnostic additionnel de Déficit de l'attention/hyperactivité que si les symptômes d'inattention ou d'hyperactivité sont excessifs pour l'âge mental de l'enfant ».

2.2. Le TDA/H serait plus fréquent dans la population avec RM

Dekker & Koot (2003, in Hastings et Al., 2005) ont recruté un échantillon représentatif d'enfant avec RM dans les écoles spécialisées néerlandaises et ont mené une évaluation diagnostique selon les critères du DSM-IV-TR à l'aide d'une entrevue clinique standardisée. Ils ont constaté que 14.8% de cet échantillon répondait aux critères diagnostics du TDA/H dans le cadre d'un RM. D'autres estimations suggèrent qu'environ 10% des enfants atteints de RM justifieraient d'un diagnostic de TDA/H (par exemple Hunt & Cohen, 1988, in Pearson et Al., 1997).

Cette prévalence, entre 10 et 15% dans la population avec RM, est à comparer aux 3 à 5% dans la population générale population d'âge scolaire. Cela correspond aux chiffres proposés par le DSM-IV-TR et la CIM-10 selon lesquels les sujets atteints de RM auraient une prévalence de troubles mentaux comorbides qui serait **3 à 4 fois** plus élevée que dans la population générale.

2.3.Or le double diagnostic est rarement posé

Le double diagnostic de RM avec TDA/H associé (j'utiliserais le raccourci « RM + TDA/H » par la suite afin de clarifier les écrits) est extrêmement rare. Ainsi le TDA/H serait sous-diagnostiqué dans la population avec retard mental.

Une fois le diagnostic de RM posé, les cliniciens auraient tendance à négliger la possibilité de diagnostics d'autres troubles mentaux. Reiss, Levitan & Szyszko (1982, in Pearson et Al., 1997) parlent de « **diagnostic éclipsant** » (« diagnostic overshadowing »).

3. Historique

3.1. Le RM a été exclu des études concernant le TDA/H

L'opinion selon laquelle le RM est intrinsèquement lié à des difficultés attentionnelles s'est largement répandue depuis les années 60. Bergen & Mosley, par exemple, écrivent en 1994 que les sujets atteints de RM font constamment preuve d'insuffisances attentionnelles (Deutsch et Al., 2008).

En d'autres termes, il est couramment admis qu'un QI faible serait à l'origine de symptômes correspondant au TDA/H. Cette hypothèse a poussé les chercheurs sur le TDA/H à exclure tous les enfants avec déficit mental de leurs études. **Ainsi, même si ces syndromes sont tous deux largement étudiés et documentés, la relation entre les deux n'a jamais été explorée.**

3.2. Débat actuel

Cette opinion est aujourd'hui remise en question. En effet, l'hypothèse selon laquelle la présence même d'un RM induirait la symptomatologie du TDA/H, même si elle est admise par consensus, n'a cependant jamais été vérifiée. En effet la prévalence des symptômes du TDA/H dans la population avec RM n'a jamais été fermement établie.

Est-ce que tous les déficients mentaux présentent des troubles attentionnels ?

La réponse à cette question dépend des données utilisées pour y répondre. Selon le type d'étude, deux méthodologies peuvent être utilisées (Deutsch et Al., 2008) :

- *La comparaison par âge chronologique*

Afin de mesurer les symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité, les

observations cliniques ainsi que les résultats aux tests ou aux questionnaires obtenus auprès d'un groupe d'individus avec déficience mentale sont comparés à un second groupe apparié en âge chronologique.

- *La comparaison par âge développemental*

La seconde méthode correspond à la comparaison des résultats obtenus auprès d'un groupe apparié en âge développemental. Généralement c'est le QI Total (QIT) qui est considéré afin d'attribuer un âge mental à l'enfant.

Nous avons vu ci-dessus que le DSM-IV-TR soutient le modèle développemental. En effet, pour établir un diagnostic de TDA/H chez un individu avec RM, il préconise d'utiliser la comparaison par rapport aux sujets présentant également un RM de même sévérité afin de déterminer si les symptômes du TDA/H sont prégnants. La CIM-10 soutient aussi ce modèle puisqu'elle précise, concernant les Troubles Hyperkinétiques (correspondant au TDA/H), que le manque de persévérance et l'inattention « ne doivent être retenus pour le diagnostic que s'ils sont excessifs par rapport à l'âge et au QI. »

Intéressons-nous maintenant aux études ayant étudié la prévalence des symptômes du TDA/H dans le RM en utilisant l'une ou l'autre de ces méthodologies.

4. Question centrale de la prévalence des symptômes du TDA/H dans la population avec RM

Il n'existe que très peu d'études portant spécifiquement sur le TDA/H chez les enfants ayant une déficience intellectuelle (Hastings et Al., 2005). Voici les résultats de quelques-unes d'entre elles.

4.1. Études utilisant la comparaison par âge chronologique

- *Concernant la symptomatologie complète :*

L'étude de Hunt & Cohen (1988, in Pearson et Al., 1997) suggère qu'environ 10% des enfants atteints de RM familial d'âge scolaire pourraient justifier d'un diagnostic de TDA/H. Ils comparent ce chiffre aux 3 à 5% dans la population générale d'âge scolaire. **De ce point de vu, les**

enfants avec RM familial auraient beaucoup plus de risques de présenter la symptomatologie du TDA/H.

Plus récemment, Emerson (2003, in Hastings et Al., 2005) a mené une analyse secondaire d'une enquête représentative basée sur un échantillon de plus de 10.000 enfants et adolescents au Royaume-Uni. Il a révélé que 8,7% des enfants dans la population avec déficience intellectuelle ont été diagnostiqués avec trouble hyperkinétique (selon les critères de la CIM-10). Ce chiffre est à comparer au 0,9% du reste de l'échantillon, enfants et adolescents sans RM. Cela suggère que la présence d'un RM augmenterait de 10 fois le risque de présenter un TDA/H. Cependant, cette étude ne prend pas en compte les étiologies des RM et ne concerne donc pas seulement le RM familial.

- *Concernant l'attention soutenue :*

Plusieurs études (par exemple Jones, 1971, Semmel, 1965, in Pearson et Al., 1997) mettent en évidence des **capacités d'attention soutenue inférieures** chez les enfants avec RM lorsque leurs performances sont comparées à des enfants du même âge chronologique. A l'adolescence et à l'âge adulte, cet écart de performance en attention soutenue n'est retrouvé que sur les tâches complexes qui nécessitent davantage de traitement cognitif (Tomporowski, 1990, Hayden & Applegate, 1990, in Pearson et Al., 1997). Au sein même de la population avec RM, les individus avec un retard sévère obtiennent de moins bons résultats que leurs pairs ayant un retard léger sur une tâche de vigilance complexe (Das, 1970, in Pearson et Al., 1997).

- *Concernant l'attention sélective :*

Ullman & Routh (1971, in Pearson et Al., 1997) montrent que les **capacités d'attention sélective sont inférieures** dans la population avec RM lorsque la comparaison est effectuée selon l'âge chronologique.

Follini, Sitkowski, & Stayton (1969, in Pearson et Al., 1997) ont constaté que les enfants avec déficience intellectuelle ont plus de difficultés que leurs pairs du même âge sans RM à ignorer une distraction auditive.

- *Concernant l'impulsivité :*

Rotundo & Johnson (1981, in Pearson et Al., 1997) ont estimé que **45% des enfants avec RM familial présenteraient des symptômes d'impulsivité contre 20% des enfants dans la population générale.**

- *Concernant l'hyperactivité :*

Ando & Yoshimura (1978, in Pearson et Al., 1997) font remarquer que les enfants ayant un QI plus faible ont une **prévalence élevée de symptômes d'hyperactivité**, telle qu'évaluée par les enseignants en utilisant une liste de comportements, et comparée à la population générale.

En résumé, les symptômes du TDA/H sont plus souvent retrouvés chez les sujets avec RM lorsque ceux-ci sont comparés à leurs pairs d'un âge chronologique équivalent.

4.2. Études utilisant la comparaison par âge développemental

- *Concernant la symptomatologie complète :*

Hastings et Al. (en 2000, 2004 et 2005 in Hastings et Al., 2005) ont mené trois études avec respectivement 123, 75 et 140 enfants présentant une déficience intellectuelle (certains avec une étiologie déterminée). Des mesures du QI, du fonctionnement adaptatif et de la symptomatologie du TDA/H ont été effectuées avec des échelles validées. Les enfants de ces groupes ont été comparés à leurs frères et sœurs. L'intérêt de ces études est que les deux méthodologies ont été utilisées. Et, selon que la comparaison ait été basée sur l'âge chronologique ou sur l'âge mental, les enfants avec RM présentaient toujours significativement plus de symptômes correspondant au TDA/H.

Ainsi, d'après ces études, quelle que soit la méthode utilisée, les enfants avec RM ont plus de risques de présenter la symptomatologie du TDA/H.

La principale limite de cette étude correspond au fait que les sujets choisis présentaient tous un RM mais pas forcément de forme « familiale ». Or, comme je l'ai déjà évoqué, la présence de certains sous-types de RM sont susceptibles de biaiser les résultats s'ils sont surreprésentés. D'autre part, ce sont les mères qui ont renseigné sur les comportements de leurs enfants. Or on peut se demander si elles n'auraient pas tendance à surestimer les problèmes de comportement de leurs enfants malades.

- *Concernant l'attention sélective :*

Distracteurs intrinsèques à la tâche:

Lorsque l'âge mental est contrôlé, les enfants avec et sans RM ont des **performances similaires**, aussi bien concernant des tâches de recherche visuelle (Das, 1971, Spitz & Borland, 1971, in Pearson et Al., 1997) ou d'écoute dichotique (Zekulin-Hartmey, 1982, in Pearson et Al., 1997).

Distracteurs extrinsèques :

Même lorsqu'ils sont appariés selon l'âge mental, les sujets avec RM passent plus de temps à s'intéresser à des aspects extérieurs à la tâche. Ils apparaissent ainsi **plus distraits** que leurs pairs sans RM (Turnure, 1970, Turnure & Zigler, 1964, in Pearson et Al., 1997).

- *Concernant les capacités attentionnelles globales :*

Iarocci & Burack (1998 et 2001, in Deutsch et Al., 2008) ont effectué une méta-analyse des résultats de 26 études où les performances d'attention de sujets présentant un RM familial ont été comparées par rapport à celles de personnes sans RM. Lorsque les comparaisons étaient basées par rapport à l'âge mental, **les capacités attentionnelles étaient généralement égales**, voire même supérieures.

En résumé, lorsque c'est l'âge mental qui est utilisé pour comparer les sujets avec et sans RM, les études semblent se contredire. Il paraît difficile de tirer une conclusion claire.

D'un côté, l'étude de Hastings (2005) montre que la symptomatologie du TDA/H serait plus importante chez les individus avec RM, même lorsque les sujets sont appariés par âge mental. Toutefois, plusieurs autres études montrent des capacités attentionnelles non déficitaires par rapport à leurs pairs de même âge mental. On peut remarquer quand même que, quelle que soit la méthode de comparaison utilisée, les capacités d'attention sélective apparaissent presque toujours déficitaires.

4.3. Conclusion et limites de ces études

- *Les résultats des études ne s'accordent pas*

Lorsque les groupes sont comparés par âge chronologique, la symptomatologie semble systématiquement plus importante dans le groupe avec RM. Cela suggère que la déficience mentale serait intrinsèquement liée à des difficultés attentionnelles de type TDA/H

Mais lorsqu'on adopte un autre point de vu et que l'on se réfère à des études utilisant la comparaison par âge développemental, les groupes présentant un RM ne présentent pas forcément plus de symptômes du TDA/H, ce qui suggère que le RM ne serait pas intrinsèquement lié à cette symptomatologie et que les difficultés observées correspondraient simplement à un niveau de

développement plus faible. Toutefois, toutes les études ne s'accordent pas et il est difficile de tirer une conclusion tranchée.

- *Toutes ces études ont leurs limites*

Concernant la plupart des études présentées ci-dessus :

- Certains résultats peuvent être faussés par les sous-types de RM.
Par exemple, si l'échantillon contient par inadvertance une surreprésentation des RM avec troubles autistiques par exemple, les résultats aux tests d'attention ne seront pas représentatifs du profil du RM familial (Deutsch et Al., 2008). D'autre part, certaines études sont vieilles, utilisant d'anciens critères diagnostics ou d'anciennes méthodes d'évaluation.
- Concernant les études utilisant l'appariement par âge chronologique :
Elles ne prennent pas en compte les particularités de développement des enfants déficients mentaux. Or ils ont d'importantes difficultés (objectivées par les résultats aux tests de QI) rendant leur comparaison à des enfants « tout-venant » biaisée.
- Concernant les études utilisant la comparaison par âge développemental :
Leurs résultats peuvent être faussés car l'interprétation peut être ambiguë. En effet l'âge mental n'est pas toujours facile à établir (Deutsch et Al., 2008). Le développement cognitif des déficients mentaux est propre à chacun, il ne suit pas les normes développementales habituelles. D'autre part, l'appariement par âge développemental permet une comparaison entre enfants qui ont un niveau de développement cognitif globalement équivalent, mais oublie de prendre en compte que l'expérience de vie (développement social, psychomoteur, etc..) des déficients mentaux sera alors nettement plus importante (Guidetti & Tourette, 1999). Ainsi, même si le QI total est apparié, la comparaison est périlleuse.

- *Conclusion*

Ainsi, ces études sont insuffisantes pour établir la prévalence des symptômes du TDA/H dans la population avec RM et pour répondre à notre question concernant le lien intrinsèque ou non entre le RM et la symptomatologie du TDA/H.

Intéressons-nous maintenant à d'autres éléments qui pourraient orienter la réponse à notre question originelle : le TDA/H est-il un trouble valide chez les individus avec RM ?

5. Caractéristiques de la population avec RM + TDA/H

5.1. Caractéristiques générales identiques à celles du TDA/H seul

Pour que le TDA/H soit considéré comme un syndrome pouvant s'exprimer dans la population avec RM, il est nécessaire que les caractéristiques générales qu'il exprime soient identiques dans les populations avec ou sans RM. Si des caractéristiques différentes étaient retrouvées, cela irait plutôt en faveur du fait que les symptômes retrouvés dans la population avec RM seraient proches de ceux du TDA/H mais ne seraient pas liés à l'expression de ce trouble.

Antshel et Al., (2006) s'intéressent à cette question et passent en revue les caractéristiques de la population avec RM + TDA/H par rapport à la population avec RM seulement ou avec TDA/H seulement. Les données qui en ressortent sont présentées ci-dessous.

- *Au niveau du comportement et de la socialisation*

Pearson et Al. (2000, in Antshel et Al., 2006), grâce à un recueil de données auprès des parents, ont mis en évidence des différences entre les deux groupes. Effectivement, par rapport au groupe avec RM seul, le groupe avec RM + TDA/H se caractérise par :

- Plus de comportements perturbateurs, notamment des comportements d'hyperactivité et de délinquance
- Des relations familiales plus pauvres
- Plus de symptômes de dépression et d'anxiété
- Des compétences sociales plus faibles.

Ces caractéristiques sont similaires à celles observées chez les sujets présentant un TDA/H sans RM.

Il est important de préciser que les différences signalées peuvent en fait correspondre à des artefacts liés aux critères de sélection utilisés afin de former les groupes RM + TDA/H et les groupes RM seul.

- *Au niveau de l'attention*

Lorsque les sujets sont appariés par âge développemental, le groupe RM + TDA/H a des performances inférieures au niveau de l'attention, notamment sélective (Pearson et Al., 1996, in

Antshel et Al., 2006), par rapport au groupe avec RM seulement. On retrouve donc un schéma proche de celui retrouvé dans la population générale. Ici aussi, les résultats peuvent être biaisés par les critères utilisés pour former les 2 groupes.

- *Évolution des symptômes chez l'enfant*

Les modifications d'expression des symptômes du TDA/H selon l'âge seraient retrouvées chez la population avec RM. Les symptômes suivraient une trajectoire de développement comparable. Par exemple, on observe une diminution des symptômes d'hyperactivité avec l'âge (Antshel et Al., 2006).

- *Persistence des symptômes à l'adolescence*

Les enfants atteints de RM + TDA/H auraient un risque similaire, sinon accru, de persistance des symptômes du TDA/H à l'adolescence (Aman et Al., 1993, in Antshel et Al., 2006).

- *Comorbidités*

Plusieurs études (notamment Ishii et Al., 2003, Johnson et al., 1995, in Antshel et Al., 2006) mettent en évidence des taux de comorbidité avec des troubles psychopathologiques ou affectifs dans la population avec RM + TDA/H similaires à ceux retrouvés dans la population avec TDA/H seulement. Ainsi, le Trouble oppositionnel avec provocation, le Trouble des conduites, les tics, le Trouble d'anxiété généralisée et les Troubles de l'humeur seraient répartis de manière équivalente selon que le TDA/H se présente avec un QI dans la norme ou non.

- *Réponse au traitement pharmacologique*

De la même façon que pour la population avec TDA/H sans RM associé, le méthylphénidate (Ritalin®, Rilatine®, Biphentin®, Concerta®, PMS-Méthylphénidate®) est un traitement efficace pour les symptômes cognitifs et comportementaux chez les sujets présentant un RM + TDA/H. Cependant, aussi bien chez le TDA/H avec ou sans RM, certains symptômes persistent, même avec le traitement par méthylphénidate. D'autres traitements ont également montré une efficacité auprès de la population avec RM + TDA/H (Antshel et Al., 2006).

- *Réponse aux techniques comportementales*

La plupart des techniques utilisées avec le RM, comme par exemple les renforcements positifs ou le time-out, sont identiques à celles utilisées pour le TDA/H. Ainsi, malgré le peu ou l'absence d'études traitant cette question, on peut supposer que ces techniques doivent également être efficaces pour les sujets avec RM + TDA/H (Antshel et Al., 2006).

- *Caractéristiques neurologiques :*

De même que chez les sujets présentant un TDA/H seul, des anomalies du corps calleux seraient retrouvées dans la population avec RM + TDA/H (Antshel et Al., 2006).

- *Conclusion et limites :*

Ainsi Antshel et Al. font la démonstration que le TDA/H, lorsqu'il est associé à un RM, présente les mêmes caractéristiques que lorsqu'il s'exprime dans la population générale.

Cela représente un argument important pour soutenir le fait que les symptômes du TDA/H observés chez les sujets avec RM résulteraient bien d'une comorbidité correspondant à l'association d'un RM et d'un TDA/H et qu'ils ne seraient pas simplement l'expression d'un QI faible.

Toutefois cette démonstration n'est basée que sur peu d'études. Davantage de données et de recherches concernant la population présentant à la fois la symptomatologie du TDA/H et du RM seraient nécessaires pour tirer de réelles conclusions.

5.2. Le TDA/H et le RM s'additionneraient

- *Le profil RM + TDA/H ne semble pas superposable au profil TDA/H seul*

Les enfants avec RM + TDA/H ont un déficit d'attention sélective qui semble être relativement plus important que chez les sujets présentant un TDA/H seul. Il semblerait qu'ils soient plus vulnérables aux tâches nécessitant des processus cognitifs qui demandent plus d'effort (Pearson et Al., 1997).

Ainsi, les difficultés à sélectionner les informations pertinentes, qui caractérisent à la fois le TDA/H et les déficients mentaux, semblent s'additionner et se révéler surtout dans les tâches nécessitant un effort cognitif, point faible des individus avec RM.

Par contre, l'attention soutenue n'est pas significativement plus atteinte chez les sujets présentant un RM + TDA/H par rapport aux enfants de QI normal présentant un TDA/H (étude de Pearson et Al., 1996, in Pearson et Al., 1997).

Cette absence d'écart relatif pourrait être expliquée par le fait que les enfants avec RM présentent une « inertie cognitive », ce qui protégerait la diminution de leurs performances lors de tâches d'attention soutenue.

- *Les syndromes du RM et du TDA/H semblent donc être additifs*

C'est-à-dire que l'enfant avec RM + TDA/H présenterait tout d'abord les caractéristiques cognitives du RM (telle que l'inertie cognitive). Puis les symptômes du TDA/H se superposeraient à cette fondation.

Ainsi, concernant l'attention soutenue, le profil sous-jacent de l'inertie cognitive empêcherait la dégradation de l'attention au cours du temps (Pearson et Al., 1997).

Concernant l'attention sélective, le RM et le TDA/H, indépendamment l'un de l'autre, présenteraient chacun un déficit de sélection de l'information. Ces faiblesses s'additionneraient, rendant le filtrage bien moins efficace chez les sujets concernés par le double diagnostic (Pearson et Al., 1997).

- *En résumé*

Les résultats concernant l'attention dans les groupes d'enfants présentant un RM et la symptomatologie du TDA/H associée apparaissent au départ contradictoires avec l'hypothèse d'une comorbidité RM + TDA/H car ils ne correspondent pas exactement aux caractéristiques attentionnelles des enfants avec QI normal présentant un TDA/H. Explorés d'un peu plus près et mis en lien avec les caractéristiques du RM, ils représentent finalement un argument en faveur de cette hypothèse. En effet, l'addition des caractéristiques propres aux deux syndromes pourrait expliquer que les capacités attentionnelles des sujets présentant un RM + TDA/H ne se superposent pas à celles des sujets présentant un TDA/H seulement.

- *Mais cette hypothèse reste à être validée*

Aucune étude ne semble avoir exploré les caractéristiques de la déficience fonctionnelle chez les sujets présentant un RM avec la symptomatologie du TDA/H. Pourtant, il semble indispensable de savoir si les groupes avec RM + TDA/H présentent une gêne fonctionnelle équivalente ou supérieure aux groupes avec TDA/H seul ou RM seul. En effet, on peut imaginer que si les symptômes du TDA/H sont simplement l'expression d'un QI inférieur, la déficience fonctionnelle serait équivalente à celle habituellement associée au RM. Si elle est au contraire plus importante, cela irait dans le sens que le TDA/H et le RM sont deux pathologies comorbides dont les déficits fonctionnels s'additionneraient (Antshel et Al., 2006).

6. Facteurs génétiques communs : étude de Kuntsi et Al. (2004)

Des études suggèrent que le QI et les symptômes du TDA/H varient de manière dépendante l'une de l'autre dans la population. Les enfants atteints de TDA/H ont en moyenne 7 à 12 points de QI en moins par rapport à la population générale (Mariani & Barkley, 1997, Crosbie & Schachar, 2001, Rucklidge & Tannock, 2001, in Kuntsi et Al., 2004).

En 2004, Kuntsi et Al. ont étudié les contributions des facteurs génétiques et environnementaux spécifiques à l'association TDA/H et QI.

6.1.Méthode utilisée

Pour cela, ils ont utilisé un large échantillon de population avec des jumeaux de 5 ans : l'étude est basée sur environ 70% des jumeaux nés au Royaume-Uni dans les années 1994-1995. L'échantillon comprend 56% de jumeaux monozygotes et 44% de jumeaux dizygotes. Dans l'année correspondant à la cinquième année de chaque paire de jumeaux, ils ont chacun été testés par des chercheurs formés, leurs mères ont été interrogées et des questionnaires ont été adressés à leurs enseignants.

Des données fiables concernant la présence ou non de symptômes du TDA/H ont été recueillies. Le QI a été déterminé par la passation d'une échelle de Wechsler. L'hypothèse d'un QI faible à cause des symptômes d'inattention a été écartée grâce à des passations filmées qui ont été cotées 2 fois. Moins d'un quart de l'association entre les symptômes du TDA/H et le QI (c'est-à-dire moins de 2 points de QI) pourrait être attribué aux comportements d'inattention lors du test.

6.2.Résultats et analyse

Les enfants ayant un diagnostic de TDA/H avaient un QI moyen de 89 tandis que les enfants du groupe témoin avaient un QI moyen de 98.

Les corrélations entre le QI, les symptômes du TDA/H et le diagnostic même du TDA/H ont été analysés. Ces corrélations étaient nettement plus importantes pour les jumeaux monozygotes par rapport aux jumeaux dizygotes. Cette différence indique qu'il existe d'importants effets génétiques sur chaque phénotype.

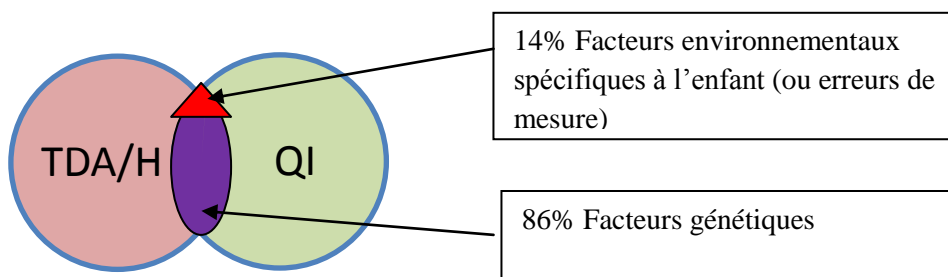
Kuntsi et Al. ont évalué l'influence des facteurs génétiques ou environnementaux avec, en résumé, des informations indiquant que :

- Le QI est déterminé à :
 - 40% par des facteurs génétiques
 - 31% par facteurs environnementaux communs aux jumeaux
 - 29% par des facteurs environnementaux spécifiques à l'enfant
- Les symptômes TDA/H sont déterminés à :
 - 72% par des facteurs génétiques
 - 28% par des facteurs environnementaux spécifiques à l'enfant
- Le diagnostic du TDA/H est déterminé à :
 - 85% par des facteurs génétiques
 - 15% par des facteurs environnementaux spécifiques à l'enfant

La corrélation entre les symptômes du TDA/H et le QI est expliquée à 86% par des facteurs génétiques partagés. Les 14% restants seraient dus à des facteurs environnementaux spécifiques à l'enfant (ou éventuellement à des erreurs de mesure).

La corrélation entre le diagnostic en lui-même du TDA/H et le QI est expliquée à 100% par le partage de facteurs génétiques.

Cette étude démontre donc que le TDA/H est lié à un QI bas en raison d'une étiologie génétique commune. En effet cette relation serait due, de 86% à 100%, à des facteurs génétiques communs. Il existerait donc des gènes qui influencent à la fois le TDA/H et le QI.



6.3. Conclusion et limites

Le fait qu'il existerait des facteurs génétiques influençant à la fois l'expression d'un TDA/H et d'un QI faible est un argument d'importance pour soutenir l'hypothèse que le RM et le TDA/H peuvent être comorbides.

Toutefois, la démonstration de Kuntsi et Al. est uniquement valable pour la tranche d'âge de 5 ans. Même si la corrélation négative entre le QI et le phénotype de TDA/H a été observée dans les autres tranches d'âge, il est possible que cette association soit expliquée par des facteurs différents (Kuntsi et Al., 2004). Ainsi, de nouvelles études concernant de plus larges tranches d'âge devraient être effectuées afin de pouvoir tirer des conclusions plus conséquentes.

7. La présence d'un TDA/H peut-elle être à l'origine d'une sous-estimation du QI ?

Bien qu'une récente méta-analyse suggère que les enfants atteints du TDA/H ont un QI d'environ 9 points inférieur à leurs pairs (Frazier, Demaree, & Youngstrom, 2004, in Antshel et Al., 2006), il est généralement admis que le TDA/H n'est pas à l'origine d'un fonctionnement intellectuel abaissé.

7.1. Le déficit d'inhibition de l'enfant TDA/H serait fluctuant

En 2009, Kuntsi et Al. réalisent une étude basée sur un échantillon composé de 578 paires de jumeaux de 7 à 10 ans. Selon des critères stricts de sélection, deux groupes sont formés. Les performances à deux tests d'inhibition et de rapidité obtenues auprès du groupe d'enfants présentant un TDA/H (n=58) sont comparées à ceux du groupe contrôle (n=1098). Ils relèvent des résultats significativement plus fluctuants concernant le groupe TDA/H. En effet, le déficit d'inhibition habituellement décrit chez le TDA/H semble être très sensible aux paramètres de la tâche à effectuer et à ses différents aspects. Ce déficit peut en effet disparaître sous certaines conditions, ou au contraire être plus prégnant. Ces fluctuations dépendent notamment de paramètres comme la vitesse d'enchaînement des items et la présence ou non d'un système de renforcement.

Les résultats de cette étude suggèrent donc que le déficit d'inhibition des enfants atteints du TDA/H ne correspond pas à un déficit stable : il dépend des paramètres de la tâche effectuée. Les performances cognitives des enfants présentant un TDA/H semblent pouvoir être modulées par des facteurs énergétiques ou de motivation de façon plus importante que la population générale (Kuntsi et Al., 2009).

7.2. Conséquences concernant l'évaluation du QI

Les capacités d'inhibition intervenant dans de nombreuses épreuves des tests psychométriques, les enfants présentant un TDA/H auraient ainsi davantage de risques que leurs performances soient fluctuantes. Les résultats de cette étude laissent donc penser qu'il serait judicieux de considérer, pour ces enfants, une marge d'erreur plus importante par rapport à celle généralement utilisée concernant les résultats aux tests psychométriques.

8. Difficultés dans la pratique à évaluer les symptômes du TDA/H chez les sujets avec RM

8.1. La comparaison par âge développemental est difficile

Le DSM-IV-TR soutient que le double diagnostic RM + TDA/H peut être établi, mais il y est précisé que le diagnostic des troubles mentaux comorbides est compliqué par le fait que le tableau clinique peut être modifié par la sévérité du RM et des handicaps associés.

Il préconise de comparer les manifestations observées chez un sujet donné avec celles habituellement associées chez les sujets avec un RM de même importance. Mais cette comparaison utilisant l'âge développemental est difficile à effectuer en pratique.

En effet l'âge développemental précis n'est pas utilisable aussi facilement qu'il ne le paraît. Et cela, pour plusieurs raisons :

- Premièrement, l'une des conditions indispensables est d'avoir en sa possession les résultats d'un test psychométrique que l'enfant aurait réalisé dans une période relativement contemporaine du ou des tests neuropsychologiques mesurant l'attention.
- D'autre part, les résultats doivent être interprétables. Par exemple, pour que le QI Total soit significatif, les résultats aux différents indices doivent être assez homogènes. Or ces conditions, dans la pratique quotidienne, sont rarement réunies.

8.2. Tests et échelles non adaptés

D'autre part, les tests habituellement utilisés pour évaluer la symptomatologie du TDA/H ne sont pas adaptés au fonctionnement de la population avec RM. En effet, sachant que les compétences (linguistiques par exemple) sont souvent déficitaires dans cette population, on ne peut pas savoir si les déficits révélés par les tests d'attention sont réellement spécifiques aux processus d'attention eux-mêmes (Deutsch et Al., 2008).

De plus, on considère souvent que les individus avec RM ont un déficit motivationnel (Dumas, 2007). Alors comment savoir, lorsque le niveau de motivation n'est pas comparé entre les échantillons, si les déficits mesurés ne sont pas la conséquence d'un manque de motivation (Deutsch et Al., 2008) ?

Il n'existe pas encore de méthodes fiables et valides, comme des tests ou des échelles comportementales, pour comparer la symptomatologie des populations avec RM aux normes des populations de mêmes âges mentaux.

Ainsi, il est difficile d'utiliser la méthode proposée par le DSM-IV-TR afin d'établir le diagnostic de TDA/H chez un individu présentant un RM. Cependant, on peut espérer que des normes appropriées à la population avec RM se développeront prochainement.

Idéalement (selon Deutsch et Al., 2008), il serait possible de calculer des scores standardisés en fonction de l'âge mental, ce qui permettrait de pouvoir comparer objectivement les compétences attentionnelles des individus avec RM à un échantillon d'individus d'âge mental équivalent.

9. Conclusion

9.1. Plusieurs éléments en faveur d'une validité de la comorbidité RM + TDA/H

Plusieurs éléments exposés ci-dessus vont dans le sens d'une comorbidité RM + TDA/H possible :

- Antshel et Al. (2006) font la démonstration que les caractéristiques du supposé TDA/H chez les sujets avec RM sont les mêmes que le TDA/H chez les sujets sans RM
- Le RM et le TDA/H semblent s'additionner
- Il existerait des facteurs génétiques communs entre le TDA/H et le RM.

9.2. Mais données insuffisantes pour trancher et éléments défavorables

Ces démonstrations sont cependant récentes et semblent les seules de ce type. Elles ne sont basées que sur peu de données.

Davantage de données sont nécessaires pour élucider plus clairement la complexité de la question de la validité du TDA/H chez les enfants atteints de RM. Des études plus larges et plus complètes seraient nécessaires. Il reste notamment la question de la prévalence des symptômes du TDA/H dans la population avec RM qui n'est pas clairement établie. Il est donc difficile de savoir si ces symptômes sont intrinsèquement liés au RM ou non.

D'autre part, un élément ne semble pas en faveur de cette double comorbidité. Il s'agit du fait que la présence d'un TDA/H pourrait être à l'origine d'une légère sous-estimation du QI. Ainsi, un TDA/H présent chez un sujet avec un fonctionnement intellectuel limite serait susceptible d'induire un faux diagnostic de RM.

9.3. Travaux à effectuer dans le futur

Antshel et Al. (2006) précisent les recherches qu'il serait nécessaire de mener dans le futur afin de pouvoir poursuivre une réflexion sur cette question :

- Étudier l'efficacité diagnostique des symptômes du TDA/H dans le RM :
Savoir sur quelles manifestations comportementales se baser pour diagnostiquer un TDA/H dans la population avec RM ; connaître la prévalence des symptômes du TDA/H dans la population avec RM.
- Avoir des outils de mesure adaptés à la population avec RM :
Il est nécessaire de s'assurer qu'ils permettent de discriminer les individus présentant un RM + TDA/H des individus présentant un RM sans TDA/H.
- Comparer plusieurs groupes de sujets :
Groupe RM + TDA/H - groupe TDA/H sans RM – groupe RM sans TDA/H
afin de mieux comprendre les liens qu'il existe entre eux et les caractéristiques des symptomatologies associées.
- Valider une méthode précise pour établir le diagnostic RM + TDA/H afin d'éviter les faux diagnostics.

9.4. En résumé

Ma question de départ ne semble pas pouvoir bénéficier d'une réponse claire et tranchée pour le moment. Mais nous pouvons tout de même retenir que plusieurs éléments, basés sur des études sérieuses, soutiennent la validité d'un double diagnostic RM + TDA/H.

Au vu des éléments exposés ici et de la position adoptée par le DSM-IV-TR, il semble cohérent de pouvoir établir un diagnostic de TDA/H chez un sujet avec RM chez qui les symptômes du TDA/H sont clairement plus importants que chez ses pairs avec un âge mental équivalent.

Chapitre 2. Pourquoi cette question est-elle importante ?

Nous avons vu dans le premier chapitre que plusieurs éléments sont en faveur d'une validité de la comorbidité RM + TDA/H mais qu'elle ne peut pas, pour le moment, être affirmée de manière certaine. Mais en quoi est-ce important de savoir si ce double diagnostic peut ou non être établi ?

1. Intérêt pour la recherche

La validation du diagnostic de TDA/H chez les enfants avec un RM permettra de généraliser les résultats de recherche provenant d'études qui utilisent les critères d'inclusion standard (QI supérieur à 80) aux enfants ayant un QI inférieur à 80. (Antshel et Al., 2006)

Les enfants avec un QI limite ont un risque accru de présenter des troubles psychiatriques. De plus, leurs symptômes sont généralement plus persistants et plus résistants au traitement. Ainsi, il paraît nécessaire de les inclure dans les projets de recherche du TDA/H, hélas ils en sont généralement exclus. Prouver la validité du double diagnostic RM + TDA/H permettra de les inclure dans les études sur le TDA/H. Ainsi, les études seront plus exhaustives et le recrutement des participants sera facilité. En effet les individus avec un QI inférieur à 80 représentent environ 10% de la population, les exclure rend les résultats incomplets et le recrutement difficile (Antshel et Al., 2006).

Une fois le double diagnostic théoriquement validé, la recherche pourra déterminer des méthodes précises et sensibles afin d'évaluer les symptômes d'attention, d'impulsivité et d'agitation chez la population avec RM. Des critères adaptés à la population avec RM pourront ainsi être établis afin de pouvoir établir le diagnostic TDA/H en tant que comorbidité.

Ensuite la recherche pourra se pencher plus sérieusement sur des études concernant l'efficacité des interventions auprès des enfants avec RM + TDA/H, notamment concernant la généralisation et la persistance des comportements induits par ces interventions. En effet, les enfants avec RM ont fréquemment des difficultés à réutiliser les comportements appris dans de nouvelles situations et à maintenir ces nouveaux comportements dans le temps.

2. Intérêt pour la clinique et la prise en charge

2.1. Éviter le diagnostic éclipsant pour une prise en charge globale adaptée

Considérer le TDA/H comme un diagnostic valable chez les enfants avec un RM contribuera certainement à diminuer l'effet « éclipsant » du diagnostic de RM. L'effet « diagnostic éclipsant » correspond au fait qu'une fois le diagnostic de RM posé, les cliniciens ont tendance à attribuer les comportements problèmes à l'intellect limité. Cela limite les possibilités d'envisager, de diagnostiquer et de traiter les autres pathologies coexistantes. Ainsi, la validation du diagnostic de TDA/H chez les enfants avec un fonctionnement intellectuel réduit contribuera à améliorer la prise en compte et le traitement du TDA/H dans la population avec RM (Antshel et Al., 2006).

En considérant les comorbidités, et pas seulement la présence du RM, l'enfant bénéficiera d'une vision et d'une prise en charge plus globale, rendant compte de l'ensemble de ses difficultés et des interactions possibles entre elles. En plus de la prise en charge habituelle liée à la déficience mentale, l'enfant aura plus de chance de bénéficier d'une prise en charge adaptée et complète, prenant en compte les particularités de fonctionnement liées à la présence du TDA/H.

Les particularités de comportements et de fonctionnement liées au TDA/H de l'enfant présentant le double diagnostic seront certainement mieux comprises et mieux appréhendées dans la pratique clinique et éducative grâce à la richesse des données théoriques et pédagogiques concernant le TDA/H.

2.2. Traitements médicamenteux envisageables

Une fois le double diagnostic posé, l'utilisation de traitements similaires à ceux utilisés pour le TDA/H seul est envisageable. Cela peut être bénéfique pour l'enfant afin de diminuer les difficultés liées au TDA/H qui se superposent et qui aggravent peut-être celles liées au RM. L'avantage du traitement pharmacologique, par rapport aux interventions comportementales, est qu'il permet l'atténuation très rapide des déficits liés à la triade symptomatologique du TDA/H et permet ainsi de favoriser au maximum les apprentissages, qui sont rendus difficiles à la fois par les difficultés inhérentes au RM et par les difficultés attentionnelles liées au TDA/H. On peut aussi espérer, s'il y a lieu, une amélioration rapide des troubles du comportement qui peuvent en partie être liés à l'impulsivité et à l'hyperactivité.

L'utilisation du méthylphénidate (Ritalin®, Rilatine®, Biphentin®, Concerta®, PMS-Méthylphénidate®) chez les individus avec RM + TDA/H est favorable. En effet, plusieurs études (Handen et Al., 1999, Pearson et Al., 2003, in Antshel et Al., 2006) ont montré que, de la même façon que pour le TDA/H sans RM, le méthylphénidate est un traitement efficace chez les RM + TDA/H pour les symptômes à la fois cognitifs et comportementaux.

Pearson et Al. (2004, in Antshel et Al., 2006) ont comparé l'efficacité d'un traitement par méthylphénidate chez des enfants avec RM présentant la symptomatologie du TDA/H en comparant un groupe traité par méthylphénidate et un groupe sous placebo. Les résultats aux tests neuropsychologiques ont montré que le traitement par méthylphénidate améliore significativement l'attention soutenue, l'attention sélective et l'impulsivité.

Cependant, aussi bien chez le TDA/H avec ou sans RM, certains symptômes persistent. Le méthylphénidate n'a pas d'effet sur la mémoire immédiate. Certaines difficultés notamment en attention soutenue et impulsivité ne sont pas complètement effacées (Handen et Al., 1997, Pearson et Al., 2004, in Antshel et Al., 2006).

D'autre part, le traitement par méthylphénidate est plus efficace chez les individus avec un RM léger par rapport à ceux avec un RM modéré ou sévère (Jou et Al., 2004, in Antshel et Al., 2006).

La clonidine, un antihypertenseur à effets psychotropes, a également été étudiée en tant que traitement des sujets avec RM +TDA/H. Et contrairement au méthylphénidate, elle semble tout aussi efficace chez les enfants avec RM léger et modéré afin de réduire les symptômes de base du TDA/H (Agarwal et Al., 2001, in Antshel et Al., 2006).

2.3. Prise en charge psychomotrice différente

Pouvoir considérer la présence d'un TDA/H chez un individu avec RM permet au clinicien d'avoir une meilleure compréhension globale de l'enfant. Ainsi, le psychomotricien, grâce à ses connaissances théoriques et à ses savoir-faire pratiques, pourra mieux appréhender l'enfant, avoir conscience de ses difficultés spécifiques, et ajuster sa prise en charge.

Un diagnostic établi permet de considérer les troubles d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité à leur juste valeur et d'envisager leurs conséquences ou leurs liens avec d'autres troubles. Par exemple, on peut envisager que les déficits en attention puissent renforcer les difficultés d'apprentissage que présentent déjà les déficients mentaux. Ils peuvent aussi contribuer à alimenter les difficultés de compréhension, de raisonnement, d'abstraction, de lecture, etc.... L'hyperactivité et l'impulsivité, quant à elles, peuvent être en lien avec des troubles du

comportement, et peuvent secondairement entraîner des difficultés relationnelles avec l'adulte et/ou avec les pairs. Il est possible que l'impulsivité cognitive ait des répercussions sur les capacités de raisonnement et de planification ainsi que sur le travail scolaire.

C'est cette analyse, spécifique à chaque enfant, des troubles coexistants et en interaction qui permettra de dégager les axes de travail en psychomotricité et leur ordre de priorité.

Ainsi, savoir que le double diagnostic RM + TDA/H est valide et pouvoir l'établir permettra au psychomotricien une meilleure analyse des troubles de l'enfant et une hiérarchisation des objectifs thérapeutiques plus adaptée.

Conclusion de la partie théorique

Comme nous avons pu le voir dans le chapitre 1, à l'heure actuelle, nous n'avons pas la certitude que les deux syndromes RM et TDA/H peuvent se rencontrer chez le même individu. Cependant, plusieurs arguments nous indiquent que cette comorbidité est probablement valide et le DSM-IV-TR ainsi que la CIM-10 proposent de pouvoir établir ce double diagnostic lorsque les symptômes du TDA/H sont excessifs pour l'âge mental de l'enfant. D'autre part, nous avons vu dans le chapitre 2 l'importance d'éviter le phénomène de diagnostic éclipsant et, lorsqu'il y a lieu, de considérer ce double diagnostic.

Il apparaît donc nécessaire d'envisager la possibilité de la coexistence d'un TDA/H devant un enfant particulièrement agité et distrait présentant un RM.

Ayant rencontré ce cas particulier en stage, la seconde partie de ce mémoire expose ma démarche auprès de ce patient, les conclusions que j'ai tirées concernant son diagnostic et les conséquences que cela a pu avoir sur sa prise en charge psychomotrice.

Partie pratique :
Exemple de prise en charge
psychomotrice d'un adolescent
présentant un Retard Mental
associé à un Trouble
Déficitaire de l'Attention
/Hyperactivité

Chapitre 1. Présentation de l'adolescent

Basile a 12 ans et 2 mois. Il est entré à l'IME (Institut Médico-Educatif) à 10 ans et demi. Il y est en internat et rentre chez ses parents tous les week-ends. Il bénéficie de temps de classe et de suivis au niveau éducatif, psychologique, orthophonique et psychomoteur au sein même de l'IME. La prise en charge psychomotrice a lieu à raison d'une séance de $\frac{3}{4}$ d'heure par semaine.

1. Présentation globale de Basile

Basile est un garçon de petite taille, dynamique, vif et souriant. Il est agité, toujours impliqué dans une conversation et a besoin de capter l'attention. Il est très bien intégré dans son groupe à l'IME. Il est décrit comme ayant des facilités relationnelles et d'expression orale. Il est curieux, attentif au moindre changement et a un côté « concierge ».

1.1. Éléments d'anamnèse

Basile est le deuxième d'une fratrie de 4 enfants.

La grossesse s'est bien déroulée, avec un accouchement eutocique et à terme. Le Score d'Apgar correspondait à 10/10. Je n'ai pas pu obtenir d'informations concernant le développement de Basile lors de la petite enfance.

La famille est originaire du quartier du Mirail à Toulouse où elle a subi l'explosion d'AZF et un contexte d'insécurité. Les parents ont décidé d'aller s'installer en campagne pour offrir un autre cadre de vie à la famille. Le déménagement a eu lieu lorsque Basile était âgé de 4 ans. La mère évoque une tendance à surprotéger ses enfants. La psychiatre du SESSAD (Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile) évoque une relation particulière de Basile à sa maman.

1.2. Parcours de soins

Basile a été suivi à partir de 5 ans jusqu'à ses 10 ans au SESSAD d'une commune voisine. Ses parents l'y ont adressé pour des soucis de retard d'acquisition et de comportement. Il a alors bénéficié d'un suivi éducatif, orthophonique et psychomoteur. Au niveau éducatif, l'objectif était basé sur l'expression de ses ressentis, le partage et la socialisation. Le langage oral était travaillé en

orthophonie. Et le suivi psychomoteur proposait un travail sur la concentration, la motricité et la visuo-construction.

Malgré ces aides, Basile a rencontré des difficultés scolaires et a redoublé son CP. Toujours en difficulté à la fin de son second CP, il a ensuite été orienté en CLIS à l'âge de 8 ans et demi. Ses parents se sont alors inquiétés pour sa sécurité suite à des difficultés relationnelles et de comportement (bagarres en cour de récréation, rivalité importante avec ses pairs, comportements oppositionnels vis-à-vis de l'institutrice...). Une orientation IME est alors proposée par le SESSAD afin d'obtenir un cadre plus adapté et bienveillant. Après 2 ans de CLIS, Basile rejoint donc l'IME à l'âge de 10 ans et demi.

1.3. Bilan éducatif (11 ans 9 mois)

Voici une synthèse des caractéristiques relevées par les éducateurs, par domaines :

Autonomie : Il est pratiquement autonome, mais nécessite l'impulsion de l'adulte.

A table : Son comportement est très instable. Il est agité et monopolise énormément la parole.

Socialisation : Il est très actif dans le groupe et sollicite énormément ses pairs. Il détient au sein du groupe le rôle de « concierge », il s'intéresse énormément à la vie des autres. Les notions de politesses sont acquises même s'il peut parfois se montrer insolent, menteur et manipulateur.

Devoirs scolaires : Basile nécessite l'aide de l'adulte même si la compréhension est bonne. Il est très instable sur sa chaise et se montre très parasité par l'environnement. Il est capable de réutiliser son savoir.

Affectif : Basile cherche à se faire remarquer, notamment en parlant fort et beaucoup. Il peut très vite agacer ses pairs. Il parle beaucoup de sa famille et a encore un doudou.

Manifestations anxieuses : Basile paraît globalement insécurisé, il supporte mal d'être seul. Il a un sommeil léger, des tendances hypocondriaques et invente parfois des scénarios catastrophes.

Autres : On remarque aussi une grosse intolérance à la frustration et un fort esprit de compétition.

2. Bilans psychologiques

2.1. Résultats au WISC-III (7 ans 7 mois)

La passation est effectuée au SESSAD suite aux importantes difficultés scolaires. Les résultats obtenus sont les suivants :

- Quotient Intellectuel Total (QIT) = 65
- Quotient Intellectuel Verbal (QIV) = 80
- Quotient Intellectuel Perceptif (QIP) = 58

On peut remarquer un écart significatif entre le QIV et le QIP.

L'analyse des subtests montre que l'aisance relationnelle de Basile pourrait expliquer en partie l'écart entre les deux QI et souligne, d'autre part, des difficultés prégnantes dans le domaine visuo-constructif.

Dans l'ensemble, les capacités de raisonnement et d'abstraction de Basile sont faibles, même à l'oral. Ainsi, même si le profil n'est pas homogène, les résultats à ce premier WISC semblent évoquer une déficience mentale.

2.2. Résultats au WISC-IV (9 ans 11 mois)

La passation est effectuée au SESSAD en vue d'une orientation en IME.

Le Quotient Intellectuel Total (QIT) est évalué à 50 avec le détail suivant :

- Indice de Compréhension Verbale (ICV) : 69

La psychologue du SESSAD relève un certain sens pratique et une compréhension des règles sociales de base, cependant elle remarque aussi une immaturité de la pensée ainsi qu'un égocentrisme.

- Indice de Raisonnement Perceptif (IRP) : 60

Les subtests mettent en évidence ici d'importantes difficultés perceptivo-spatiales, une impulsivité ainsi qu'une forte labilité attentionnelle.

- Indice de Mémoire de Travail (IMT) : 62

Cet indice est sensible aux difficultés attentionnelles. La psychologue remarque une fatigabilité barrant la concentration.

- Indice de Vitesse de Traitement (IVT) : 55

L'écrit et la discrimination visuelle constituent des difficultés très importantes pour Basile

Concernant cette seconde passation, l'Indice de Compréhension Verbale est légèrement supérieur aux autres mais les écarts entre les indices ne sont pas significatifs. Le profil semble donc plutôt homogène et évocateur d'un Retard Mental (RM).

L'intervalle de confiance est bon (95%). Une aisance relationnelle à l'oral et des difficultés prégnantes au niveau attentionnel et visuo-constructif sont mis en évidence par la psychologue.

On peut donc conclure que Basile répond donc aux critères diagnostics du DSM-IV-TR du Retard Mental léger avec :

- Un QIT compris entre 50 et 70
- Une altération du fonctionnement adaptatif dans au moins deux domaines :
 - le domaine scolaire puisque Basile était en CLIS
 - le domaine des aptitudes sociales et interpersonnelles puisqu'il était impliqué dans des conflits avec ses pairs et avec l'institutrice de la CLIS.
- Un début avant l'âge de 18 ans.

2.3. Compte-rendu de la psychologue de l'IME (11 ans 9 mois)

Basile y est décrit comme un garçon curieux, observateur, réactif et avenant avec un contact facile. Son discours est cohérent et construit, il est capable de réflexion. Cependant, il est facilement distrait et manque beaucoup d'attention et de concentration. Il change de sujet facilement, passe d'une chose à une autre au gré de son inspiration, sans pouvoir approfondir ou préciser sa pensée. Il se montre instable et comme ayant besoin d'action. Il peut dire qu'il a du mal à rester assis, qu'il a besoin de bouger. La psychologue émet l'hypothèse que ce soit un moyen pour combler un vide angoissant.

Il reconnaît aussi qu'il a beaucoup de mal à se concentrer, ce qu'il entend souvent dire par de nombreuses personnes. Mais il ajoute aussitôt que ce n'est pas sa faute, que c'est plus fort que lui : « C'est pas moi qui décide, c'est le cerveau. ».

D'autre part, il est précisé que Basile a du mal à se décoller des paroles de sa mère et qu'il est dans une position d'immaturation infantile qui pourrait être reliée à son anxiété.

La psychologue conclut que l'instabilité de Basile l'empêche pour le moment de développer ses potentialités et qu'il lui faudrait se canaliser afin de pouvoir les utiliser pleinement.

2.4. En résumé

Il ressort donc de ces bilans :

- **Un diagnostic de RM**
- **Une facilité relationnelle à l'oral**
- **Une instabilité et une labilité attentionnelle**
- **Des difficultés dans le domaine visuo-perceptif**

- **Une anxiété**
- **Une immaturité**

3. Bilan psychomoteur

3.1. Bilan de base (10 ans 8 mois)

On peut remarquer, de manière générale, que Basile est peu sûr de lui et qu'il montre une impulsivité tout au long des épreuves du bilan.

- *Repérage temporel*

Basile connaît les notions temporelles de base (jours, mois, saisons, demain/hier, après-demain/avant-hier...). Il connaît la date du jour et sa date de naissance. Il peut se repérer dans la journée. La lecture de l'heure est en cours d'acquisition.

Le repérage dans le temps est donc correct.

- *Repérage spatial*

Il maîtrise les notions spatiales de base (haut, bas, dessus, dessous, à côté...).

Concernant la connaissance de la droite et de la gauche, les résultats à l'épreuve du Piaget-Head (40/81) le situent dans un niveau correspondant à la tranche d'âge de 6 ans.

Basile connaît bien la droite et la gauche sur lui ou sur autrui. Mais il ne les connaît pas encore entre les objets entre eux et il est en difficulté pour se décentrer ou pour faire des opérations de réversibilité.

- *Connaissance du corps*

L'utilisation du vocabulaire corporel est maîtrisée. L'assemblage du mannequin de Grace Arthur est très bien réussi. Le dessin du bonhomme est réalisé à la va-vite, est peu détaillé, mais les éléments essentiels ont été représentés et bien placés.

Basile a donc une bonne connaissance du corps.

- *Latéralisation*

La dominance latérale est établie à droite de façon homogène (pour main, pied et œil).

- *Visuo-construction*

Les résultats au test de la figure de Rey sont très déficitaires.

Concernant la copie de la figure, Basile procède par juxtaposition de détails, il ne perçoit pas la structure globale. L'organisation sur la feuille est mal gérée, les détails sont accumulés en haut de la feuille, la figure est distordue par une élongation exagérée. De nombreux éléments de la figure sont manquants ou sont mal placés. Basile obtient le score très faible de -5.3 DS.

Concernant la reproduction de mémoire, la quantité d'éléments pouvant être replacés est très pauvre. Il obtient la note de -4 DS.

Au Reversal Test, Basile fait de nombreuses omissions. Il ne semble pas percevoir les inversions de figures droite/gauche. Cependant, les figures non identiques ou les inversions haut/bas sont correctement appréciées. Ainsi, Basile ne semble pas avoir acquis la symétrie droite/gauche concernant les objets en 2 dimensions.

- *Motricité*

L'échelle de développement psychomoteur de Lincoln-Oseretsky met en évidence des difficultés motrices importantes. En effet, Basile obtient un score global correspondant à -2.6 DS, ce qui correspond à un Quotient de Développement égal à 59 et à un âge de développement correspondant à 7 ans et demi.

On remarque des syncinésies faciales importantes lors de la réalisation de nombreuses tâches motrices.

L'étude des facteurs fait ressortir des difficultés majeures concernant l'équilibre et les coordinations des membres supérieurs et inférieurs, puisque tous les items sont échoués. Les facteurs contrôle-précision, mouvements rapides des poignets et des mains et motricité manuelle révèlent des capacités très faibles. Le facteur coordination global présente le meilleur taux de réussite.

Facteur 1 : contrôle précision : 25%

Facteur 2 : coordinations globales : 57%

Facteur 3 : coordinations mains-pieds : 0%

Facteur 4 : mouvements rapides des poignets et des mains : 42%

Facteur 5 : équilibre : 0%

Facteur 8 : motricité manuelle (grossière): 33%

Ainsi, Basile présente des difficultés majeures au niveau de la motricité, notamment concernant ses capacités d'équilibre et de coordination mains-pieds.

- *Praxies idéomotrices*

Le test d'imitation de gestes de Bergès-Lézine n'est pas étalonné pour l'âge de Basile. Lors de la passation, on peut observer des erreurs d'orientation, ce qui le situe au même niveau qu'un enfant de 5ans. Il présente ainsi des difficultés importantes concernant les praxies idéomotrices.

- *Graphomotricité*

La prise du stylo est mature. L'écriture est saccadée, appuyée et crispée. Les lettres sont anguleuses mais lisibles.

L'examen graphomoteur d'Ajuriaguerra révèle une vitesse d'écriture normale qui correspond à un niveau CE1 (7ans) et une vitesse accélérée qui correspond à un niveau inférieur au CE1. Son niveau scolaire correspondant environ à un niveau CE1, on peut en conclure que sa vitesse d'écriture accélérée est inférieure au niveau attendu.

- *Capacités attentionnelles*

Les résultats obtenus au test d'attention visuelle de la Nepsy correspondent à -2 DS. Son balayage visuel n'est pas organisé, il fait quelques additions ce qui souligne une certaine impulsivité.

De plus, des difficultés de concentration ont été observées tout au long du bilan.

Basile possède donc des capacités attentionnelles déficitaires.

3.2. Bilan complémentaire (11 ans 10 mois)

- *Capacités attentionnelles*

Attention soutenue :

L'épreuve de barrage du D2 révèle des capacités d'attention soutenue faibles :

Vitesse : 54° rang percentile.

Précision : inférieur au 10° rang percentile.

Performance de concentration : 30° rang percentile.

Rythme de travail : entre le 10° et le 25° rang percentile.

Basile oublie beaucoup de signes à barrer et barre des signes qu'il ne faut pas, sa précision est donc faible pour une vitesse d'exploration de la feuille moyenne. Ainsi, il va à la même vitesse que les enfants de son âge mais fait beaucoup plus d'erreurs : sa performance de concentration se situe dans la norme inférieure.

D'autre part, on peut remarquer que l'effort est difficile à maintenir dans le temps : à la fin de la feuille, Basile balaie beaucoup plus rapidement les signes du regard avec, en parallèle, une augmentation du nombre d'omissions. Basile est donc rapidement fatigable.

On peut noter qu'il a fréquemment besoin de revenir aux modèles au début. On remarque aussi une forte agitation (balancements d'avant en arrière, nombreux mouvements des jambes, bruits réguliers avec la bouche...).

Les capacités d'attention soutenue sont donc faibles.

Attention sélective :

Le stroop :

Épreuves 1 et 2 (lecture des mots) : Vitesse : - 1.5 DS et - 1.1 DS

Ces résultats soulignent une vitesse de lecture lente. Cela rend les résultats suivants ininterprétables. En effet, si le sujet a des difficultés à lire les mots, on peut supposer qu'il lui sera plus facile, par rapport aux enfants ayant passé le test pour l'étalonnage, d'inhiber la lecture du mot au profit de la nomination de la couleur de l'encre et qu'il lui sera en conséquence plus facile d'inhiber la « mauvaise réponse » lors de l'épreuve 4, c'est-à-dire la couleur indiquée par l'orthographe du mot.

Épreuve 3 (nommer la couleur des rectangles) : Vitesse : - 0.3 DS ; Erreurs : - 1.1 DS

Épreuve 4 (nommer la couleur des mots) : Vitesse : - 1.6DS ; Erreurs : - 0.4DS

Score d'interférence (entre l'épreuve 3 et 4) : + 1.1DS. Ce résultat est légèrement inférieur à la norme, mais ne nous renseigne pas forcément sur les capacités d'attention sélective du fait des difficultés de lecture.

- *Planification*

Les résultats à la Tour de Londres sont satisfaisants :

- 0.2 DS avec le score d'Anderson

- 0.5 DS avec le score de Krikorian

Même si Basile se précipite dans ses mouvements (impulsivité), ses résultats sont dans la norme pour son âge. Il est donc capable de réfléchir de façon rapide et efficace.

Les capacités de planification sont donc correctes. Cependant, ce test souligne une tendance à l'impulsivité : Basile agit avant de réfléchir.

- *Capacités d'inhibition*

Appariement d'image	Score brut et déviation standard
A : Temps de 1 ^{ère} réponse	33.2 s (+ 1.1 DS)
B : Nombre de réussites	2 (- 2.4 DS)
C : Nombre d'erreurs	19 (- 5.4 DS)
D : Index d'exactitude	0.27 (- 2.19 DS)
E : Index d'impulsivité	2.54 (- 3.9 DS)

Au test d'Appariement d'Images, malgré le fait d'avoir beaucoup insisté lors de la passation sur le fait qu'il fallait « prendre le temps et donner la bonne réponse du 1^{er} coup », Basile répond trop vite (A), il obtient peu de réponses du 1^{er} coup (B), et il donne les réponses avant d'être sûr (C).

Lors de ce test, Basile manque fortement de précision (D) et est très impulsif (E). Il « teste » les réponses en me les proposant, sans vérifier au préalable, il procède par essai-erreur sans prendre le temps de réfléchir.

Au subtest « cogner-frapper » de la Nepsy, Basile obtient – 4.1 DS. Ce résultat souligne de très faibles capacités d'auto-régulation et d'inhibition des impulsions déclenchées par des stimuli visuels en opposition avec des consignes verbales.

Les capacités d'inhibition de Basile sont donc largement hors-normes pour son âge. Il est très impulsif.

- *Mémoire de travail visuo-spatiale*

Le test des cubes de Corsi met en évidence un déficit important de la mémoire de travail. En effet Basile se situe à - 3.9 DS de la moyenne pour son âge. Il a tendance à vouloir commencer à désigner les cubes avant que la démonstration ne soit terminée.

3.3. Interprétation des résultats

Les résultats aux tests sont difficilement interprétables.

La plupart des résultats sont inférieurs à -2DS, or on sait qu'au-delà de ce score la sensibilité des tests devient de plus en plus faible. Il est ainsi difficile de déterminer quels sont les domaines les plus déficitaires.

Calculer les résultats par rapport à son âge développemental s'est révélé compliqué pour plusieurs raisons. Déterminer l'âge développemental n'est chose aisée. La psychologue avait situé

Basile dans la tranche d'âge de développement de 7 ans 6 mois grâce aux résultats du dernier WISC qu'il avait passé à l'âge de 9 ans 11 mois. Or les tests psychomoteurs ont été réalisés plus tard et en deux fois avec un premier bilan à l'âge de 10 ans et 8 mois et un bilan complémentaire à l'âge de 11 ans et 10 mois. Situer l'âge mental de Basile à ces deux instants là, sans bilan psychométrique contemporain et sans connaître la dynamique d'évolution de Basile est donc périlleux. J'ai tout de même recalculé les résultats pour un âge inférieur (9 ans), c'est-à-dire que j'ai comparé les scores bruts de Basile à un âge inférieur à son âge chronologique, qui serait davantage proche de son âge développemental. Mais les écarts à la moyenne étaient toujours importants et cela ne m'a pas permis d'avoir une meilleure interprétation.

Afin de déterminer les difficultés prégnantes de Basile et les gênes dans sa vie quotidienne, je me suis donc basée sur un recueil d'informations concernant le quotidien de Basile. Pour cela, je me suis rendue plusieurs fois en classe et en milieu éducatif afin d'effectuer des observations. J'ai aussi recueilli les observations et les avis des professionnels de l'IME travaillant auprès de Basile grâce à la lecture de leurs comptes-rendus, à la participation aux réunions de synthèse et à l'utilisation d'un questionnaire destiné à l'institutrice. L'avantage de l'IME est que toute l'équipe travaillant auprès de l'enfant est réunie en un même lieu. C'est très pratique afin de pouvoir aller observer l'enfant dans différents contextes. Nous verrons les conclusions de ce recueil de données dans la partie suivante.

Pour le moment, retenons que les bilans psychomoteurs montrent uniquement des tendances. Avec peu de précision, nous pouvons dire que les capacités de planification, le repérage temporel et la connaissance du corps semblent préservés ; par contre, on note des difficultés dans de nombreux domaines tels que :

- **La visuo-construction**
- **La mémoire de travail**
- **La motricité (notamment les facteurs équilibre et contrôle-précision)**
- **La graphomotricité (la vitesse d'écriture accélérée est faible)**
- **Les capacités d'inhibition**
- **Les praxies idéomotrices**
- **L'attention**

Il faut intégrer ces difficultés dans un tableau plus global de Basile en prenant en compte ses spécificités telles que :

- **Un RM**

- **Un fort investissement du langage oral**
- **Une anxiété et une faible estime de soi**
- **Une forte importance accordée au regard de l'autre et un esprit de compétition**
- **Une forte aversion du délai et une intolérance à la frustration**
- **Une curiosité et un investissement positif de ce qu'on lui propose**

4. Le point de vu des autres professionnels

4.1. L'orthophoniste

Langage oral : Basile possède un bon niveau d'expression, mais un niveau de compréhension plus faible.

Langage écrit : l'attention visuelle et la mémoire de travail sont déficitaires, la voie d'assemblage en lecture est insuffisamment développée et le code grapho-phonétique n'est pas maîtrisé (avec des erreurs d'ordre perceptivo-auditives).

Logique : il est en difficulté dans plusieurs activités.

Basile bénéficie d'une prise en charge une fois par semaine où l'orthophoniste insiste sur le travail de l'attention, qui lui semble être « un des freins principaux au développement de bon nombre de ses compétences ».

4.2. L'institutrice

Elle décrit Basile comme étant bien intégré dans la classe.

Elle relève cependant une tendance à monopoliser la parole, des difficultés de mémorisation ainsi que de fortes difficultés attentionnelles qui rendent notamment la lecture silencieuse très difficile. Son niveau scolaire correspond environ à un niveau CE1.

D'autre part, Basile fait preuve d'un fort esprit de compétition. Il réalise trop rapidement son travail qui se retrouve alors souvent bâclé.

Le maintien d'un cadre scolaire bien précis est nécessaire car Basile a tendance à vouloir trop dire et trop faire. L'institutrice écrit qu'il « doit apprendre à canaliser son énergie ».

4.3. Éducateur dirigeant l'atelier Espaces verts

Basile est particulièrement investi et volontaire au sein de l'atelier. Cependant, il « fonce tête baissée » sans prendre le temps de la réflexion avant l'action. Son empressement à finir l'amène souvent au résultat d'un travail négligé. De plus, il se montre instable. Il est nécessaire de le canaliser, de freiner ses élans.

4.4. En résumé

Tous les professionnels de l'IME s'accordent à dire que Basile est instable, impulsif, agité et inattentif. Ces symptômes ne semblent donc pas dépendre du contexte mais apparaissent quelque soit l'activité, même si elle plaît à Basile. Tous sont aussi de l'avis que ces symptômes semblent représenter le frein principal à l'amélioration de ses capacités.

Il m'a donc paru important de travailler sur cette symptomatologie avant d'envisager quelconque autre travail.

Afin d'orienter précisément ma prise en charge et de mieux évaluer les symptômes qui m'ont spontanément fait penser à la triade symptomatologique du TDA/H, j'ai décidé d'effectuer des observations dans le quotidien de Basile.

5. Observations en milieu écologique et hiérarchisation des axes de travail

Afin de prioriser les objectifs de travail en séances de psychomotricité, j'ai évalué les gênes au quotidien des trois symptômes psychomoteurs qui semblent prédominants chez lui, c'est-à-dire l'inattention, l'impulsivité et l'agitation. Pour cela, je me suis basée sur les observations que j'ai effectuées en classe, en milieu éducatif et en séance de psychomotricité, ainsi que sur un questionnaire rempli par l'institutrice (questionnaire de Conners pour enseignant(e)s, version révisée longue, 1997 ; voir Annexes p. 81-82), sur les comptes-rendus et les dires, en réunion de synthèse, des différents professionnels de l'institut.

5.1. L'inattention

Dans tous les comptes-rendus des professionnels de l'IME, Basile est décrit comme inattentif ou manquant de concentration. En classe, j'ai pu observer qu'il oublie souvent les informations données par les consignes, qu'il fait souvent à contrecœur une tâche qui lui demande un effort soutenu, qu'il regarde beaucoup ailleurs. Il donne l'impression de s'éparpiller : il écoute

l'institutrice, puis parle à un camarade, regarde par la fenêtre, participe à une autre discussion, se lève, retourne s'asseoir, commence une activité, regarde ailleurs, saisit des stylos sur son bureau, se remet à l'activité, demande à ce qu'on lui rappelle les consignes, etc....

Il ne peut s'empêcher de prêter attention aux stimuli auditifs ou visuels qui l'entourent. Il regarde l'institutrice donnant des explications à un autre élève, écoute ce qu'il se passe dehors, regarde les autres, ne loupe pas une miette des conversations qui l'entourent, remarque les changements de décoration et les nouveaux habits des autres. Il est très facilement distrait par son environnement. Cette tendance est notamment décrite dans le rapport éducatif : « Il est très vite parasité par l'environnement, est à l'affût de tout ».

- *Conséquences pour lui :*

Sans cesse attiré par les stimuli environnants, il n'arrive pas à rester concentré sur une tâche. Il n'assimile pas ce qui est dit par l'institutrice, oublie en quoi consiste l'exercice qu'il est en train de faire. Cela rend ses apprentissages inévitablement plus difficiles et affaiblit ses résultats.

- *Conséquences pour les autres :*

Les activités sans rapport avec la tâche auxquelles s'adonne trop souvent Basile, qui passe sans cesse d'une activité à l'autre, peuvent perturber ses camarades.

Basile nécessiterait la présence soutenue d'un adulte afin de le recentrer sur la tâche et de l'aider à sélectionner les informations pertinentes. L'institutrice se heurte donc à des limites de disponibilité.

5.2. L'hyperactivité

Basile est souvent très agité en classe: il se balance sur sa chaise, s'affale sur la table, fait tourner sa casquette entre ses mains, démonte et remonte les stylos, tripote sa trousse, celle du voisin ou les objets présents sur son bureau, il peut aussi froter ses pieds au sol ou remuer les jambes... Il ne tient pas en place, se réajuste sans cesse par rapport à la position du bureau et se lève très fréquemment, de façon soudaine et généralement sans véritable raison.

L'agitation est présente de façon similaire quelque soit l'activité, selon que Basile soit en situation d'écouter la maîtresse, d'effectuer un exercice à table ou de participer à une discussion de groupe. Cette hyperactivité se retrouve aussi en séance de psychomotricité, de psychologie, sur les temps éducatifs et les temps de repas.

- *Conséquences pour lui :*

Sur les temps de classe, cette agitation peut être gênante pour lui. En effet, effectuer tous ces mouvements mobilise une certaine attention qui ne peut donc pas être mise à profit pour la tâche à

réaliser. Basile peut paraître plus concentré à ne pas tomber de la chaise ou à réparer ses stylos que sur ce qu'il écoute, dit ou fait.

- *Conséquences pour les autres :*

Elle peut aussi être gênante pour ses camarades de classe. En gigotant et en saisissant des objets, Basile crée des stimuli supplémentaires à ceux existant déjà en classe et ils peuvent gêner les autres dans leur concentration. Il est aussi possible que cela soit source d'excitation pour ses camarades, qui sont en général très perméables aux comportements des autres et à l'ambiance environnante. De plus, c'est fatigant et source d'énervement pour les adultes.

5.3. L'impulsivité verbale

Basile fait partie de ceux (voire est celui) qui prennent le plus la parole en classe. Il fait de nombreuses remarques sur ce que dit l'institutrice ou même sur des conversations ne le concernant pas. L'institutrice écrit dans son compte-rendu qu'il « a tendance à monopoliser la parole ». Il est sans arrêt en train de discuter avec ses camarades. Parfois des questions lui échappent et il trouve les réponses pendant qu'il les pose. Il verbalise soudainement des idées ou un raisonnement qu'il se fait.

Il paraît clair que Basile ne peut s'empêcher de verbaliser ce qui lui passe par la tête. Il donne parfois l'impression de « penser tout fort ». Il réagit presque systématiquement aux discussions de ses camarades entre eux, de l'institutrice avec un autre enfant ou à un stimulus extérieur (« J'ai entendu untel dehors », « Tient, il y a un avion qui passe »...). Si l'institutrice pose une question pour laquelle il détient la réponse, il y répond immédiatement, apparemment sans prendre le temps de se demander si sa réponse est bien juste ou si la question se destine à un élève en particulier. L'institutrice le souligne dans le questionnaire de Connors (cf Annexes p. 81-82) en cochant l'indice maximum à l'item « répond sur l'impulsion du moment avant même la fin de la question ».

Et s'il lui est clairement demandé de laisser parler un camarade, il a beaucoup de mal à s'inhiber. Je l'ai par exemple vu en situation au tableau avec l'institutrice et une de ses camarades. Une question est posée et l'institutrice demande à Basile de ne pas dévoiler la réponse afin de laisser l'autre élève s'exprimer. Cette dernière met du temps à verbaliser une réponse et Basile, durant ce laps de temps, s'agite, ne tient plus en place, répète de nombreuses fois qu'il connaît la réponse et demande avec insistance s'il peut la dire. Il finira par donner la réponse avant elle. Cette situation montre à quel point il est difficile pour lui d'inhiber une réponse verbale.

La psychologue, dans son compte-rendu, décrit bien le fait que Basile verbalise au fur et à mesure le cours de ses pensées sans précédemment prendre le temps de les approfondir ou de les

organiser : « Il a du mal à rester fixé sur un sujet de discussion, il passe d'une chose à l'autre au gré de son inspiration et sans pouvoir approfondir sa pensée. »

Le compte-rendu des éducateurs précise qu'il est « toujours impliqué dans une conversation », qu'il « a besoin de capter l'attention » et qu'il a tendance à vouloir parler trop vite, et/ou la bouche pleine à table, ce qui rend le discours parfois incompréhensible. Sur les temps éducatifs, Basile a aussi tendance à monopoliser la parole, notamment pendant les temps de repas. Avec ses pairs et avec les éducateurs, il se montre impulsif et il n'est pas rare qu'il se fasse punir pour avoir coupé de nombreuses fois de suite la parole aux adultes.

- *Conséquences pour les autres :*

Cette impulsivité verbale semble donc être dérangeante pour les autres : ses camarades ont des difficultés à donner leur avis ou à avoir une chance de répondre à la question posée. Or, pour ces enfants souffrant de déficience mentale, montrer ses connaissances et se faire entendre est déjà souvent compliqué et source d'une faible estime de soi. Cette difficulté semble alors majorée. Adultes ou pairs, se faire couper la parole n'est pas agréable et peut parfois être mal vécu et/ou être source de frustration et de rancune.

En classe, les remarques à voie haute de Basile sont une source de distraction supplémentaire pour ses camarades. Cela risque d'altérer leur concentration.

- *Conséquences pour lui :*

Indirectement, cela devient alors dérangeant pour Basile. En effet, la frustration et l'incompréhension des autres peuvent les amener à en vouloir à Basile. Il semble que son impulsivité soit régulièrement source de conflits, autant avec ses pairs qu'avec les adultes. De plus, il se fait souvent punir ou critiquer en conséquence à ce manque d'inhibition. Cela risque notamment d'être source d'une baisse de l'estime de lui.

5.4. L'impulsivité motrice et cognitive

Basile a tendance à agir sans prendre le temps de réfléchir avant. Il ne planifie pas les tâches qu'il effectue. L'éducateur de l'atelier Espaces Verts écrit qu'il « fonce tête baissée, se saisit de la moindre idée et veut tout faire ». Il ne semble pas pouvoir prendre son temps pour effectuer une tâche, qu'elle soit scolaire ou non. L'institutrice évoque « un travail trop rapide qui est souvent bâclé » tandis que l'éducateur de l'atelier Espaces Verts, dans le même ordre d'idée, dit qu'il « est empressé à finir et néglige son travail ». Dans les relations avec ses pairs, Basile a tendance à arracher les objets des mains des autres, à s'immiscer dans les conversations ou dans les jeux.

Au niveau moteur, l'impulsivité semble se manifester lorsque Basile ne peut s'empêcher de saisir les objets à sa portée (sur son bureau, celui de son voisin ou même dans les mains des autres) ou lorsqu'il se lève brutalement de sa chaise.

- *Conséquences pour lui :*

Le travail que Basile effectue est souvent bâclé parce qu'il ne réfléchit pas à ce qu'il va faire, ne le planifie pas, s'empresse de mettre en pratique ses idées et est pressé de terminer. Beaucoup d'erreurs ou d'étourderies se ressentent alors dans le résultat final. Et en conséquence, la vérification de son travail étant une notion qui n'est pas encore acquise, le travail de Basile ne reflète pas ses réelles capacités. Basile recevra donc des notes, appréciations ou commentaires certainement dévalorisantes par rapport à son véritable niveau, et donc dévalorisantes pour lui-même.

- *Conséquences pour les autres :*

Le non-respect des tours de rôle, ne pas attendre les consignes pour commencer un exercice ou se lever au beau milieu d'un exercice ou d'une discussion peuvent amener ses camarades de classe à avoir un sentiment d'injustice, d'incompréhension. Des conflits peuvent en émerger.

5.5. Liens entre les troubles, détermination des capacités à travailler dans un 1^{er} temps

J'ai fait l'hypothèse, en me basant notamment sur ce qu'écrit Di Nuovo en 2007, que les difficultés d'attention seraient source d'une augmentation des déficits des fonctions cognitives qui sont d'autre part déjà altérées par la présence de la déficience mentale. L'association de troubles de l'attention importants avec le RM potentialiserait les difficultés de raisonnement, de perception, de mémorisation et de compréhension de Basile. Cela rendrait les apprentissages d'autant plus difficiles. Effectivement, des déficits de l'attention peuvent entraîner des difficultés à imiter, à automatiser, à détecter et corriger ses erreurs, à sélectionner les informations pertinentes aux apprentissages... En résumé, je n'ai pas vraiment d'indices permettant de dire que certaines difficultés sont secondaires au trouble attentionnel, toutefois j'émets l'hypothèse que cette inattention les majore. De ce point de vue, l'amélioration des capacités attentionnelles est une priorité afin de faciliter les apprentissages et donc l'évolution dans d'autres domaines psychomoteurs et scolaires.

C'est ainsi que j'ai décidé de placer l'attention comme étant le premier axe de mon travail avec Basile. Comme je l'ai détaillé plus haut, il me semble que c'est l'incapacité à résister à répondre aux stimuli extérieurs qui contribue à ce que Basile ait d'importantes difficultés de

concentration. Un exercice par séance sera donc consacré à l'entraînement de cette compétence et à la réflexion avec Basile concernant des stratégies afin de maintenir son attention.

Un travail sur l'inhibition m'a aussi semblé prioritaire. En effet, l'impulsivité de Basile a de nombreuses répercussions néfastes sur son entourage et sur lui-même. Prendre le temps avant d'agir ou de parler lui permettrait, à priori, de pouvoir mieux exploiter ses capacités et d'être moins en conflit avec les autres. D'autre part, d'après Tipper et Al. (1991, in Valeille & Matura, 2009), la résistance à la distraction serait liée à des mécanismes d'inhibition qui sont actifs et volontaires. Camus (1997) souligne l'importance du rôle de l'inhibition des réponses aux stimuli non pertinents afin de focaliser l'attention. D'après Gomez Corr, (2010, in Quartier & Nashat, 2011) le système d'inhibition comportemental (BIS) permet, entre autres, d'augmenter la vigilance et de focaliser l'attention sur des indices pertinents de l'environnement. Or Quay (in Quartier & Nashat, 2011) suggère que le TDA/H pourrait être engendré par une sous-activation de ce système.

L'inhibition semble donc tenir un rôle important dans les capacités attentionnelles, notamment pour résister à la distraction. Placer l'inhibition comme second axe de travail permettrait ainsi de faciliter la progression du premier. Cela m'a confortée dans mon choix et j'ai donc décidé de consacrer le second exercice à la gestion de l'impulsivité. Restait à trouver les exercices. L'inhibition étant un vaste domaine, de nombreuses idées me sont venues et mes lectures m'en ont apporté beaucoup (trop) d'autres.

Il m'est alors apparu nécessaire de préciser le type d'impulsivité à travailler. Les objectifs risqueraient pour Basile de paraître flous, et la prise en charge décousue, si je ne le faisais pas. L'impulsivité verbale de Basile, lors de mes observations en classe, m'avait marquée. Je l'ai jugée excessive et ayant des répercussions importantes sur le fonctionnement de la classe. D'ailleurs, l'institutrice la mettait en avant dans le questionnaire et dans son compte-rendu concernant Basile. J'ai aussi pu me rendre compte de l'impact sur sa vie quotidienne lorsque j'ai assisté à un conflit avec un adulte après que Basile lui ait coupé plusieurs fois la parole. C'est pourquoi j'ai décidé d'axer plus précisément la prise en charge sur l'impulsivité de type verbale. Tout en espérant que les apprentissages faits grâce à ces exercices puissent se généraliser et faciliter l'inhibition de manière plus globale.

Un autre point essentiel à prendre en compte dans la prise en charge de Basile me semble être la motivation. Il donne souvent l'impression d'en manquer, notamment concernant les apprentissages scolaires. L'institutrice lui demande d'ailleurs régulièrement de faire plus d'efforts. Il a besoin que sa maîtresse le sollicite plusieurs fois pour se mettre au travail. Je me demande s'il comprend l'intérêt qu'il a de travailler en classe, en séance d'orthophonie et de psychomotricité.

L'IME lui offre un cadre sécurisant où l'accent n'est pas mis sur les résultats. Fournir des efforts paraît lui être très coûteux et il ne semble pas arriver à prendre en compte l'objectif futur que lui permettra d'atteindre cet effort. Par exemple, Basile aimerait être admis partiellement en SEGPA (Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté) et voudrait même devenir ingénieur, cependant ces objectifs semblent être trop éloignés dans le temps pour qu'il puisse fournir les efforts nécessaires en classe.

Quels que soient la prise en charge et le type de public, la motivation est de toute manière à prendre en compte et à ne pas négliger. En effet, sans motivation du sujet lui-même, le psychomotricien ne peut pas amener l'enfant à progresser. Mes lectures m'ont amenée à la considérer comme un facteur essentiel à prendre en compte dans le cas de Basile. Effectivement, la littérature évoque un déficit motivationnel non seulement chez le TDA/H (Tomasi & Volkow, 2011 ; Sonuga-Barke, 2003, 2005, in Quartier & Nashat, 2011), mais aussi chez le déficient mental (Dumas, 2007). Si l'on considère que Basile présente ces 2 syndromes à la fois, la motivation apparaît alors comme un aspect prioritaire.

Le travail psychomoteur effectué avec Basile s'organise donc en trois axes principaux :

- **L'attention, et plus spécifiquement la résistance à la distraction au moyen d'un exercice par séance**
- **L'inhibition, plus spécifiquement l'inhibition d'une réponse verbale au moyen d'un second exercice par séance**
- **La motivation, au moyen d'aménagements, de renforcements, d'auto-évaluations...**

6. En résumé : double diagnostic RM + TDA/H

Nous avons vu que Basile présente tous les critères évocateurs d'un RM léger. Cependant, les descriptions ci-dessus évoquent le tableau symptomatologique du TDA/H. En effet, on retrouve la triade symptomatologique avec des signes prédominants d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité. J'ai donc voulu savoir si Basile répondait aux critères diagnostics du TDA/H. Pour cela, et afin d'être la plus objective possible, j'ai évalué la présence ou non des critères DSM-IV-TR grâce à plusieurs avis : celui de l'institutrice (par l'intermédiaire du questionnaire de Connors (cf Annexes p. 81-82), celui de ma maître de stage et le mien.

Les critères soulignés ont été retrouvés chez Basile :

- A) Présence de (1) ou de (2) :

(1) Six des symptômes suivants d'inattention (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Inattention : On retrouve les 9 symptômes chez Basile (voir Partie théorique p. 6).

(2) Six des symptômes suivants d'hyperactivité/impulsivité (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Hyperactivité : On retrouve les 6 symptômes chez Basile (voir Partie théorique p. 6).

Impulsivité : On retrouve les 3 symptômes chez Basile (voir Partie théorique p. 7).

- B) Certains des symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans.

De 5 à 10 ans, la psychomotricienne du SESSAD travaillait les capacités attentionnelles avec Basile (voir 1.2. p. 32).

- C) Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux ou plus de deux types d'environnement différents (par exemple, à école – ou au travail – et à la maison).

On relève de nombreuses gênes fonctionnelles liées à la triade symptomatique (voir 5. p. 43 à 49).

- D) On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

Le fonctionnement scolaire est clairement altéré puisque Basile est scolarisé en IME (mais les difficultés proviennent aussi du RM), le fonctionnement social est altéré du fait de sa tendance à monopoliser et à couper la parole (voir 5. p. 43 à 49).

- E) Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un Trouble envahissant du développement, d'une Schizophrénie, ou d'un autre Trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (par exemple, Trouble thymique, Trouble

anxieux, Trouble dissociatif ou Trouble de la personnalité).

On ne retrouve aucun signe évocateur de ces pathologies.

Basile répond donc à l'ensemble des critères, et les critères A1 et A2 sont satisfaits pour les 6 derniers mois. Cela suggère qu'il présente un déficit de type mixte (ou combiné) avec les 3 types de symptômes au premier plan : inattention, hyperactivité et impulsivité.

→ **Ainsi Basile semble répondre à la fois aux critères diagnostics du RM et du TDA/H.**

Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, le DSM-IV-TR précise que « Chez les sujets atteints d'un Retard Mental, on ne doit faire un diagnostic additionnel de Déficit de l'Attention/Hyperactivité que si les symptômes d'inattention ou d'hyperactivité sont excessifs pour l'âge mental de l'enfant. ». Alors comment savoir si tel est le cas ?

➤ En se basant sur les tests :

Les tests mesurant les capacités d'attention et d'inhibition montrent un déficit important, même lorsqu'on compare Basile à des échantillons d'enfants d'âges inférieurs.

➤ En se basant sur les observations cliniques :

Basile est un jeune qui se démarque de ses camarades justement par sa distractibilité facile, par son impulsivité pour dire et faire les choses, et par son agitation motrice. Ce sont toujours ces mêmes éléments qui ressortent dans les comptes-rendus et dans les dires des autres professionnels. Ainsi, il paraît clair que ces symptômes sont prégnants chez lui par rapport à ses camarades d'IME, qui ont environ le même âge mental que lui.

Pour ces raisons, il me semble que Basile répond à la condition décrite par le DSM-IV-TR. Les symptômes correspondant au TDA/H sont excessifs pour son âge mental, et on peut ainsi parler de double diagnostic RM + TDA/H.

Je précise que Basile ne possède pas de signes caractéristiques évocateurs de syndromes chez lesquels ces deux diagnostics se retrouvent souvent, tels que l'X fragile, le syndrome de Williams-Beuren, l'autisme ou la Neurofibromatose de type 1.

Chapitre 2. La prise en charge psychomotrice et ses adaptations

Ayant fait l'hypothèse que Basile présente le double diagnostic de RM + TDA/H, je me suis largement inspirée des enseignements que j'ai reçus concernant le traitement psychomoteur du TDA/H (Marquet-Doléac, 2011) pour sa prise en charge. Il est cependant nécessaire, dans toute prise en charge psychomotrice, de ne pas considérer seulement les symptômes psychomoteurs, mais aussi de prendre en compte la personne dans sa globalité, en considérant les particularités de l'individu.

Dans le cas de Basile, ma prise en charge a tenu compte de certaines caractéristiques que j'ai déjà évoquées plus haut, telle que l'intolérance à la frustration, l'anxiété et le fort investissement du langage oral. Mais l'élément qui a le plus influencé ma prise en charge, par rapport à une prise en charge « classique » d'un TDA/H, est sans doute le RM, avec les déficits qui lui sont liés.

À partir de la description de la prise en charge que j'ai mise en place auprès de Basile, je mets en évidence dans ce chapitre les adaptations et les aménagements en lien avec les caractéristiques liées à son double diagnostic de RM + TDA /H.

Les spécificités de chacun étant différentes, et cela étant particulièrement vrai pour les enfants avec RM car ils présentent en général un développement hétérogène (Misès, 1975, in Guidetti & Tourette, 1999) et hétérochrone (Zazzo, 1960, in Guidetti & Tourette), ma démarche concernant Basile n'est pas transposable à tous les enfants présentant un double diagnostic de RM + TDA/H. Les ajustements dépendent de la sévérité du TDA/H et du RM, des caractéristiques et des besoins propres à chaque enfant. J'essaie cependant, grâce à des encadrés, de mettre en évidence dans ce chapitre des lignes directrices qui pourraient être généralisées à l'ensemble des enfants présentant ce double diagnostic de RM + TDA/H. Pour cela, je tente de distinguer des spécificités liées d'une part à la présence du RM et d'autre part liées au TDA/H et d'en tirer les conséquences au niveau de la prise en charge psychomotrice.

J'expose donc ici des aspects de la prise en charge psychomotrice de Basile, avec la structuration des séances, ma démarche concernant la priorisation des objectifs de travail, le choix et l'adaptation des exercices, la favorisation de la motivation et la collaboration avec l'institutrice. **En fin de chaque partie, les encadrés permettront de résumer et de tirer des lignes directrices concernant la prise en charge des enfants concernés par le double diagnostic RM + TDA/H.**

1. La structuration des séances

Établir un cadre stable, précis et structuré est l'un des principes de base, aussi bien pour la prise en charge des enfants avec TDA/H ou avec RM.

Afin de favoriser les apprentissages, l'anticipation, la motivation et l'estimation temporelle chez Basile, chaque séance était toujours rythmée de la même manière grâce à des invariants :

- *Le rituel d'accueil*

On demande la date du jour et comment il se sent, s'il va bien. Je lui expose le déroulement de la séance avec la succession de jeux qui est prévue.

- *L'utilisation de l'horloge*

Dans un premier temps, je demande à Basile de placer les aiguilles à l'heure réelle, en début de séance. A la suite de chaque jeu, je lui demande combien de temps pense-t-il qu'il s'est écoulé du début jusqu'à la fin de la partie, et je l'aide à déplacer les aiguilles selon le temps estimé. Ensuite nous comparons l'heure indiquée par notre horloge à l'heure réelle, et s'il existe un écart nous re-déplaçons les aiguilles afin d'indiquer l'heure correcte. Cela permet d'entraîner Basile à l'estimation temporelle et permet de mettre en évidence les distorsions, qui sont fréquentes.

- *La réalisation de deux jeux*

Je prévois toujours deux jeux pour chaque séance, en précisant leur objectif global avant d'expliquer les règles :

- Le premier a pour objectif de travailler la **résistance aux distracteurs** ; Puis, mes axes de travail ayant changé (cf 3. Les exercices p. 57), ce premier exercice a par la suite été consacré au travail sur **l'impulsivité cognitive et le maintien de l'attention**.
- Le second a pour objectif de travailler **l'inhibition d'une réponse verbale automatique**.

Parfois, un troisième jeu pouvait être ajouté en fin de séance. Il représentait alors un renforcement et pouvait être utilisé dans le cadre du principe de Premack (aussi appelé la loi de grand-maman : « On jouera à ça après avoir fait ces 2 premiers jeux. »).

Le déroulement et les étapes de chaque jeu étaient précisés afin que Basile puisse comprendre et anticiper la progression.

- *L'utilisation de grilles d'évaluation*

A la suite de chaque jeu ou exercice, je demandais à Basile de remplir une grille d'auto-évaluation (cf Annexes p. 83) afin qu'il puisse réfléchir sur les comportements qu'il a eu. Ce support permettait de pouvoir revenir avec lui sur sa perception des moments d'inattention, impulsivité et agitation, de lui donner un feedback sur ces comportements, de renforcer ses efforts et d'encourager l'auto-renforcement.

Je remplissais de mon côté ma propre grille d'évaluation (cf Annexes p. 83) afin de pouvoir comparer mes impressions aux siennes et de pouvoir mieux cerner la variabilité de son comportement selon le type de tâche.

- *Objectifs en classe*

Afin de favoriser la généralisation des progrès en classe, à la fin de chaque séance, nous choissions ensemble un petit objectif, en rapport avec le travail effectué en séance, à réaliser lors des temps de classe (cf 5. La collaboration avec l'institutrice p. 67). Ce « défi » était symbolisé par une fiche qu'il gardait sur son bureau le temps de classe afin qu'il le garde bien en tête et qu'il puisse y noter des croix ou des informations concernant sa bonne réalisation de l'objectif. Ces objectifs avaient été prédéterminés au préalable avec l'institutrice et restaient relativement simples afin que Basile se sente capable de les réaliser et que sa motivation soit ainsi maintenue.

Instaurer un cadre stable a été important pour Basile, et voici, de manière schématique et simplifiée, quels liens peuvent être faits entre les caractéristiques, les besoins des enfants avec RM + TDA/H et la mise en place d'un tel cadre :

TDA/H : déficit de la perception temporelle¹

→ Il est nécessaire de structurer et de matérialiser le temps. Ici j'ai utilisé l'horloge (et nous verrons plus tard (cf 5. Collaboration avec l'institutrice p.67) que j'ai aussi utilisé le chronomètre).

TDA/H et RM : anxiété souvent associée²

RM : repérage temporel souvent difficile

→ Il faut structurer le temps et les activités, créer des repères invariants et sécurisants, être prévisible et permettre une anticipation.

¹ Barkley, 1997, in Albaret & Soppelsa, 2008

² Franc & Coll, 2010

RM : difficultés pour automatiser les apprentissages³

→ Ici j'ai choisi de travailler uniquement 2 axes par séances, et cela sur de nombreuses séances.

TDA/H ou RM : déficit motivationnel⁴

→ Structurer le temps et les activités permet à l'enfant de se repérer dans la progression de la séance et du jeu et favorise donc le maintien de sa motivation.

En résumé :

RM : anxiété souvent associée, repérage temporel souvent déficitaire, manque de compréhension⁵ et d'anticipation, automatisation difficile

TDA/H : anxiété et troubles du comportement souvent associés, perception temporelle souvent déficitaire

→ Il est nécessaire de créer un cadre stable, précis et structuré.

2. La priorisation des objectifs

La priorisation des objectifs sera différente selon si on se trouve dans le cadre d'un RM seul, d'un TDA/H seul ou d'un RM + TDA/H.

Concernant l'enfant avec RM, de nombreuses capacités sont atteintes, et le choix des compétences psychomotrices à travailler en priorité dépendra de l'hétérogénéité du profil, des dynamiques d'évolution dans les différents domaines, des interactions possibles entre les troubles et de l'importance des gênes au quotidien.

Concernant l'enfant avec TDA/H, les 3 symptômes prédominants sont l'inattention, l'impulsivité et l'agitation. Le travail psychomoteur visera donc généralement l'atténuation de ces symptômes. Cependant, selon les modèles théoriques sur lesquels on se base et selon l'origine

³ Guidetti & Tourrette, 1999

⁴ Dumas, 2007

⁵ Dumas, 2007

présumée des symptômes, le travail ne porte pas toujours sur les mêmes capacités. Par exemple, Barkley suggère que le déficit initial concerne l'inhibition, tandis que pour Sonuga-Barke l'explication se trouverait plutôt dans un dysfonctionnement du circuit motivationnel ou un déficit des processus temporels ; de nombreux autres modèles existent (Quartier & Nashat, 2011).

Concernant l'enfant avec RM + TDA/H, les 3 symptômes prédominants sont aussi l'inattention, l'impulsivité et l'agitation, mais plusieurs autres domaines sont également significativement atteints. Il est alors particulièrement important d'analyser les interactions entre les troubles.

Quels sont les déficits les plus gênants pour les apprentissages ? Est-ce que certains déficits sont secondaires à d'autres ? Est-ce que ce sont les symptômes du TDA/H sont à l'origine ou majorent les troubles cognitifs ? Est-ce que certains déficits liés au RM majorent ou renforcent la symptomatologie du TDA/H ?

J'ai effectué cette démarche d'analyse et de hiérarchisation des objectifs dans la partie précédente (voir 5.5. p. 47 à 49) et deux points importants semblent en ressortir :

1) Les difficultés d'apprentissage liées au RM sont certainement majorées par le déficit attentionnel lié au TDA/H

→ Travailler les capacités attentionnelles semble une priorité afin de minimiser au maximum les difficultés d'apprentissage afin que le sujet puisse acquérir le maximum de savoir-faire que lui permet son handicap mental et qu'il ne soit pas sur-pénalisé par ses troubles attentionnels.

2) Les déficits motivationnels liés au RM et au TDA/H semblent s'additionner

→ La motivation est un facteur important à prendre en compte afin de maximiser l'efficacité de la prise en charge de l'enfant.

En résumé :

RM : les difficultés concernent de nombreux domaines, les troubles interagissent entre eux

TDA/H : les difficultés prédominent sur l'attention, l'inhibition et l'agitation, ces difficultés peuvent avoir des conséquences sur les apprentissages

→ La démarche est importante : il est nécessaire de bien évaluer les troubles et leur

dynamique d'évolution, d'essayer de déterminer les liens et les interactions existants, notamment concernant le retentissement de la symptomatologie du TDA/H sur les difficultés déjà présentes liées au RM.

3. Les exercices

Les apprentissages se faisant lentement et difficilement chez Basile, j'ai décidé de cibler le travail psychomoteur sur uniquement deux compétences, et cela sur un nombre important de séances. Cela permet un travail sur le long terme grâce à des entraînements répétés. Toutefois, de manière à maintenir sa motivation et son attention pendant les exercices, j'ai utilisé des jeux ludiques, courts et différents à chaque séance.

J'ai donc utilisé de nombreux jeux que j'ai adaptés afin d'axer précisément le travail sur la compétence voulue et afin de ne pas mettre en difficulté Basile concernant ses capacités de perception, de vitesse de traitement, de raisonnement abstrait ou autre... Selon les jeux, les adaptations peuvent correspondre, selon les cas, à des modifications complètes des règles du jeu, à une simplification, à la mise en place d'aides, etc. J'ai découpé, chaque fois qu'il était possible, les jeux de manière à permettre une évolution progressive de la difficulté et à pouvoir ainsi toujours m'adapter au niveau de Basile.

D'autre part, afin de faciliter au maximum sa compréhension, j'ai essayé de rendre au maximum mes consignes simples, explicites et courtes et de les soutenir par des démonstrations.

Afin de m'adapter aux difficultés spécifiques de Basile tout en prenant en compte ses besoins motivationnels, j'ai utilisé au maximum des jeux attractifs et généralement connus des adolescents, mais tout en mettant en place des simplifications. Lorsque c'était possible j'ai prévu des paramètres réajustables pendant le jeu en fonction des difficultés ou des facilités observées chez Basile afin de pouvoir être en accord tout au long de la partie avec son niveau, qui peut parfois être fluctuant.

3.1. Exercices d'inhibition verbale

L'objectif de ces exercices était une prise de conscience de l'impulsivité verbale puis un travail sur l'inhibition. Les buts des jeux étaient tous en lien avec l'inhibition, pour gagner il était

nécessaire d'inhiber des réponses verbales et selon le type de jeu, il pouvait être nécessaire de remplacer ou de reporter la réponse dans le temps.

- *Le UNO (cf Annexes p.84)*

- Modification complète des règles : les cartes sont retournées une par une, Basile doit les nommer au fur et à mesure puis, lors d'un second temps, il doit nommer l'avant-dernière carte retournée (qui est cachée par la dernière). Il doit donc inhiber la première réponse lui venant à l'esprit, c'est-à-dire la carte qu'il a sous les yeux et qu'il doit mémoriser.

- Progression de la difficulté : au départ je demande d'utiliser la couleur afin de nommer la carte ; lors d'une seconde manche, c'est le chiffre qu'il faut énoncer.

- Mise en place d'aides : l'aider dans la recherche de stratégie efficace, verbalisation des actions à réaliser, indiçage...

- Mise en place d'un système de renforcement de type économie de jetons afin de maintenir la motivation.

- *Le Time's up (cf Annexes p.84)*

- Simplification : il faut deviner, à partir de descriptions, des objets (et non de célébrités). Afin de faciliter la recherche, tous les objets sont énoncés avant de débiter le jeu.

- Pour axer la difficulté sur l'inhibition verbale : les objets à deviner appartiennent à des mêmes catégories, leur description est donc proche ce qui augmente la tentation à nommer un autre objet.

- Progression de la difficulté : Première manche avec 2 joueurs qui s'affrontent simultanément, Basile doit être le 1^{er} à trouver la bonne réponse, il peut verbaliser toutes les réponses qui lui viennent à l'esprit ; Deuxième manche : les joueurs jouent l'un après l'autre. Lorsque ce n'est pas son tour, Basile doit inhiber toute réponse ou remarque (par exemple « Moi je sais ! ») ; Troisième manche : idem mais les joueurs doivent maintenant donner la bonne réponse du 1^{er} coup ;

- Quatrième manche : il faut toujours donner la bonne réponse du 1^{er} coup mais les 2 joueurs rejouent en même temps, il faut donc donner très rapidement la réponse pour être le premier mais à la fois être certain de sa réponse.

- *Le Quick (cf Annexes p.84)*

- Simplification et progression de la difficulté : j'ai organisé à l'avance l'ordre d'apparition des cartes afin que les associations de cartes « Lettre » et « Catégorie » débouchent sur des réponses évidentes et que les associations les plus simples apparaissent au début du jeu.

- Pour axer la difficulté sur l'inhibition verbale : Basile doit être rapide car il doit être le 1^{er} à donner une réponse mais il doit à la fois inhiber les premières réponses qui lui viennent à l'esprit

pour donner une réponse valide du 1^{er} coup.

- Mises en place d'aides : aide à la recherche de stratégies efficaces, aide à la représentation mentale...

- *Le Dobble (cf Annexes p.84)*

- Simplification : j'ai sélectionné à l'avance les cartes afin de limiter la diversité de symboles à comparer.

- Pour axer la difficulté sur l'inhibition verbale : lors d'une première manche, lorsqu'un joueur trouve 2 symboles identiques, il doit nommer le symbole pour remporter les cartes. Lors d'une seconde manche, le nom correspondant au symbole doit être inhibé et doit être remplacé par un mot commençant par la même lettre.

- *Le Bazar-Bizarre (cf Annexes p.84)*

- Simplification : j'ai trié les cartes de façon à ce que Basile n'ait qu'une seule règle à mémoriser : l'objet à trouver n'est présent ni dans sa forme ni dans sa couleur sur la carte.

- Pour axer la difficulté sur l'inhibition verbale : la réponse doit être verbale, il faut dire ou crier le nom de l'objet correspondant (et non l'attraper). Il faut être rapide mais la bonne réponse doit être donnée du 1^{er} coup, or de nombreuses réponses viennent à l'esprit, il est nécessaire de les inhiber.

- Mises en place d'aides : guidage verbal, aide à la recherche de stratégies...

- *Le Foutrak (cf Annexes p.84)*

- Simplification et progression de la difficulté : j'ai organisé à l'avance l'ordre d'apparition des cartes.

- Pour axer la difficulté sur l'inhibition verbale : j'ai sélectionné les cartes et organisé une première manche où Basile doit mimer de façon gestuelle et sonore à la fois, puis une seconde manche où Basile doit, selon les situations, mimer de façon gestuelle et sonore à la fois ou mimer de façon gestuelle seulement en inhibant la réponse verbale/sonore. Il est donc nécessaire pour Basile d'inhiber une réponse verbale automatique en lien avec une réponse motrice.

- Mises en place d'aides : guidage verbal, orientation de l'attention sur les informations pertinentes...

- *Le Jungle Speed (cf Annexes p.84)*

- Simplification : il faut être le 1^{er} à répondre lorsque 2 cartes sont de la même couleur (et non de la même forme).

- Pour axer la difficulté sur l'inhibition verbale : La première manche est suffisamment longue pour

s'habituer à une réponse qui doit devenir automatique : il faut attraper le totem tout en disant « Jungle ! ». Lors de la deuxième manche, il faut dire le nom de la couleur qui apparaît 2 fois. Il est ainsi nécessaire d'inhiber la réponse verbale automatique « Jungle ! » pour la remplacer par une autre. La troisième manche est identique à la première dans le but de ré-automatiser la réponse « Jungle ! ». Lors de la dernière manche, il faut inhiber toute réponse verbale, c'est-à-dire que la seule réponse à donner est d'attraper le totem.

- *Le « Ni oui ni non »*

- Progression de la difficulté : la consigne consistant à ne pas employer les mots « oui » ou « non » est d'abord utilisée au cours d'une simple discussion et peut donc facilement être maintenue en mémoire. Puis elle est utilisée au cours d'un jeu, l'attention de Basile est donc orientée sur plusieurs éléments à la fois, l'inhibition du « oui » et du « non » est alors plus difficile.

- Mise en place d'aides : aide à l'orientation de l'attention, aide à la mise en place de stratégies...

3.2. Exercices de résistance aux distracteurs

L'objectif de ces exercices était une prise de conscience des moments d'inattention grâce à l'apport de feedbacks ainsi qu'un entraînement pour résister à diriger son attention vers des stimuli non en rapport avec la tâche.

- *Jeu de balle*

Le but du jeu pour Basile est de rattraper et renvoyer correctement une balle sans se laisser distraire par les feintes et les stimuli que je crée à l'aide de ma maître de stage dans le but de détourner son attention du ballon. Ce jeu permet ainsi la mise en évidence des moments où Basile n'a pas été attentif. Le fait qu'il « oublie » de rattraper une balle et qu'elle tombe au sol constitue un feedback de sa distractibilité.

- *Jeux informatiques*

Le but du jeu est que Basile donne un signal sonore (dise « top ») au bon moment, c'est-à-dire lorsqu'apparaît l'image cible qui a été déterminée à l'avance. Il ne doit pas se laisser distraire ni par les stimuli intérieurs au jeu (images et sons produits par l'ordinateur) ni par les stimuli extérieurs (mouvements, attitudes déstabilisantes, phrases ou sons créés par mon action et celle de ma maître de stage). J'ai utilisé 2 Powerpoint différents de ce même principe à 2 séances différentes.

- *Lecture de charades*

Les temps de lecture étant des situations où Basile est très facilement distrait, je souhaitais travailler spécifiquement cet aspect-là avec lui. Basile aurait dû lire et analyser la charade pendant que nous créons des distracteurs. Il n'a cependant pas voulu pleinement se prendre au jeu, ses difficultés de lecture l'ont rendu opposant à poursuivre. Ce jeu a donc finalement été un échec.

3.3. Exercices pour l'impulsivité cognitive et le maintien de l'attention

Après quelques séances je me suis rendu compte que les exercices mis en place pour travailler la résistance à la distraction n'étaient pas appropriés. Basile avait peu de difficultés pour ignorer les distracteurs et pour se concentrer sur la tâche. En effet la situation créée n'était pas suffisamment écologique. Les distractions que nous introduisons en séances étaient moins intéressantes que les discussions de ses camarades en classe et les tâches que nous proposons étaient plus ludiques et motivantes que les exercices proposés en classe.

Et, dans cette même période de temps, grâce aux entretiens avec son institutrice, j'ai pu m'apercevoir de l'importance d'un autre problème en classe : celui de la vitesse d'exécution des exercices. Effectivement, Basile bâcle ses exercices en les réalisant beaucoup rapidement. Cela interfère beaucoup dans la qualité de son travail.

J'ai donc décidé de modifier mes axes de travail. J'ai abandonné le travail en séance sur la résistance aux distracteurs au profit d'un nouvel axe qu'on pourrait résumer par « travailler lentement pour travailler bien ».

Pour cela, il m'a semblé judicieux d'apprendre à Basile à utiliser le soliloque, puisque j'ai remarqué qu'aucun signe (chuchoter, remuer les lèvres...) n'indiquait qu'il l'utilisait. Or l'utilisation du soliloque en tant que technique d'autocontrôle permet de maintenir l'attention, de planifier, de ralentir et de réfléchir pour faire (maîtrise de l'impulsivité). En effet le soliloque a notamment une fonction inhibitrice (Luria, 1961, in Albaret, 2006), une fonction d'autoguidage et d'autorégulation (Vygotsky, 1962, in Albaret, 2006), et il favorise la focalisation de l'attention (Vygotsky, 1962, in Albaret, 2006). Afin de faciliter la généralisation de l'utilisation du soliloque en classe, j'ai utilisé des exercices de type papier-crayon comme support.

Les caractéristiques liées à l'enfant nous influencent dans le choix des jeux, leur adaptation, l'explication des règles à l'enfant et la manière d'y jouer. Voici, de manière encore une fois

schématique, comment j'ai pris en compte la présence à la fois du RM et du TDA/H dans ma façon de choisir et de préparer les jeux avant la séance, puis de les appréhender et de les expliquer en séance :

TDA/H : présence d'un déficit attentionnel et motivationnel, l'enfant préfère les exercices ludiques, courts et variés⁶

RM : les apprentissages sont lents et nécessitent un travail long et répété sur la même acquisition

→ Le travail psychomoteur doit se limiter à quelques acquisitions à la fois et doit s'étendre sur de nombreuses séances, mais grâce à des exercices courts, variés et suffisamment ludiques.

RM : présence de difficultés multiples et notamment de compréhension, d'abstraction, de perception et de raisonnement...

TDA/H : les performances cognitives fluctuent beaucoup⁷

→ Il est nécessaire d'adapter les jeux proposés, avec des paramètres ré-ajustables pendant le déroulement du jeu en fonction du niveau de l'enfant.

RM : l'abstraction est difficile

→ Proposer des supports concrets, matérialiser.

RM : la compréhension est difficile⁸

→ Il faut donner des consignes simples et courtes et utiliser des démonstrations.

→ On peut aussi exagérer les communications non verbales, utiliser une manche d'exemple et s'assurer de la compréhension en demandant par exemple à l'enfant de reformuler.

RM ou TDA/H: la confiance en soi est souvent faible⁹

→ Il faut donc favoriser la réussite de l'adolescent.

→ On peut pour cela augmenter progressivement la difficulté, utiliser un guidage (qu'on estompera peu à peu) et se mettre à son niveau (si on entre en compétition avec lui).

TDA/H ou RM : l'enfant utilise peu le langage intériorisé¹⁰

→ On peut favoriser l'utilisation du soliloque dans le but d'améliorer l'autorégulation.

⁶ Marquet-Doléac et Al., 2005

⁷ Dumas, 2007

⁸ Guidetti & Tourrette, 1999

⁹ Dumas, 2007 ; Thomas & Willems, 2001

¹⁰ Berk & Potts, 1991, Winsler et Al., 2000 ,in Dumas, 2007 ; Beeghly & Cicchetti, 1997 in Dumas, 2007

4. La motivation

Comme je l'ai déjà évoqué (voir 5.5. p. 47 à 49), Basile m'a semblé présenter un certain déficit motivationnel, de plus cet aspect est apparu plusieurs fois lors de mes lectures concernant le TDA/H ou le RM.

Afin d'atteindre mon but, c'est-à-dire diminuer les comportements de distraction et d'impulsivité de Basile, j'ai supposé qu'il était au préalable nécessaire qu'il :

- 1) Prenne conscience de ces comportements et de leurs conséquences
- 2) Comprenne comment les modifier
- 3) Croie suffisamment en sa capacité à pouvoir les modifier et en sa capacité à réussir (en relation avec l'estime de soi)
- 4) Soit motivé à réaliser les exercices d'entraînement que je lui propose et qu'il soit motivé à travailler en classe (son inattention est peut-être en partie liée à un déficit motivationnel).

4.1. La prise de conscience des comportements problèmes et de leurs conséquences

Basile a conscience qu'il est un enfant agité et distrait, le compte-rendu de la psychologue de l'IME le montre bien : « Il peut dire qu'il a du mal à rester assis, qu'il a besoin d'action : bouger, jouer, poser des questions... » ; « Il reconnaît aussi qu'il a du mal à se concentrer, ce qu'il entend du reste dire assez souvent et par de nombreuses personnes qu'il me cite. Leurs paroles ont un certain poids, permettant une prise de conscience de ses difficultés. Mais Basile ajoute aussitôt que ce n'est pas sa faute, que c'est plus fort que lui : « C'est pas moi qui décide, c'est le cerveau » ».

Dans mes discussions avec lui, j'ai aussi pu voir qu'il se rend compte de ses difficultés attentionnelles, ainsi que de son impulsivité. Il sait que ça ne lui facilite pas la vie, mais je ne suis pas en mesure de dire s'il a pleinement conscience des décrochages ou de ses comportements impulsifs aux moments précis où il les réalise. De plus, je ne sais pas s'il se rend compte de toutes les conséquences, tant au niveau scolaire, relationnel ou familial que cela peut avoir.

Pour ces raisons, j'ai pensé qu'il était nécessaire, afin de permettre un travail efficace sur ces notions et afin de viser la généralisation, de favoriser en séance de psychomotricité la prise de conscience de son impulsivité verbale, de sa distractibilité et de leurs conséquences.

Pour cela, j'ai utilisé 3 principaux outils :

- *L'utilisation de feedbacks*

J'indiquais à Basile chaque fois qu'il coupait la parole ou que son attention portait sur quelque chose sans rapport avec la tâche (hors exercices réservés à l'entraînement à la résistance aux distractions). Je reprenais alors la situation avec lui en faisant ressortir mon point de vue et l'impression qu'il peut donner de l'extérieur.

De plus, dans tous les jeux que j'ai utilisés, la réussite ou non de la tâche dépendait de la fréquence des comportements impulsifs ou distraits.

- *L'auto-observation*

Après chaque exercice de chaque séance, Basile remplissait une grille d'auto-évaluation (cf Annexes p. 83). Elle exigeait un retour et une analyse de ses propres comportements qui avaient eu lieu quelques minutes plus tôt. Elle a donc été utile en tant « qu'entraînement » pour Basile afin qu'il prête plus attention et qu'il réfléchisse davantage sur ses comportements. Et elle m'a permis, en comparant ses résultats à mes propres observations, d'évaluer le niveau de conscience qu'il en a et de savoir si ses perceptions étaient erronées ou non.

- *La mise en évidence des conséquences*

J'ai discuté avec Basile de plusieurs situations de sa vie quotidienne où son inattention, mais surtout son impulsivité, posent problème pour lui ou pour les autres.

Par exemple, en prenant le fait qu'il coupe souvent la parole à la maitresse, j'ai pu mettre en évidence avec lui quelques conséquences que cela a sur les autres. Je me suis placée du point de vue de l'institutrice avec lui, en faisant ressortir qu'elle est coupée alors qu'elle était en train de dire quelque chose, qu'elle ne peut pas terminer sa phrase et qu'elle peut donc être agacée. De plus, les autres étant en train d'écouter, ils n'ont pas pu avoir la fin de l'information et leur compréhension en sera peut être altérée, etc...

Bref, sa vigilance et la nôtre étaient centrées sur les comportements d'inattention, d'impulsivité et d'agitation, ce qui lui a permis, il me semble, de mieux en mieux en avoir conscience.

4.2. Comprendre comment ces comportements sont modifiables

- *Par l'entraînement*

J'ai expliqué à Basile que s'il faisait les exercices que je lui proposais avec sérieux, il aurait plus de chances de progresser rapidement.

- *Par l'utilisation de stratégies*

J'ai cherché avec lui et je lui ai proposé des stratégies pour augmenter son attention et son inhibition. Le problème est la réutilisation de ces stratégies dans d'autres contextes. Un des moyens trouvés pour favoriser cette réutilisation en classe a été l'utilisation des « fiches défi » (dont le principe a été décrit dans 1. La structuration des séances p. 53 à 55).

- *Par la production d'efforts*

Un changement ne se fait pas sans effort. Il faut pour cela que Basile ait réellement envie de changer. Pour cela nous parlions régulièrement des gênes qu'il a au quotidien et nous rappelions pourquoi des changements étaient nécessaires.

4.3. Croire en son pouvoir à changer

Pour qu'un individu soit motivé à changer ses comportements, il est nécessaire qu'il croit en sa capacité à pouvoir changer. Lévy-Leboyer (1999, in Pasquier, 2002) insiste sur le rôle de la perception de la compétence que l'on a de soi-même dans la motivation en disant que « personne n'est prêt à faire des efforts sans la conviction qu'il est capable de réussir ». C'est pour cette raison que j'ai insisté avec Basile sur le fait que je savais qu'il était capable de réaliser les objectifs que je lui donnais et de changer ses comportements. J'ai insisté sur ses capacités, sur ses progrès, sur son évolution. Je l'ai renforcé positivement à chaque occasion.

4.4. Motivation à réaliser les exercices proposés

La motivation d'un individu qui est nécessaire pour réaliser efficacement une tâche dépend de nombreux facteurs, notamment :

- De sa compréhension de l'intérêt de la tâche
- Des renforcements positifs qu'il reçoit
- Du degré d'attractivité de la tâche

- De son implication (dans la tâche ou envers la personne qui demande qu'elle soit réalisée)

Voici de quelle manière j'ai essayé d'agir sur ces facteurs :

- *La compréhension de l'intérêt de la tâche*

Un individu ne comprenant pas en quoi une tâche est utile ou intéressante aura peu de motivation à la réaliser.

Les explications faites à Basile en début de prise en charge et la matérialisation de l'accord par le contrat avaient en partie pour objectif de favoriser cette compréhension. De plus, j'informais Basile au préalable du but et de la fonction entraînée par chaque exercice. Si besoin, je rappelais à ce moment-là pourquoi nous avons choisi de travailler ces aspects-là.

- *Les renforcements positifs*

- La réussite de la tâche

La difficulté des tâches proposées, de manière générale, doit être adaptée au niveau de l'enfant. Il est nécessaire que le sujet croie en sa capacité à réussir l'exercice pour être initialement motivé à la réaliser. En effet, un individu face à une tâche qui lui paraît trop difficile aura peu de chance d'être motivé à la réaliser, il risque de se décourager.

De plus, le fait de parvenir à réaliser l'exercice, à atteindre l'objectif qui le sous-tend, procure un plaisir qui constitue un renforcement en soi. C'est la fierté et le plaisir d'avoir réussi quelque chose. Le sujet se sent alors valorisé, sa croyance en ses capacités et son assurance augmentent et il sera petit à petit en mesure de réaliser des exercices plus difficiles. La motivation initiale globale à travailler en classe sera donc renforcée grâce au plaisir et à la fierté qu'il éprouvera (selon la théorie des 5P de Magnusson).

En séance de psychomotricité, de manière générale, dans tous les jeux proposés, il est très important de choisir des jeux réajustables en fonction de son niveau. Il convient aussi, en tant qu'adversaire de jeu, de se mettre à un niveau proche de celui de Basile, notamment en lui laissant le temps de gagner et en faisant volontairement des erreurs. L'objectif est d'éviter de lui faire subir des situations d'échec et au contraire de favoriser les victoires qui entraîneront renforcement positif et valorisation.

- Les renforcements sociaux et matériels

Pendant ou après la tâche, ils permettent à l'enfant de maintenir sa motivation pendant son exécution ou de l'encourager à reproduire un comportement similaire (s'appliquer pour bien réussir un exercice) à l'avenir.

Encourager les enfants pendant la tâche, les féliciter pour leurs efforts une fois qu'elle est terminée, leur fournir une récompense (matérielle ou sociale) pour leur réussite ou leurs efforts sont des renforcements positifs. Tout comportement renforcé positivement aura plus de chances de se reproduire à l'avenir c'est pourquoi il est important de souligner les efforts des enfants, et cela immédiatement après l'émission du comportement attendu (Marquet-Doléac, 2011).

J'ai donc utilisé les encouragements, les renforcements positifs sociaux, le principe de Premack, le système de l'économie de jeton, etc...

- *L'attractivité de la tâche*

Plus une tâche sera attractive pour l'enfant, plus il aura envie de s'y impliquer (motivation initiale) (Marquet-Doléac et Al, 2005).

Les exercices proposés en psychomotricité sont généralement sous forme de jeux. Ils sont donc par nature ludiques et attractifs. D'autre part, chaque séance est consacrée à de nouveaux jeux, ce qui maintient ainsi la curiosité et l'intérêt de Basile.

- *L'implication*

L'implication fait référence à l'engagement du sujet et à sa responsabilisation.

Le contrat passé avec Basile a garanti son implication tout au long des séances suivantes. Lorsque nécessaire, l'accord lui a été être rappelé.

TDA/H + RM : on peut supposer que les déficits motivationnels propres à chaque syndrome s'additionnent

→ Ici j'ai mis en place des techniques et des aménagements afin de soutenir la motivation et de favoriser les changements de comportements.

5. La collaboration avec l'institutrice

Comme je l'ai déjà évoqué, l'IME est un type de structure très intéressant puisque tous les acteurs œuvrant auprès de l'enfant sont rassemblés en un même lieu et forment une équipe. Cela m'a permis de réaliser des observations en classe et en milieu éducatif (j'en ai parlé dans les parties précédentes) et m'a aussi permis d'établir un véritable contact avec les éducateurs, l'orthophoniste et l'institutrice de Basile. C'est avec cette dernière qu'une collaboration m'a semblé

particulièrement importante à mettre en place. En effet, les observations que j'ai pu réaliser en classe m'ont montré combien les symptômes de Basile l'handicapaient, lui ainsi que ses camarades. Les axes de travail que j'ai choisis en psychomotricité ont pour principal objectif des changements en classe, avec une amélioration des capacités attentionnelles et des capacités d'inhibition afin que Basile soit moins distrait, qu'il parle moins à tort et à travers et qu'il prenne plus le temps pour réaliser les exercices demandés. Or la généralisation des apprentissages de la séance de psychomotricité jusqu'au milieu écologique est généralement difficile. Et Basile présente un RM, ce qui rend cette généralisation d'autant plus difficile.

Une collaboration avec l'institutrice m'a permis plusieurs actions essentielles :

- Le recueil d'informations
- L'apport d'informations
- La mise en place d'une continuité de ma prise en charge

5.1. Le recueil d'informations

J'ai pu évaluer les comportements problèmes de Basile en classe, les gênes qu'ils occasionnent (pour Basile lui-même, pour ses camarades et pour l'institutrice) ainsi que leur évolution.

Cela grâce à plusieurs moyens :

- Les observations que j'ai pu effectuer directement en classe
- Les questionnaires remplis par l'enseignante
- Les échanges et les discussions que nous avons eues

5.2. L'apport d'informations

Les entretiens que j'ai pu avoir avec l'institutrice m'ont permis de lui apporter des informations sur les troubles psychomoteurs que présente Basile et sur leur prise en charge. Cela a facilité la compréhension qu'elle avait du travail que j'effectuais avec Basile, des objectifs visés et des liens existants entre les troubles auxquels je m'intéressais et les comportements problèmes de Basile en classe. La nécessité de collaboration nous a dès lors semblé évidente.

5.3. La mise en place d'une continuité de ma prise en charge

La première idée ayant émané de cette collaboration a été la mise en place d'objectifs que Basile devait réaliser en classe. Nous avons donc déterminé une liste d'objectifs correspondant aux

comportements que Basile devrait idéalement changer afin de diminuer les gênes pour lui ou pour la classe en général. Au cours des séances de psychomotricité, je déterminais ensuite avec Basile un objectif qu'il aimerait atteindre et qui lui semblait réalisable. A la fin de la séance, il retournait en classe avec son objectif transcrit par écrit, il en informait l'institutrice et ils scotchaient ensemble sur son bureau la feuille qui précisait l'objectif afin qu'il l'ait constamment en vue et qu'il puisse y noter des croix lorsqu'il réussissait, ou des annotations. Par exemple, pour l'objectif de lever la main avant de parler, Basile devait inscrire une croix sur la feuille d'objectif à chaque fois où il avait bien pensé à le faire.

Grâce à mes recherches concernant la motivation et à mes connaissances concernant les techniques comportementales, j'ai pu orienter la discussion vers les moyens utilisés par l'institutrice afin de favoriser l'attention et l'intérêt des élèves de manière générale. De nombreux aménagements avaient déjà été pensés et mis en place, nous avons pu discuter de leur efficacité, des modifications éventuelles à apporter et j'ai pu proposer quelques nouvelles idées.

L'institutrice était informée des objectifs visés avec Basile et pouvait ainsi me soutenir dans ce sens, c'est-à-dire qu'elle pouvait encourager Basile à gérer en classe son impulsivité verbale (pour ne pas couper la parole) et cognitive (pour prendre le temps pour réaliser les exercices). Ainsi, une continuité était réellement instaurée entre le travail effectué en séance et la situation de classe.

Par exemple, lorsque j'ai travaillé avec Basile sur l'utilisation du soliloque, j'ai pu en informer facilement l'institutrice et lui demander d'encourager Basile à l'utiliser en classe. Ainsi, j'apprenais à Basile à chuchoter en séance pour réaliser des exercices type papier-crayon, je lui demandais de réutiliser cette technique une fois en classe, et l'institutrice demandait à voir ses lèvres bouger lorsqu'il réalisait l'exercice demandé.

Un autre travail collaboratif a été l'utilisation d'un chronomètre en classe. J'ai tout d'abord utilisé un chronomètre en séance afin d'imposer un temps minimum pour lequel Basile devait réaliser l'exercice demandé. Il devait alors s'efforcer de gérer son impulsivité, en prenant le temps pour bien réfléchir afin d'effectuer l'exercice correctement (ceci en utilisant le soliloque). La méthode a ensuite été transférée en classe, c'est-à-dire que l'institutrice imposait dorénavant un temps minimum à Basile pour réaliser ses exercices en classe.

RM : l'enfant a des difficultés à généraliser les apprentissages et à réutiliser les stratégies dans un contexte différent

TDA/H : l'enfant a des difficultés à maintenir son attention, à gérer son impulsivité en classe

et à généraliser les compétences acquises¹¹

→ Un travail en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire est nécessaire

→ Ici j'ai instauré une collaboration avec l'institutrice afin de favoriser l'attention, l'intérêt et afin d'encourager à la généralisation.

6. Évaluation de l'efficacité de la prise en charge

6.1. Le bilan d'évolution (12 ans 2 mois)

- *Capacités attentionnelles*

Attention soutenue :

Le test du D2 montre une amélioration des capacités attentionnelles :

D2	Test	Re-test	Évolution
Vitesse	54° rang percentile	81° rang percentile	Nette amélioration
Précision	Inférieur au 10° rang percentile	Entre le 10° et le 25° rang percentile	Légère amélioration
Performance de concentration	30° rang percentile	72° rang percentile	Nette amélioration
Rythme de travail	Entre le 10° et le 25° rang percentile	Entre le 10° et le 25° rang percentile	Pas d'évolution notable

Par rapport à la première passation, il y a plus de 4 mois, Basile est plus rapide et fait moins d'erreurs. Sa performance de concentration passe ainsi d'un niveau normal inférieur à un niveau normal supérieur. Par contre, son rythme de travail n'est toujours pas constant et il est toujours rapidement fatigable.

- *Capacités d'inhibition*

Les résultats au test d'Appariement d'images se normalisent.

¹¹Marquet-Doléac et Al., 2008

Appariement d'image	Test	Re-test	Évolution
A : Temps de 1 ^{ère} réponse	33.2 s (- 1.1 DS)	36.5 s (- 0.8 DS)	Légère amélioration
B : Nombre de réussites	2 (- 2.4 DS)	6 (0 DS)	Nette amélioration
C : Nombre d'erreurs	19 (- 5.4 DS)	8 (- 1.8 DS)	Nette amélioration
D : Index d'exactitude	0.27 (- 2.2 DS)	0.88 (+ 0.1 DS)	Nette amélioration
E : Index d'impulsivité	2.54 (- 3.9 DS)	1.17 (- 1.5 DS)	Nette amélioration

Basile prend plus le temps avant répondre (A), il obtient davantage de réponses du 1^{er} coup (B) et il fait moins d'erreurs (C). Il procède moins par essai-erreur, il gagne en précision (D) et il propose des réponses de manière bien moins impulsive (E), en prenant davantage le temps de comparer les dessins et de s'assurer que sa réponse est la bonne avant de la proposer.

Lors de cette passation, Basile a mis spontanément en place 2 stratégies qui semblent l'avoir beaucoup aidé : il a utilisé un stylo (avec capuchon) pour pointer un à un les éléments de chaque dessin afin de les comparer au modèle ; de plus il a utilisé le soliloque en verbalisant les comparaisons qu'il effectuait et en tirant des conclusions à voix haute.

Les résultats au subtest « cogner-frapper » de la Nepsy mettent aussi en évidence une nette progression.

« Cogner-frapper » de la Nepsy	Test	Re-test	Évolution
	- 4.1 DS	- 0.8 DS	Nette amélioration

Les capacités d'inhibition mises en évidence par ces deux tests semblent avoir nettement évolué, Basile semble beaucoup moins impulsif. Les passations étant relativement rapprochées on ne peut toutefois écarter un possible effet d'apprentissage.

- *Mémoire de travail visuo-spatiale*

La mémoire de travail ne semble pas avoir évolué, Basile a toujours un score correspondant à - 3.9 DS.

- *En résumé*

Les capacités attentionnelles et d'inhibition de Basile semblent avoir progressées. Les résultats aux tests sont nettement meilleurs. Bien qu'ils doivent être nuancés par l'effet d'apprentissage possible, par la fluctuation des performances qui caractérise souvent les sujets avec TDA/H ou RM et par le fait que les tests ne sont pas adaptés à la population avec RM, une amélioration paraît tout de même indéniable. Cette amélioration est cliniquement visible en séance de psychomotricité. Basile parvient mieux à gérer son impulsivité verbale et cognitive et parvient à inhiber les réponses concernant des distracteurs pour maintenir son attention sur la tâche. Les grilles d'évaluation que j'ai remplies à chaque exercice m'ont permis de constater une évolution concernant la distractibilité, l'agitation générale et l'impulsivité.

Mais ces progrès sont-ils visibles en classe ?

6.2. Au niveau écologique

Afin de mesurer des changements de comportements en situation de classe, j'ai recueilli les impressions de l'institutrice et je me suis rendue en classe pour réaliser des observations.

- *Le point de vue de l'institutrice*

J'ai soumis une seconde fois le questionnaire de Conners à l'enseignante, mais cela n'a mis en évidence aucune amélioration notable du comportement de Basile depuis la première mesure (il y a 3 mois).

Les entretiens et la collaboration avec l'institutrice ont débouché sur quelques victoires. L'utilisation du chronomètre a notamment aidé Basile à diminuer la vitesse de réalisation des exercices au profit d'une meilleure précision. Mais cela ne fonctionne pas à tous les coups. Et malgré le travail effectué et les aménagements mis en place, d'autres comportements, tels que le fait de couper la parole, n'ont toujours pas été modifiés.

- *Observations*

Afin d'objectiver mon évaluation des comportements de Basile en classe, j'ai utilisé des grilles d'observations. Je ne peux, hélas, constater aucun changement notable entre les deux séquences d'observations (avec 3 mois d'intervalle) qui serait entièrement indépendant de facteurs externes. En effet les observations sont difficiles à interpréter, car les situations diffèrent à chaque

fois (nombre d'élèves, ambiance générale, conditions de travail, tâche réalisée individuellement ou en groupe...).

- *En résumé*

Malgré des progrès visibles en séance de psychomotricité, mis en évidence par les tests et les grilles d'évaluation remplies en séance, peu d'améliorations ont été objectivables en situation écologique. Cela souligne l'importance de l'évaluation dans le quotidien de l'enfant : constater des progrès en séance n'est pas suffisant, il est nécessaire de s'assurer de leur généralisation au quotidien.

RM : les tests ne sont pas adaptés à la population, les résultats sont difficilement interprétables et sont à nuancer, la généralisation des apprentissages est difficile
TDA/H : on observe souvent des fluctuations de performance, notamment concernant l'inhibition¹²

→ Il est important de mesurer les progrès en milieu écologique

→ Ici j'ai utilisé un questionnaire pour enseignant et j'ai réalisé des observations en classe.

7. Discussion

La rencontre avec Basile a été source de nombreuses questions auxquelles j'ai essayé de répondre en partie théorique. J'ai ainsi montré dans la première partie que des éléments issus de plusieurs études, notamment celles de Kuntsi et Al. (2004) et d'Antshel et Al. (2006), soutiennent la validité d'un double diagnostic RM + TDA/H. Cela suggère que l'hypothèse d'un TDA/H est à envisager lorsqu'une symptomatologie évocatrice est présente chez individu avec RM. De plus, nous avons vu qu'il est possible d'établir un diagnostic de TDA/H chez un sujet avec RM chez qui les symptômes du TDA/H sont clairement plus importants que chez ses pairs avec un âge mental équivalent (d'après le DSM-IV-TR et la CIM-10). L'application de ces notions à débouché, en pratique, sur la considération d'un double diagnostic RM + TDA/H chez Basile.

¹²Dumas, 2007 ; Kuntsi et Al., 2009

Comme le souligne Deutsh et Al. (2008), deux méthodologies peuvent être utilisées pour définir la présence ou non de la triade symptomatique chez l'enfant avec RM : le comparer à un échantillon du même âge chronologique ou le comparer à un échantillon du même âge développemental. Les deux classifications de référence concernant les troubles mentaux, le DSM-IV-TR et la CIM-10, recommandent l'utilisation de la seconde méthode. Or, comme expliqué p. 22 et 23 il est difficile, dans la pratique, d'évaluer les symptômes du TDA/H chez un sujet avec RM (Deutsch et Al., 2008). Concernant Basile, j'ai rencontré des difficultés à comparer ses résultats aux tests neuropsychologiques aux normes correspondant à son âge mental (cf 3.3. p. 40 à 42). Afin de m'assurer que les troubles étaient excessifs par rapport à son âge développemental, j'ai alors réalisé des observations en milieu écologique et je me suis basée sur l'avis des autres professionnels qui font tous état d'une plainte concernant les comportements d'inattention, d'agitation, et d'impulsivité de Basile. Cette plainte n'étant pas valable, tout du moins pas de manière aussi intensive, pour ses camarades d'IME (qui ont sensiblement le même âge développemental), j'en ai déduit que le critère était bien rempli (cf 6. p. 49 à 51).

Basile paraissait remplir l'ensemble des critères du TDA/H imposés par le DSM-IV-TR. Et il possédait de nombreuses caractéristiques rappelant le TDA/H chez un enfant d'intelligence normale, condition nécessaire (selon Antshel et Al., 2006) pour que le TDA/H soit considéré comme un trouble valide chez les enfants avec RM.

Comme nous l'avons vu en partie théorique, le « diagnostic éclipsant », décrit par Reiss, Levitan & Szyszko (1982, in Pearson et Al., 1997) est un phénomène à éviter. Il est important de ne pas se limiter à la considération unique du diagnostic de RM mais de considérer l'ensemble des troubles à leur juste valeur, sans les relier systématiquement à la présence du RM. Envisager les diagnostics additionnels, lorsqu'il y a lieu, permet une meilleure compréhension globale du patient et une meilleure analyse des liens entre les troubles.

Mon expérience ici le confirme. Dans le cas de Basile j'ai pu, par exemple, relier, d'une part l'intolérance à la frustration et la difficulté à fournir des efforts pour atteindre un objectif lointain à, d'autre part, l'altération de la perception temporelle et l'aversion du délai, caractéristiques du TDA/H (selon Sonuga-Barke & Thompson, 2010, in Quartier & Nashat, 2011). Cela m'a aidé à mieux comprendre les difficultés, leurs origines puis à mieux orienter ma façon d'appréhender Basile et à mieux ajuster mes exigences envers lui. Avoir considéré le double diagnostic a largement facilité mon analyse concernant les difficultés de Basile, leurs conséquences les unes sur les autres et a donc aussi facilité la hiérarchisation des objectifs de travail. Si je ne l'avais pas fait, il

me semble que la prévalence de la triade symptomatologique aurait été moins claire, et que l'établissement de liens aurait été moins évident, avec un tableau clinique brouillon et complexe.

Concernant la prise en charge, considérer l'existence d'un TDA/H chez Basile m'a orienté vers la dense littérature concernant le traitement du TDA/H. Cela m'a aidé à envisager la prise en charge de Basile de manière claire et structurée. Effectivement, j'ai su quels déficits travailler et comment. Mes lectures m'ont aussi aidé à faire des liens entre les déficits et à faire des hypothèses sur leurs origines. Par exemple, j'ai fait l'hypothèse qu'un travail sur l'inhibition pourrait permettre, entre autres, une meilleure inhibition des réponses aux stimuli extérieurs à la tâche et aiderait donc au maintien de l'attention sur la tâche. J'ai pu organiser ma prise en charge de manière simple et évidente, ce qui n'aurait pas forcément été le cas, il me semble, si je m'étais référée au seul diagnostic de RM.

- *Limites concernant la considération du double diagnostic chez Basile*

Les recherches dont j'ai fait état dans la partie théorique m'ont permis de répondre à certaines questions de départ, d'y voir plus clair et d'envisager plus sereinement le double diagnostic de RM + TDA/H chez Basile. Plus sereinement, mais pas avec assurance. En effet, même si la conclusion de ma partie théorique a débouché sur la considération de plusieurs éléments soutenant la validité du double diagnostic RM + TDA/H, ils sont insuffisants pour affirmer avec certitude cette validité. Ainsi un doute non négligeable persiste concernant la possibilité, au niveau théorique, de parler de coexistence d'un RM et d'un TDA/H chez Basile. D'autre part, je me suis confrontée à des difficultés plutôt d'ordre pratique qui laissent aussi planer quelques points d'incertitudes concernant le double diagnostic chez Basile. L'une d'entre elle correspond à la difficulté à utiliser les tests et à interpréter leurs résultats, car ils ne sont pas adaptés à la population avec RM. Une seconde est la difficulté à pouvoir affirmer très objectivement que la triade symptomatologique correspondant au TDA/H est prégnante chez Basile par rapport aux individus du même âge développemental. En effet, il n'existe pas de normes établies auxquelles se référer et l'âge développemental s'avère complexe à estimer en pratique. Ainsi, même si subjectivement il paraît très clair que ces symptômes sont nettement plus importants chez Basile que chez ses camarades d'IME, on ne peut pas affirmer objectivement que Basile remplit de manière certaine ce critère, imposé par le DSM-IV-TR afin de poser le double diagnostic.

Ainsi, des incertitudes, aussi bien au niveau théorique que pratique, persistent et le diagnostic de RM + TDA/H que j'évoque pour Basile dans ce mémoire est à nuancer, en attendant de nouvelles recherches et de nouvelles directives concernant l'établissement de ce diagnostic comorbide.

- *Limites de l'efficacité de la prise en charge de Basile*

La prise en charge de l'enfant présentant un TDA/H est très bien documentée, par contre celle de l'enfant présentant un RM ou un RM + TDA/H est pratiquement inexistante. Ainsi je me suis basée sur la littérature concernant la prise en charge psychomotrice de l'enfant TDA/H tout en prenant en compte et en m'adaptant aux spécificités de Basile et de son profil cognitif. En regroupant les données actuelles concernant les caractéristiques qu'entraînent le TDA/H d'une part et le RM d'autre part, j'ai tenté de dégager des principes de prise en charge psychomotrice des sujets présentant un double diagnostic RM + TDA/H (voir Encadrés p. 54 à 73).

Or l'efficacité de la prise en charge concernant Basile étant à nuancer (voir p. 70 à 73), des études concernant la prise en charge de sujets au profil similaire seraient utiles afin de pouvoir valider ou non ces quelques principes que j'ai tentée de dégager.

Conclusion

Ce mémoire a pris son origine dans les interrogations que soulevait le cas particulier de Basile. Cas particulier qui ne serait en réalité pas si rare que ça puisque le diagnostic de TDA/H pourrait concerner 14.8% de la population avec RM (selon Dekker & Koot, 2003, in Hasting, 2005).

A travers cet écrit je tente de :

- **Faire une synthèse de données théoriques afin de clarifier et de répondre à la question « Peut-on diagnostiquer un TDA/H chez un enfant présentant un RM ? »**
- **Tirer, à partir de mon expérience pratique, des aspects éventuellement généralisables concernant la prise en charge psychomotrice des patients présentant ce double diagnostic RM + TDA/H.**

De nouvelles études seront nécessaires afin de répondre de manière plus certaine à la question théorique et davantage de travaux auprès d'enfants comme Basile devront être effectués afin de pouvoir mieux orienter leur prise en charge. En attendant ces nouveaux éléments, j'espère que ce mémoire pourra être utile aux personnes qui rencontreront les mêmes problématiques que moi : le diagnostic et la prise en charge psychomotrice d'un déficient mental présentant les symptômes du TDA/H.

La réalisation de ce mémoire m'a beaucoup apporté, et m'a notamment permis de prendre réellement conscience de l'importance de plusieurs aspects concernant la prise en charge psychomotrice, de manière générale.

Premièrement, j'ai réalisé l'importance de la récolte d'informations concernant le quotidien de l'enfant et plus particulièrement des observations en milieu écologique, même s'il n'est pas toujours possible d'en réaliser. En effet, les difficultés du patient ne s'expriment pas forcément, ou s'expriment différemment, en séance de psychomotricité. La gêne pour le patient lui-même et pour son environnement social est difficilement évaluable sans ce travail préalable.

Ce mémoire m'a donné la possibilité de considérer l'ampleur de l'intérêt du diagnostic en psychomotricité. Il permet une meilleure compréhension de l'enfant, une meilleure analyse de ses troubles et, comme les encadrés le mettent en évidence, une prise en charge et des aménagements adaptés.

Cette expérience m'a aussi permis de réellement considérer l'importance du travail en équipe afin de mettre en commun des objectifs concernant l'enfant et afin d'encourager la généralisation des apprentissages.

Enfin, j'ai pris conscience de l'importance de la prise en compte de la motivation du patient, car elle possède un rôle important pour l'atteinte des objectifs visés par la prise en charge ainsi que pour la généralisation et le maintien des progrès dans le temps.

Même si l'on m'avait déjà enseigné ces notions, c'est en stage que j'ai réellement eu l'occasion de prendre conscience de leur importance. En bref, je dirais qu'il est nécessaire de pratiquer pour intégrer la théorie. Ce mémoire montre aussi que la prise en compte des aspects théoriques est indispensable à une pratique professionnelle cohérente.

Bibliographie :

- ALBARET, J.M. (2006). Note de synthèse sur les programmes d'auto-instructions dans la prise en charge de l'enfant TDA/H. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 90, 324-329.
- ALBARET, J.M., & SOPPELSA, R. (2008). La prise en charge psychomotrice de l'enfant agité et distrait. In : Joly F (Ed). *L'enfant hyperactif... De quoi s'agit-il ? Pourquoi s'agite-t-il ?* (p. 185-196). Montreuil : Editions du Papyrus.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2003). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux. (Texte révisé, traduit par JD. Guelfi et al.)*. Paris : Masson. (p.45-156)
- ANTSHEL, K.M., PHILLIPS, M.H., GORDON, M. et al. (2006). Is ADHD a valid disorder in children with intellectual delays? *Clinical Psychology Review*, 26, 5, 555–572.
- CAMUS, J.F. (1996). *La psychologie cognitive de l'attention*. Paris : Armand Colin/Masson. (p. 15-55)
- DEUTSCH, C.K., DUBE, W.V., & MCILVANE, W.J. (2008). Attention deficits, Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, and intellectual disabilities. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14, 4, 285-292.
- DI NUOVO, S.F. & BUONO, S. (2007). Psychiatric syndromes comorbid with mental retardation: differences in cognitive and adaptive skills. *Journal of Psychiatric Research*, 41, 9, 795-800.
- DUMAS, J.E. (2007). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. 3^{ème} édition. Bruxelles : De Boeck.
- FRANC, N., MAURY, M., & PURPER-OUAKIL, D. (2010). TDA/H et comorbidités psychiatriques. In : Revol O, Brun V (Eds). *Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité* (p. 23-29). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- GUIDETTI, M., & TOURETTE, C. (1999). *Handicaps et développement psychologique de l'enfant*. Paris : Armand Colin. (p. 84-144)
- HASTINGS, R.P., BECK, A., DALEY, D. et al. (2005). Symptoms of ADHD and their correlates in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 26, 5, 456-468.
- KUNTSI, J., ELEY, T.C., TAYLOR, A. et al. (2004). Co-occurrence of ADHD and low IQ has genetic origins. *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics)*, 124B, 1, 41-47.

- KUNTSI, J., WOOD, A.C., VAN DER MEERE, J., et al. (2009). Why cognitive performance in ADHD may not reveal true potential : Findings from a large population-based sample. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15, 4, 570-579.
- MARQUET-DOLEAC, J., SOPPELSA, R., & ALBARET, J.M. (2005). La rééducation du Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité : approche psychomotrice. *Neuropsych News*, 4, 3, 94-101.
- 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.
- MAGNUSSON K. Aider les jeunes à augmenter leur degré de motivation, leur esprit d'initiative et leur sens des responsabilités: la théorie des «5 P» [en ligne]
http://www.ccdf.ca/ccdf/coach/securityfr/francais/ccoachb/issue_b1a_magnusson.htm
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (1993). *CIM-10 / ICD-10 Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement*. 10^{ème} édition. Paris : Masson. (p. 201-258)
- PEARSON, D.A., NORTON, A.M., & FARWELL, E.C. (1997). AD/HD in mental retardation : Nature of attention deficits. In : Burack JA, Enns JT (Eds). *Attention, development, and psychopathology* (p. 205-231). New York London : The Guilford Press.
- QUARTIER, V., & NASHAT, S. (2011). Revue des modèles et théories sur les hyperactivités de l'enfant : antagonisme ou complémentarité ? *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 114, 309-319.
- THOMAS, J. & WILLEMS, G. (2001). *Trouble de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant*. 2^{ème} édition. Paris : Masson. (p. 17-76)
- TOMASI, D., & VOLKOW, N.D. (2012). Abnormal functional connectivity in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 71, 5, 443-450.
- PASQUIER, E. (2002). *Auprès de mon arbre... apprendrais-je mieux ? Les arbres de connaissances comme outil de différenciation à l'école primaire : avis de quelques enseignants genevois*. Mémoire de licence : sciences de l'éducation : Université de Genève.
- VALEILLE, C., & MATURA, MC. (2009). *Validité d'un test d'attention sélective chez la personne atteinte de démence : validation pathologique du test de STROOP*. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien : Toulouse III.

Annexes

Échelle d'évaluation de Connors pour les enseignant(e)s, version révisée (longue), 1997 (remplie en janvier 2012)

Donnez une cote de 0 (jamais), 1 (un peu), 2 (moyen), 3 (souvent).

L'élève...

cotation

	0	1	2	3
1- Défie, provoque.....	....	....	X	....
2- Ne cesse de se tortiller.....	....	....	....	X
3- Oublie ce qu'il a déjà appris.....	....	....	X	....
4- Semble vivre le rejet du groupe.....	X	....	....	....
5- Se sent facilement blessé.....	....	X	....	....
6- Est pointilleux sur un détail.....	X	....	....	....
7- A des sautes d'humeur, un comportement explosif et imprévisible.....	X	....	....	....
8- Est impulsif, facile à exciter.....	....	....	X	....
9- Ne parvient pas à prêter une attention méticuleuse aux détails ou fait des fautes d'insouciance dans ses devoirs et leçons ou autres activités.....	....	....	....	X
10- Est insolent, effronté.....	X	....	....	....
11- Bouge tout le temps, semble motorisé.....	....	....	....	X
12- Voudrait fuir, renâcle à la tâche ou n'arrive pas à débiter et soutenir un travail d'effort mental (travail de classe ou devoirs à domicile).....	....	....	....	X
13- Est toujours choisi en dernier pour former une équipe ou participer aux jeux.....	X	....	....	....
14- Est hypersensible.....	....	....	X	....
15- Refuse carrément tout compromis, changement.....	X	....	....	....
16- Est agité ou trop actif.....	....	....	....	X
17- N'arrive pas à terminer ce qu'il commence.....	....	....	X	....
18- Ne semble pas écouter ce qu'on lui dit.....	....	X	....	....
19- Défie ouvertement l'adulte ou refuse de respecter ses demandes.....	X	....	....	....
20- Quitte son siège en classe, ou dans d'autres situations où il doit rester assis.....	....	....	....	X
21- Est faible en orthographe.....	....	....	....	X
22- N'a pas d'ami(e)s.....	X	....	....	....
23- Est timide, facilement effrayé.....	X	....	....	....
24- Ne cesse de vérifier ses affaires.....	X	....	....	....
25- Éclate vite en sanglots.....	X	....	....	....
26- Est inattentif, ou se laisse distraire facilement.....	....	....	....	X
27- A des difficultés d'organisation dans ses devoirs et leçons, ses activités.....	....	....	....	X
28- Éprouve des difficultés à se concentrer dans ses devoirs ou ses jeux.....	....	....	....	X
29- A des difficultés à attendre son tour.....	....	....	....	X
30- N'a pas le niveau de lecture de son âge.....	....	....	....	X

31- Ne sait pas comment se faire des ami(e)s.....	X	.....	.....	.....
32- Est sensible à la critique.....	.....	.....	X	.....
33- Semble trop se fixer sur les détails.....	X	.....	X	.....
34- Ne tient pas en place.....	.....	.....	.....	X
35- Dérange les autres enfants.....	.....	.....	X	.....
36- Parle trop.....	.....	.....	.....	X
37- Discute, contrarie les propos des adultes.....	.....	X	.....	.....
38- Ne peut rester tranquille.....	.....	.....	.....	X
39- Court partout, grimpe sans peur du danger dans les endroits interdits.....	.....	.....	.....	.....
40- Manque d'intérêt dans les devoirs et leçons.....	.....	X	.....	.....
41- Est maladroit dans ses relations sociales.....	.....	.....	.....	.....
42- A de la difficulté à jouer, s'engager dans un loisir, en gardant son calme	.....	.....	X	.....
43- Aime que tout soit ordre et propre.....	X	.....	.....	.....
44- Bouge des mains, des pieds ou se tortille sur la chaise.....	.....	.....	.....	X
45- Exige une réponse rapide à ses demandes, sinon est vite frustré.....	.....	.....	X	.....
46- Répond sur l'impulsion du moment avant même la fin de la question.....	.....	.....	.....	X
47- Est mesquin, rancunier, vindicatif.....	X	.....	.....	.....
48- Ne se concentre pas longtemps.....	.....	.....	.....	X
49- Perd le matériel nécessaire à son travail ou à la poursuite de ses activités (crayons, livres, outils, jouets, devoirs et leçons).....	.....	.....	X	.....
50- Ne porte attention qu'à ce qui l'intéresse vraiment... ..	.....	.....	X	.....
51- Reste lointain, en retrait des autres.....	X	.....	.....	.....
52- Se laisse vite distraire, ou ne reste pas longtemps sur une tâche.....	.....	.....	.....	X
53- Doit faire toujours les choses de la même manière.....	.....	X	.....	.....
54- Change d'humeur de manière subite, radicale.....	X	.....	.....	.....
55- S'ingère ou envahit les affaires des autres (la conversation, les jeux).....	X	.....	.....	.....
56- Est faible en mathématiques.....	.....	.....	.....	X
57- Ne respecte pas les consignes et ne réussit pas à terminer ses devoirs et leçons (sans relation ave l'opposition ou la compréhension des directives)..	.....	.....	X	.....
58- Se distrait facilement par ce qui se passe autour de lui.....	.....	.....	.....	X
59- Est agité, toujours debout et prêt à partir.....	.....	.....	.....	X

Collaboration franco-canadienne, en traduction libre et non-autorisée, du texte original de C. Keith Connors, Ph.d. par les Drs Claude Jolicoeur, m.d. Canada et Pierre Laporte, Ph.d, (doctorat psychologie), France. Projet d'autorisation, février 2006
Consulter le site propriétaire, www.mhs.com, pour vous procurer les notations officielles standardisées.

Grille d'auto-évaluation

J'ai aimé ce jeu :	★	-	★★★	-	★★★★	-	★★★★★
J'étais concentré :	★	-	★★★	-	★★★★	-	★★★★★
J'ai pris le temps de réfléchir avant de faire :	★	-	★★★	-	★★★★	-	★★★★★
Je suis resté calme :	★	-	★★★	-	★★★★	-	★★★★★

Grille d'évaluation

0 : nul
1 : faible
2 : moyen
3 : important

Niveau global de concentration sur la tâche : 0 - 1 - 2 - 3

Importance de la mobilité du regard : 0 - 1 - 2 - 3

Quantité de paroles : 0 - 1 - 2 - 3

Fréquence de paroles sans rapport avec la tâche : 0 - 1 - 2 - 3

Fréquence d'oublis des consignes ou des infos en rapport avec la tâche : 0 - 1 - 2 - 3

Quantité de réponses à l'ensemble des distracteurs : 0 - 1 - 2 - 3

Quantité de réponses aux distracteurs auditifs : 0 - 1 - 2 - 3

Quantité de réponses aux distracteurs visuels : 0 - 1 - 2 - 3

Quantité de réponses aux distracteurs internes : 0 - 1 - 2 - 3

Niveau d'altération de la perception du temps écoulé pendant la tâche : 0 - 1 - 2 - 3

Niveau d'agitation motrice générale : 0 - 1 - 2 - 3

Niveau d'agitation sur sa chaise : 0 - 1 - 2 - 3

Niveau d'agitation des mains : 0 - 1 - 2 - 3

Niveau d'agitation des jambes : 0 - 1 - 2 - 3

Coupe la parole : fois

A du mal à attendre son tour : fois

Répond avant la fin de la consigne : fois

Ne prend pas le temps de réfléchir, répond trop rapidement, se corrige : fois

Quelques jeux utilisés



Jungle speed



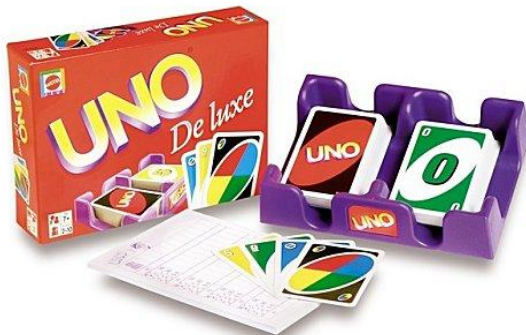
Dobble



Quick



Bazar Bizarre



Uno



Time's up

RESUME

Le Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) peut-il être diagnostiqué chez un sujet présentant un Retard mental ? La partie théorique de ce mémoire fait état de plusieurs études récentes en rapport avec cette question. Même si, à l'heure actuelle, on ne peut l'affirmer de manière certaine, plusieurs éléments nous laissent effectivement penser que ce double diagnostic pourrait être possible.

S'interroger sur la validité théorique de ce double diagnostic est important afin que la prise en charge des enfants concernés soit adaptée. En effet, selon que l'individu soit diagnostiqué déficient mental, TDA/H ou bien déficient mental avec TDA/H associé, sa prise en charge, aussi bien globale que psychomotrice, sera différente. La seconde partie de ce mémoire s'intéresse, au travers du cas pratique d'un adolescent rencontré en Institut Médico-Educatif, aux implications du diagnostic comorbide TDA/H et Retard mental concernant la prise en charge psychomotrice.

Mots clés : Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) ; Retard mental ; QI ; comorbidité ; double diagnostic ; prise en charge psychomotrice.

SUMMARY

Can ADHD be diagnosed by children with mental retardation? The theoretical part of this specification refers to several recent studies related to this issue. Even if, at present, we can not affirm it exactly, several factors lead us to think this dual diagnosis might be possible.

Questioning of the theoretical validity of this dual diagnosis is important to adjust the treatment. Indeed, according to whether the individual is diagnosed mentally retarded, ADHD or mentally retarded and ADHD, it's overall treatment plan, including psychomotor therapie, will be different. The second part of this thesis is interested, through the practical case of a teenager met in a medical-educational institute (IME), the implications of the dual diagnostic (ADHD and Mental Retardation) on psychomotor reeducation.

Keywords : Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ; Mental retardation; IQ ; Comorbidity ; dual-diagnosis ; psychomotor reeducation.