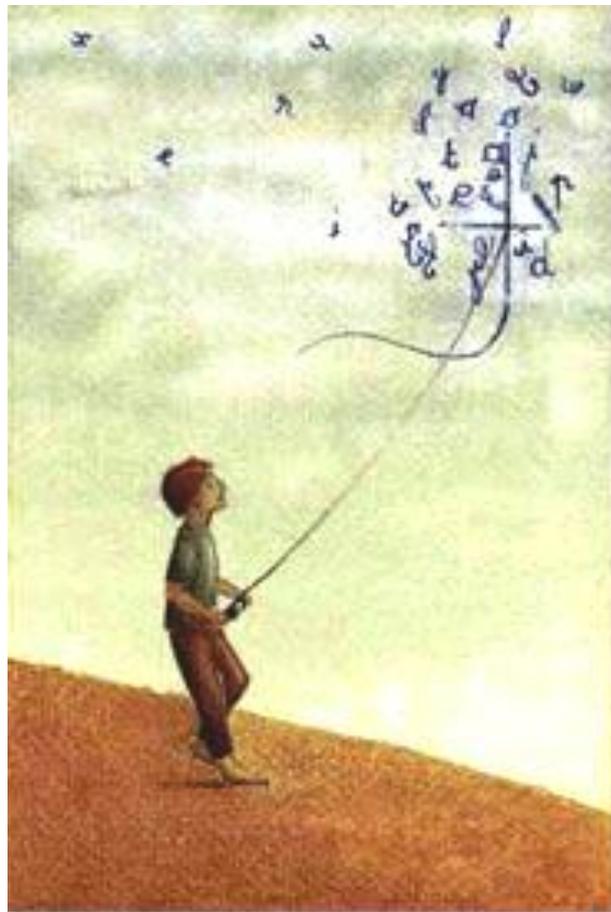


UNIVERSITE TOULOUSE III
Faculté de Médecine Toulouse Rangueil
Institut de Formation en Psychomotricité

ADAPTATION DE LA PRISE EN CHARGE
PSYCHOMOTRICE D'UN TROUBLE ATTENTIONNEL
CHEZ UN ENFANT DYSPHASIQUE



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

PIANET Maëva

Juin 2011

Remerciements

Tout d'abord, mes pensées se tournent vers mes deux maîtres de stage, Martine et Carole qui m'ont permis de m'épanouir au sein de ce stage si enrichissant et formateur. Je les remercie de leur patience, de leurs encouragements et de vouloir faire mentir Antoine de Saint Exupéry qui écrivait que « toutes les grandes personnes ont d'abord été des enfants mais que peu d'entre elles s'en souviennent ».

Puis, je remercie l'ensemble des professionnels du CSDA et les enfants de m'avoir fait une petite place chaleureuse dans leur quotidien du lundi et du mercredi.

Je voudrais également remercier Patricia Abeilhou pour sa disponibilité, sa bienveillance et pour ses nombreux conseils avisés qui ont su me guider tout au long de l'année.

Enfin, un grand merci au soutien inconditionnel de ma famille et de toutes ces belles personnes qui ont animé ma vie toulousaine.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
---------------------------	----------

PARTIE THEORIQUE	7
-------------------------------	----------

Partie I : La dysphasie

1. Présentation générale	7
a) La place de la dysphasie dans les troubles du langage	7
b) Essais de définition	8
c) Hypothèses étiologiques	10
2. Typologie des syndromes dysphasiques	10
a) De nombreuses classifications	11
b) Celle que nous retiendrons.....	12
3. Un problème de santé publique	13
a) Les conséquences psychologiques liées à l'enjeu social	14
b) Vers une prise en considération des difficultés.....	15
4. Conclusion	16

Partie II : L'Attention

1. Définition	17
2. Les différents types d'attention	18
a) Selon la modalité sensorielle du stimulus	18
b) Selon la tâche demandée.....	18
3. Le rôle de l'attention dans les apprentissages scolaires	19
4. Le syndrome déficitaire de l'Attention	20
a) Description selon les critères diagnostiques du DSM-IV-TR.....	20
b) Les principaux modèles explicatifs et hypothèses étiologiques.....	21
c) Les modalités d'évaluation	22
5. Conclusion	25

Partie III : Le lien entre Dysphasie et Trouble de l'attention

1. L'Attention, un trouble associé ou une comorbidité ?	26
2. Principes généraux communs de prise en charge	27
3. Les techniques de la prise en charge du trouble déficitaire de l'attention appliquées à la pathologie Dysphasique.	29
a) Les techniques adaptées.....	29
b) Les techniques à adapter	30
c) L'intérêt d'une pratique orientée vers la Gestion mentale	31
4. Conclusion	35

PARTIE PRATIQUE..... 36

Partie I : Présentation d'Antoine, né le 28/05/2002

1. Anamnèse.....	36
2. Les différents bilans.....	36
a) Bilan psychologique (Septembre 2009 : 7 ans 4 mois).....	36
b) Bilan orthophonique (Septembre 2010 : 8 ans 4 mois).....	37
c) Bilan pédagogique (Mars 2011 : 8 ans 10 mois).....	37
d) Bilan psychomoteur (Janvier/Février 2011 : 8 ans 8 mois).....	38
3. Conclusion.....	43

Partie II : Elaboration du projet thérapeutique en psychomotricité

1. Réflexion et questionnements.....	44
2. Démarche Générale.....	46

Partie III : Description de la prise en charge psychomotrice

1. Mise en place du traitement.....	51
a) Organisation des séances.....	51
b) Evolution au fil des séances.....	52
2. Re-Test.....	58
a) L'objectif visé.....	58
b) Les résultats.....	59
c) Conclusion Générale du re-test des deux épreuves.....	61

DISCUSSION..... 62

CONCLUSION..... 65

BIBLIOGRAPHIE 66

ANNEXES

INTRODUCTION

La troisième année d'étude en psychomotricité avec l'élaboration du mémoire marque la fin de l'apprentissage pour signer l'entrée dans la vie professionnelle. Cette transition ne pourrait être réalisée sans le stage de responsabilité thérapeutique qui nous anime tout au long de l'année comme un véritable fil conducteur et nous permet de grandir et de prendre confiance dans l'exercice du métier qui sera le nôtre.

J'ai donc effectué mon stage au sein du Centre Spécialisé pour Déficients Auditifs d'Albi qui accueille deux classes adaptées pour les enfants dysphasiques. C'est ma rencontre avec ces derniers que je souhaiterais vous raconter dans ce mémoire, et plus particulièrement ma rencontre avec Antoine et la prise en charge qu'ensemble nous avons construit au fil des séances.

Avant de débiter le stage, je ne possédais que peu de connaissances autour de la dysphasie ; une pathologie qui me semblait être l'apanage de l'orthophonie. Rapidement, le premier constat qui s'imposa à moi, fut que cette dernière se définissait comme une pathologie complexe et multiforme à laquelle étaient greffés de nombreux troubles psychomoteurs associés. Il était évident que la psychomotricité avait un rôle essentiel à joué en complémentarité d'une prise en charge pluridisciplinaire et individualisée. Puis, ce qui attira mon attention était le manque d'estime de soi et de confiance et les nombreuses dévalorisations que me montraient à voir les enfants. Chaque enfant portait les stigmates d'une souffrance liée aux nombreuses difficultés qu'il présentait et notamment au niveau de la communication.

Antoine fait parti de ces enfants aux nombreuses difficultés et à l'estime de soi précaire. En plus d'une dysphasie, il présente un trouble déficitaire de l'attention qui majore ses difficultés scolaires. Avec Antoine, j'ai été amené à m'interroger sur ma manière de communiquer avec lui, d'aménager l'évaluation afin qu'elle reflète au maximum ses compétences, de réfléchir le projet thérapeutique et de toujours préserver une relation de confiance où Antoine par ses efforts pourrait trouver le chemin de la valorisation. Comment pouvait-on envisager une prise en charge adaptée à sa dysphasie pour lui permettre de progresser scolairement sans prendre en compte le trouble de l'attention ? L'idée était posée :

on ne le pouvait pas. Ne fallait il pas, avant de demander à Antoine d'apprendre, lui en apporter les moyens attentionnels ?

J'ai donc choisi de m'appuyer sur une étude de cas afin d'essayer de réfléchir à la façon d'adapter la prise en charge d'un syndrome déficitaire de l'attention lorsque celui-ci s'articule dans le cadre d'une dysphasie développementale. Cela suppose de prendre en compte les spécificités propres à chaque pathologie et de rechercher des techniques de prise en charge qui les respectent. Ainsi, la Gestion mentale qui est une pratique qui vise une meilleure connaissance et un meilleur respect de ses propres processus mentaux, ne pourrait elle pas permettre une meilleure mobilisation et distribution de l'attention tout en se situant au carrefour d'une pathologie comme la dysphasie ?

Dans la première partie de ce travail, nous définirons succinctement à la fois la dysphasie et le trouble déficitaire de l'attention. Ensuite, nous nous intéresserons au lien qui peut exister entre ces deux pathologies et à l'impact d'une telle association au niveau rééducatif. Puis, forts de ces bases théoriques, dans une seconde partie pratique, nous présenterons l'enfant à l'origine de cette réflexion. Enfin, nous discuterons de la pertinence de la prise en charge que j'ai mise en place.

PARTIE THEORIQUE

Partie I : La dysphasie

1. Présentation générale

Le terme de « dysphasie » est une terminologie aujourd'hui considérée par certains auteurs comme obsolète. Ces derniers, lui préfèrent l'expression « Specific Language Impairment » ou « SLI » dans les publications. Cependant, cette expression ne semble pas suffisante : générique et imprécise, elle englobe tous les troubles développementaux du langage sur la base d'un différentiel entre le niveau de développement général (les compétences non linguistiques sont normales) et le niveau de développement langagier. La dysphasie est un trouble spécifique du langage, mais encore ?

a) La place de la dysphasie dans les troubles du langage

- Dans un premier temps la dysphasie appartient aux **troubles du langage oral** par opposition ou trouble du langage écrit comme la dyslexie par exemple.
- Ensuite, il s'agit de différencier l' « aphasie » de la « dysphasie ». La première définition correspond à un trouble acquis du langage alors que la deuxième concerne les troubles développementaux graves. On peut donc se montrer plus précis en associant au terme de « dysphasie » l'adjectif **développemental**.
- Il faut également différencier la dysphasie en tant que trouble **spécifique**, c'est ce trouble que nous allons développer en opposition aux dysphasies secondaire à une maladie.
- Les troubles spécifiques du langage de nature développementale concernent le retard simple de langage et la dysphasie. Il paraît donc important de les confronter pour en mesurer les limites de chacun.

Le retard de langage est un trouble fonctionnel qui correspond à un décalage chronologique dans le rythme d'acquisition alors que la dysphasie est un **trouble structurel**, c'est-à-dire qu'on observe une anomalie dans la structuration même du langage, ce qui est **irréversible**.

On peut donc repérer une dysphasie développementale lorsqu'il y a une nette différence entre le cognitif et le verbal ainsi que des atteintes différentes en fonction des différents aspects du langage (phonétique, phonologique, lexical, sémantique, pragmatique, syntaxique, morphologique : voir les définitions, ANNEXE 1) au niveau réceptif ou expressif. L'évolution dans le temps est un bon outil diagnostique pour faire la différence entre un retard simple de langage et une dysphasie car l'étude de courbes d'évolution propres à chacun des troubles montre souvent une persistance des troubles malgré des interventions langagières parfois intensives dans le cadre de la dysphasie et au contraire un retard du langage qui diminue avec le temps et avec une prise en charge orthophonique.

b) Essais de définition

Après avoir replacé la Dysphasie développementale dans le grand groupe des troubles du langage, sa définition n'est pas aisée. Ainsi, il est plus facile dans un premier temps d'affirmer ce que n'est pas la dysphasie puis dans un second temps d'en montrer la spécificité des symptômes.

- **Définition par exclusion**

La définition par exclusion permet de mettre en exergue la présence de nombreux diagnostics différentiels. Benton (1964) et Gérard (1991) propose pour définition qu'« il s'agirait d'un déficit grave et durable du développement de la production et/ou de la compréhension de la parole et du langage, en l'absence d'autres dyscapacités susceptibles de rendre compte de ces difficultés» tels que :

- Le retard mental
- L'autisme
- Le trouble auditif (surdité)
- Un trouble moteur des organes buccophonatoires
- Une Infirmité Motrice Cérébrale
- Le trouble de la personnalité
- Des carences éducatives et sociales

- Définition par la spécificité des symptômes

Une fois les diagnostics différentiels écartés et le caractère primaire et durable de la dysphasie mis en évidence, il faut rechercher une série de déviations langagières spécifique à la dysphasie. Ces marqueurs de déviance qui ne sont retrouvés que dans le cadre d'un trouble structurel du langage, on les doit à C.L. Gérard.

L'association d'au moins trois de ces marqueurs permet de poser un diagnostic positif de dysphasie.

I. L'hypospontanéité

On remarque une certaine inhibition avec des difficultés à initier une conversation, une pauvreté des productions et une fluence verbale diminuée.

II. Le trouble d'évocation lexicale

Il s'exprime souvent par un manque du mot, une latence à l'énonciation, des paraphrasies sémantiques ou verbales. Ce n'est pas un manque de vocabulaire mais une difficulté d'accès à un mot pourtant connu.

III. Le trouble d'encodage syntaxique

Il correspond à une incapacité à intégrer les règles de syntaxe et de grammaire : ce qui peut donner par exemple une absence de verbes conjugués ou des mots dans le désordre.

IV. Le trouble d'informativité verbale

Malgré un désir de communiquer, l'enfant a du mal à transmettre l'information voulue au destinataire.

V. Une dissociation automatico-verbale

Des sons ou des gestes qui sont produits spontanément, ne peuvent l'être de manière volontaire.

VI. Le trouble de compréhension verbale

Il correspond à une altération des capacités de reconnaissance, d'identification et de compréhension à partir d'une entrée auditive.

c) Hypothèses étiologiques

A l'heure actuelle de nombreuses questions demeurent sur ce sujet. Il n'existe aucun postulat quant aux sources de la dysphasie et contrairement à l'aphasie aucun site lésionnel cérébral ne peut être mis en évidence.

L'étude d'enfants adoptés, de jumeaux ou encore la collecte d'informations sur les antécédents familiaux a permis de mettre en évidence l'influence de facteurs génétiques. En effet, plusieurs gènes qui pourraient être impliqués dans les troubles du langage ont été identifiés.

Grâce aux données récentes de l'imagerie cérébrale sur la morphologie et le fonctionnement de notre cerveau, on peut affirmer qu'un certain nombre d'anomalies cérébrales sont retrouvées chez les enfants atteints de dysphasie. Ainsi, on remarque une perte de l'asymétrie du *planum temporale* (région impliquée dans le langage) et des anomalies plus discrètes comme une dilatation ventriculaires modérée ou des anomalies non spécifique de la substance blanche. L'hypothèse d'une réorganisation hémisphérique semble la plus aboutie. Le surdéveloppement de l'hémisphère droit responsable d'un traitement global de l'information provoquerait des difficultés à traiter rapidement les informations séquentielles qui parviennent à l'enfant. (Johnston et al. 1981 ; Cohen et al. 1991).

On remarque dans de nombreux cas que l'épilepsie coïncide avec la dysphasie, certains auteurs émettent alors l'hypothèse de la survenue d'évènements similaires à l'épilepsie avant la mise en place du langage pour expliquer la dysphasie.

Pour conclure, bien que des liens aient été établis entre la génétique ou la présence d'anomalies cérébrales et la dysphasie, les questions d'ordre étiologique restent en suspens.

2. Typologie des syndromes dysphasiques

Au lieu de parler de « LA dysphasie », il serait plus judicieux d'évoquer « les syndromes dysphasiques ». En effet, il existe autant d'entités cliniques que de personnes dysphasiques. Dans cette partie, nous allons tenter de mettre en évidence les principaux types de dysphasies c'est-à-dire celles que l'on peut regrouper sous le même grand ensemble sémiologique.

a) De nombreuses classifications

Le DSM IV ou encore la CIM 10 qui sont des manuels de référence, respectivement au niveau international et au niveau français, dont le but est de répertorier les différentes maladies distinguent les troubles spécifiques du langage de type expressif, de type réceptif et les mixtes.

Nombreux sont les auteurs qui se sont essayés à établir une classification des différents types de dysphasie. On retiendra :

- Ajuriaguerra (1958, 1965, 1973)

Il base sa classification sur le critère du degré de sévérité du trouble, ainsi il décrira le retard de langage qui correspond au premier stade de sévérité, puis la dysphasie et enfin l'audi-mutité, terme qui n'est plus employé, qui est le trouble le plus sévère. Il existerait donc une continuité entre chaque trouble dont les limites respectives concernent le degré de gravité. Les travaux d'Ajuriaguerra restent une référence mais on perçoit ici les limites de cette classification.

Il décrit également deux types de comportements langagiers chez l'enfant dysphasique. Premièrement, "Prolixe –" ou "prolixie peu contrôlé" correspond à un enfant qui parle beaucoup mais qui a des difficultés à rester dans la situation. Puis, "Econome –" ou "économe mesuré" qui correspond à un enfant qui a du mal à transmettre des informations et qui parle peu.

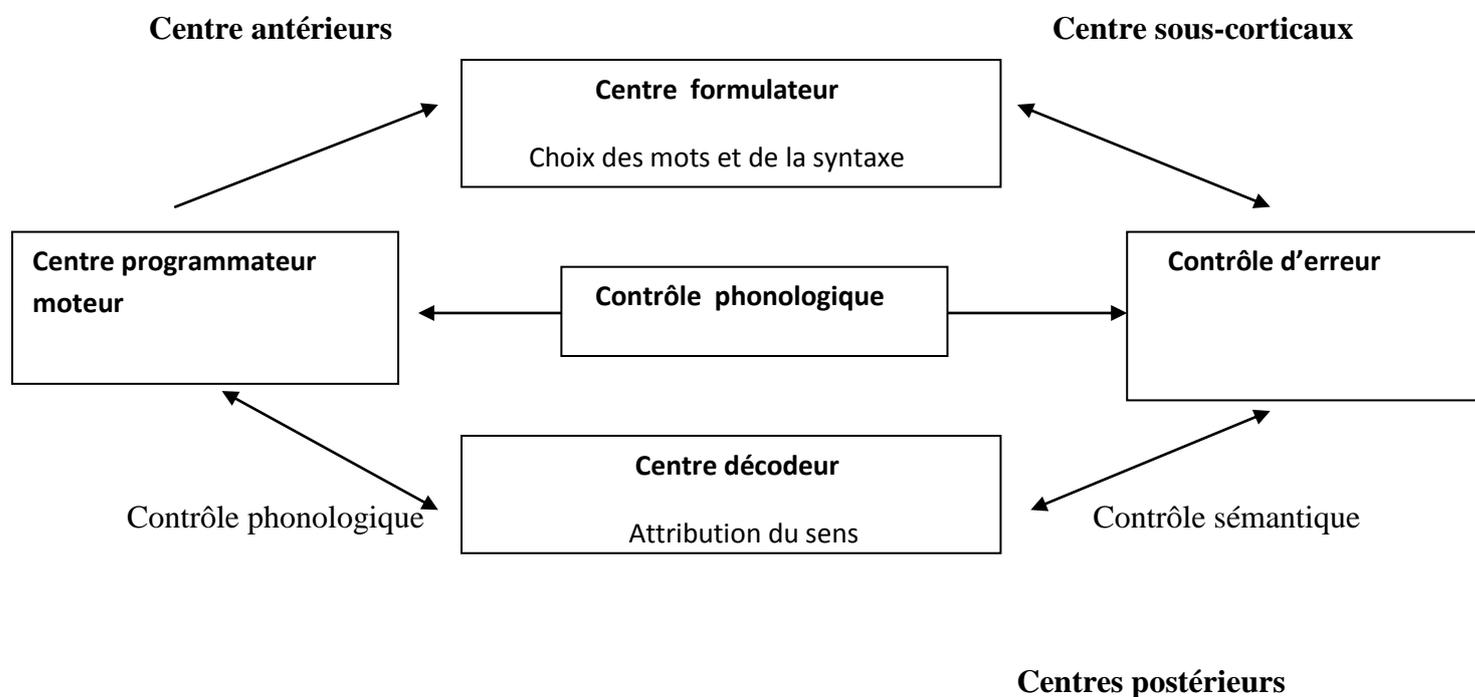
- Rapin et Allen (1983)

Cette classification est avant tout basée sur la symptomatologie c'est-à-dire sur les différentes composantes du langage qui sont atteintes. Elle comprend :

- L'Agnosie verbale auditive
- Dyspraxie verbale
- Déficit de programmation phonologique
- Déficit phonologique-syntaxique
- Déficit lexico-syntaxique
- Déficit sémantico-pragmatique

b) Celle que nous retiendrons

La classification proposée par Le Heuzay, Gérard et Dugas (1990) se base sur le modèle neuropsychologique de Crosson, présenté ci-dessous :



Elle se rapproche de la classification faite par Rapin et Allen mais utilise une terminologie différente et s'appuie sur un modèle neuropsychologique précis. Les fonctions sémantique et pragmatique sont associées aux centres corticaux antérieurs du langage alors que le décodage relève des centres corticaux postérieurs. Enfin, les centres sous-corticaux (= les noyaux gris centraux) contrôlent la cohérence du fonctionnement des centres corticaux antérieurs.

On peut observer des profils très hétérogènes qui rendent compte d'un dysfonctionnement d'un ou plusieurs domaines linguistiques ou encore d'une liaison entre les différents centres. C'est l'étude des différents profils grâce à ce modèle neuropsychologique qui permet d'adapter la prise en charge en fonction des difficultés de l'enfant et de ses « originalités » de fonctionnement.

On nommera les différents types de dysphasies mais on s'attachera seulement à développer la dysphasie phonologique-syntaxique qui sera retrouvée dans l'étude de cas de la partie pratique.

1. Dysphasie phonologique syntaxique

Dans cette forme de dysphasie qui est la plus fréquente, c'est la jonction formulation / programmation qui est mise en cause. On décrit souvent une hypospontanéité avec une pauvreté des productions verbales et une diminution de la fluence verbale mais une appétence à la communication et un pragmatisme préservés. Le langage est peu intelligible avec des déformations phonologiques qui peuvent être améliorées avec la répétition. On distingue également un stock lexical restreint, des troubles d'encodage syntaxique et une dissociation automatico-volontaire. La dysphasie phonologique-syntaxique est avant tout un trouble expressif mais on retrouve parfois des difficultés de compréhension morphosyntaxique.

Enfin, on remarque souvent des troubles praxiques qui peuvent s'exprimer par une apraxie ou une dyspraxie bucco-faciale ou encore dans le domaine psychomoteur avec par exemple des difficultés au niveau du graphisme.

2. Trouble de la production phonologique
3. Dysphasie lexico-syntaxique ou Dysphasie Mnésique
4. Dysphasie sémantique-pragmatique
5. Dysphasie réceptive

Les classifications sont donc variées mais elles tentent toutes d'apporter des éléments pour mieux comprendre le fonctionnement langagier de chaque enfant afin de mieux adapter la prise en charge et de mieux considérer la pathologie.

3. Un problème de santé publique

La dysphasie est loin d'être une pathologie rare puisqu'elle touche 1% de la population d'âge préscolaire à raison d'un sex ratio d'1.5 garçon pour une fille. Génératrice d'échecs scolaires et de souffrance, elle suscite désormais une prise de conscience de l'Education Nationale et du monde de la santé afin d'en adapter au mieux sa prise en charge.

a) Les conséquences psychologiques liées à l'enjeu social

Le langage s'est imposé comme l'une des fonctions les plus élaborées et indispensables de notre espèce : en effet nous vivons dans une société où chacun est invité à communiquer, à s'exprimer, à développer son savoir par le langage. Et cela, commence à l'école. Le langage revêt alors un caractère social avec la garantie de comprendre l'autre et d'être compris. Un enfant dysphasique est un enfant qui n'a pas acquis le code langagier utilisé par tous les gens qui l'entourent. L'enfant et sa famille peuvent-ils se débarrasser du poids d'un tel handicap dans la vie familiale, scolaire et sociale ?

Tout d'abord, la présence d'un trouble chez un enfant est toujours révélatrice d'une charge anxieuse pour l'enfant et sa famille à laquelle s'ajoute la fatigue et le stress véhiculé par le parcours médical parfois long et difficile.

Puis, la dysphasie est un trouble spécifique du langage oral donc avant tout un trouble de la communication. Rappelons-nous que le langage se développe grâce à l'interaction communicative entre l'enfant et son environnement c'est-à-dire principalement ses parents. Il existe une sorte de thermostat naturel qui va réguler les échanges : face à l'initiative et aux besoins de l'enfant, les parents vont ajuster leurs réponses. Dans le cadre de la dysphasie, il y a une distorsion des interactions précoces avec l'entourage : les parents perdent leurs repères et se retrouvent désarmés face à des attentes langagières qui n'arrivent pas. Le retentissement sur l'enfant est grand tant il perçoit la pression langagière et développe souvent une mauvaise estime de lui-même. Il y a une réduction du champ de la communication, le fait de ne pas comprendre, de ne pas être compris et d'avoir des difficultés à exprimer ce que l'on ressent est source d'énormément de frustration.

Ensuite, la dysphasie en plus d'avoir un impact sur la communication fait également partie intégrante des troubles des apprentissages. On note des difficultés persistantes dans l'acquisition des stratégies d'apprentissage académique chez ces enfants : ce qui les rend incapables de s'adapter à un environnement scolaire classique. La dysphasie rime souvent avec échec scolaire. Echec qui met en péril le développement affectif de l'enfant mais également sa vie professionnelle future.

En ce qui concerne les relations sociales, elles sont souvent difficiles. L'enfant a du mal à s'intégrer : il est souvent stigmatisé et montré du doigt par ses pairs qui rejette son discours considéré comme immature.

Par conséquent, on observe souvent des troubles du comportement qui sont des réactions à cette violence et cette souffrance vécues par l'enfant. Certains enfants ont une tendance à l'isolement et à l'inhibition alors que d'autres sont étiquetés comme étant entêté, opposant et perturbateur. Les conflits à la maison ou à l'école sont nombreux et viennent se surajouter aux difficultés déjà existantes. Enfin, il est parfois noté un état dépressif réactionnel plus ou moins important.

b) Vers une prise en considération des difficultés

La dysphasie est plus largement les troubles des apprentissages ne sont reconnus par l'école que depuis peu. Autrefois, en caricaturant à peine, on s'appuyait sur l'idée que la réussite ou l'échec scolaire ne dépendait que de la bonne volonté de l'élève.

Cependant, « *le rapport Ringard* » en 2000 va susciter l'intérêt et l'engagement conjoint de l'Education Nationale mais aussi du secrétariat d'Etat à la santé sur le problème de la dysphasie. En se basant sur le principe d'égalité des chances et sur la loi qui élève l'accueil d'élèves handicapés au statut de droit, le rapport Ringard aborde la dysphasie comme un problème de santé publique avec le constat que la maîtrise du langage est une condition d'accès à la réussite. Il va fournir un état des lieux fait d'initiatives qui méritent d'être valorisées notamment dans le milieu associatif mais également un constat d'insuffisances à combler en prenant l'exemple de pays qui ont des dispositifs plus élaborés et performants comme le Danemark, la Belgique, les Pays-Bas ou encore les Etats-Unis. Enfin, il propose des recommandations autour de l'amélioration de la prévention, du dépistage et de la prise en charge mais aussi autour du développement de la formation du personnel, de l'adaptation des structures de soin et du renforcement du partenariat institutionnel Santé/ Education Nationale.

« *Le plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage* » paru en 2001 continue et appuie le travail de connaissance, de compréhension et de recherche de solutions adaptées pour la prise en charge des enfants dysphasiques amorcé par le rapport Ringard.

Désormais, même si beaucoup de chemin reste à parcourir, grâce à une meilleure considération de la dysphasie en tant que réelle pathologie, de plus en plus de travaux s'intéressent aux besoins pédagogiques et thérapeutiques des enfants dysphasiques.

4. Conclusion

Cette première partie met en évidence l'inexistence d'un consensus scientifique autour des étiologies, des classifications et des terminologies employées dans le cadre de la dysphasie. La recherche a donc encore un rôle important à jouer dans la découverte de cette pathologie. L'ensemble des professionnels est pourtant d'accord sur un sujet : la nécessité d'un dépistage et d'un diagnostic précoce, sans être précipité avant 5 ans. Il existe une urgence thérapeutique et pédagogique si on considère la souffrance engendrée et les nombreuses conséquences d'un tel trouble. Une prise en charge pluridisciplinaire, adaptée à chaque enfant et à la pathologie semble évidente.

Partie II : L'Attention

« Faire attention à quelque chose », « prêter attention à quelqu'un » sont des expressions utilisées couramment pour parler de la fonction attentionnelle. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que cette dernière représente l'une des grandes fonctions cérébrales supérieures essentielles aux apprentissages.

1. Définition

Il existe deux mécanismes « sources » qui mettent en jeu l'attention :

- Un mécanisme exogène c'est à dire une modification brutale de l'environnement qui va déclencher une réponse attentionnelle quasi automatique, brève et transitoire. On peut qualifier ce mécanisme de « bottom up » car il se situe en dehors de la volonté du sujet. Ce système est mis en place très précocement chez le jeune enfant et lui permet notamment de développer ses capacités d'exploration.
- Le deuxième mécanisme, celui qui nous intéresse et qui sera développé par la suite, peut être qualifié de « top-down » il concerne un mécanisme endogène de mobilisation volontaire de l'attention, orientée par le projet et les intentions du sujet. Ce mécanisme apparaît plus tardivement dans le développement de l'enfant et est plus durable mais aussi plus coûteux au niveau cognitif.

L'attention doit se comprendre comme une fonction essentielle pour repérer, appréhender, analyser, comprendre et réagir de façon adaptée à une sollicitation de l'environnement et de l'individu lui-même. Mais elle doit également être perçue comme la capacité de se soustraire aux stimuli non pertinents de l'environnement qui viendraient gêner l'exécution de la tâche projetée. Le contrôle de l'attention est donc dépendant de la capacité à inhiber des stimuli internes (tels que des pensées parasites ou des rêveries) ou encore des stimuli externes provenant de l'environnement (comme par exemple la présence d'objets à proximité ou la survenue d'un bruit extérieur). Un trouble de l'attention peut donc prendre naissance dans un défaut d'inhibition et une distractibilité importante avec pour conséquence par exemple, des difficultés à mener un raisonnement ou à écouter une consigne jusqu'au bout.

L'attention est variable selon les individus et est intimement liée à l'état du sujet (fatigue, maladie, humeur) ainsi qu'à sa motivation.

2. Les différents types d'attention

L'attention peut être décrite sous différents aspects :

a) Selon la modalité sensorielle du stimulus

L'attention peut être essentiellement de nature visuelle, elle sollicite alors la composante oculomotrice, la prise d'informations de type spatiale et gnostique et la mise en place d'une stratégie du regard ou bien de nature auditive en faisant appel à la discrimination phonologique et souvent à la mémoire à court terme et la mémoire de travail auditivo-verbale.

b) Selon la tâche demandée

On distingue :

- ✓ **Attention soutenue**: c'est la capacité à maintenir un niveau d'attention volontaire pendant une longue période.

On peut la différencier de la **vigilance** qui correspond à un état où l'individu s'apprête à percevoir l'apparition d'un stimulus au sein de l'environnement. Pour illustrer cette notion, on peut penser au pêcheur qui se tient prêt au moment où le poisson va mordre à l'hameçon.

- ✓ **Attention divisée**: c'est la capacité à répartir son attention entre plusieurs sources d'informations. (Ex : écrire et écouter)
- ✓ **Attention sélective** : c'est la capacité à orienter de manière volontaire ses mécanismes de perception sur une information particulière et de la traiter de manière active tout en filtrant les éléments distrayants.

La notion de **concentration** peut être considérée comme regroupant la capacité de manipuler l'attention sélective ou divisée et l'attention soutenue simultanément en opérant une bonne résistance à la distractivité.

3. Le rôle de l'attention dans les apprentissages scolaires

L'apprentissage consiste à acquérir ou à changer notre façon d'interagir avec l'environnement pour la rendre plus efficace. Il recherche une modification spécifique, mesurable et durable du comportement ou de l'organisation mentale du sujet. L'apprentissage se distingue du processus de maturation du sujet et s'appuie sur différentes méthodes comme l'observation, l'imitation, le façonnement, les essais/erreurs et la répétition. Dans le cadre scolaire, l'apprentissage se définit par le processus d'acquisition des connaissances et des savoir-faire académiques.

L'attention s'articule avec les fonctions exécutives pour occuper une place centrale de « chef d'orchestre » au sein du processus d'apprentissage. Ce sont les habiletés cognitives qui permettent d'adapter nos comportements selon un contexte précis. L'attention est le pré-requis nécessaire à tout apprentissage, elle organise par exemple la planification, l'anticipation, l'inhibition, la flexibilité mentale et bien d'autre. Elle permet ainsi l'organisation de la pensée, la compréhension des situations grâce à la prise d'informations, la résolution de problèmes et entre en jeu dans l'ensemble des mécanismes de mémorisation et notamment en ce qui concerne la mémoire de travail très largement sollicitée à l'école.

Les difficultés d'attention provoquent alors une désorganisation de ce système et empêchent l'enfant de développer les stratégies cognitives nécessaires à une bonne scolarité. La plupart du temps, l'enfant ne peut suivre normalement en classe du fait d'un manque d'étayage constant ou encore du fait de l'apparition de troubles du comportement secondaires à ces difficultés.

« Le cerveau n'est pas une place publique où tout le monde parle à tout le monde : c'est une ville industrielle où chaque atelier, chaque échoppe a sa spécialité et sa fonction, même si chacun échange de nombreux produits, des savoir-faire et des idées avec les autres »
Alain Berthoz, La décision

4. Le syndrome déficitaire de l'Attention

Le trouble déficit de l'Attention/ Hyperactivité est un sujet qui intéresse la psychomotricité avec une prévalence élevée entre 3 et 5 % et une persistance à l'adolescence et à l'âge adulte. Il existe différents types de TDA/H mais celui qui va nous intéresser pour la suite est le TDA/H type inattention prédominante sans hyperactivité.

a) Description selon les critères diagnostiques du DSM-IV-TR

Le trouble déficitaire de l'attention sans hyperactivité se décrit à l'aide des critères suivants :

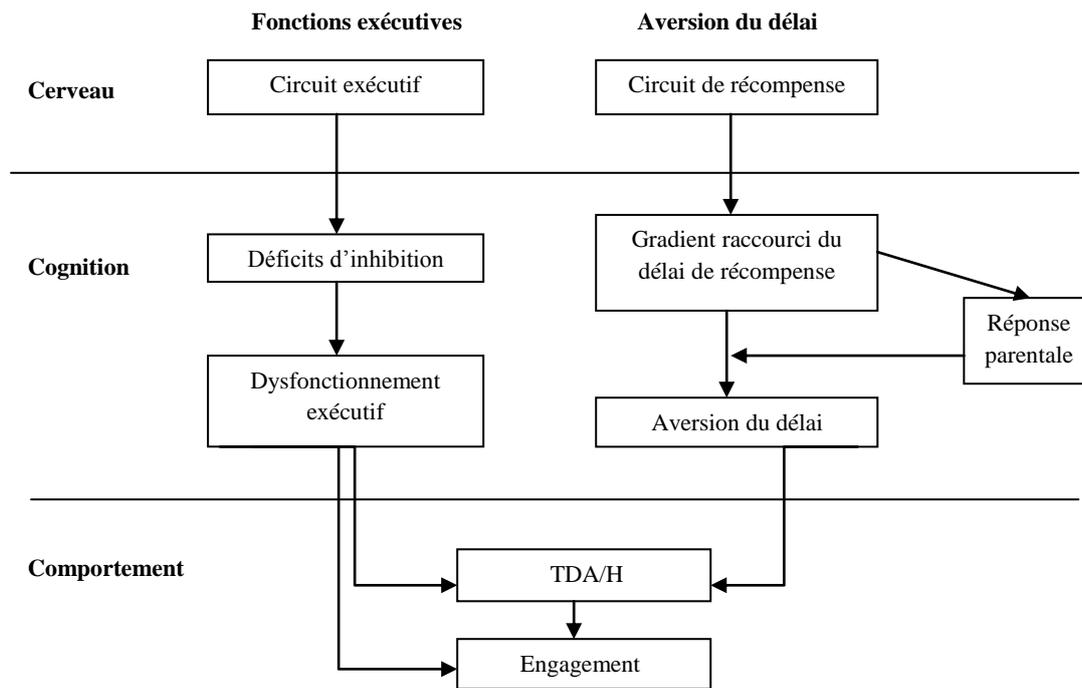
- Présence de 6 items sur 9 de la série inattention sur les six derniers mois
 1. Souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités.
 2. A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux.
 3. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement.
 4. Souvent ne se conforme pas aux consignes et parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles.
 5. A souvent du mal à organiser son travail ou ses activités.
 6. Souvent, évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu.
 7. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités.
 8. Souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli extérieurs.
 9. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne.
- Symptômes provoquant une gêne fonctionnelle présents avant 7 ans.
- Symptômes présents dans au moins deux types d'environnement différents.
- Altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.
- Diagnostic différentiel avec TED, Schizophrénie et autre trouble mental (thymique, anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité).

Il faut également distinguer le trouble déficitaire de l'attention avec des pathologies comme l'arriération mentale, les absences épileptiques, les déficits sensoriels, les endocrinopathies ou encore les négligences ou maltraitances.

b) Les principaux modèles explicatifs et hypothèses étiologiques

D'une part, grâce aux progrès de la génétique et de la neurobiologie, on a pu mettre en évidence l'implication possible de plusieurs gènes qui interviennent au sein du système dopaminergique. Ce dernier s'occupe du processus motivationnel, des renforcements, de la sélection, de l'initiation, du séquençage et des fonctions motrices. D'autre part, l'utilisation de la neuro-imagerie a permis d'observer la présence d'anomalies cérébrales structurelles et fonctionnelles chez le TDA/H et de connaître et de comprendre les différentes structures mises en jeu. Ainsi, on peut citer le cortex préfrontal, le striatum, l'aire tegmentale ventrale, le locus niger et le noyau accumbens. Pour donner un exemple, les études de Castellanos et al. 1996 et de Mostofsky et al. 2002 ont permis d'établir que le volume du cerveau est en moyenne plus petit de 5 à 8 % et notamment au niveau du lobe préfrontal où on retrouve les fonctions exécutives, d'autorégulation, d'inhibition et d'attention. La recherche étiologique autour du TDA/H montre également des facteurs de risque aggravants essentiellement physico-chimiques et psychosociaux non spécifiques à la pathologie.

De nombreux chercheurs se sont penchés sur la création de modèles pouvant expliquer la symptomatologie du TDA/H. On peut citer le modèle de Barkley, en 1997, qui s'appuie sur l'inhibition comportementale se répercutant sur les fonctions exécutives mais qui délaisse le domaine de l'inattention, celui qui nous intéresse. Le modèle le plus aboutie semble le modèle à deux voies de Sonuga-Barke, 2003, qui prend en compte à la fois le modèle d'aversion du délai (Sonuga-Barke, 2003) et le modèle de Barkley (1997). Ce modèle reprend l'intégralité de la symptomatologie. D'autres modèles qui ont fait avancer les recherches mériteraient d'être cités : le modèle cognitivo-énergétique (Sergeant, Oosterlaan, Van der Meere, 1999), la théorie dynamique développementale de Sagvolden, (1998) ou encore le modèle cognitivo-affectif de Nigg.



Modèle à deux voies (Sonuga-Barke, 2003)

c) Les modalités d'évaluation

➤ L'entretien

L'objectif principal de l'entretien est la collecte d'informations afin de mieux comprendre la pathologie et de mesurer l'impact et les répercussions du trouble sur la vie quotidienne au sein de la famille. En plus du recueil de données anamnestiques, il est primordial d'interroger l'enfant et ses parents sur les situations les plus difficiles à gérer, la fréquence et la durée de ces dernières, l'existence d'éléments déclencheurs ou aggravants, les comportements réponses qu'ils adoptent.

L'entretien permet de donner ou de redonner la parole à chacun pour exprimer son point de vue, la perception qu'il a de la situation et parfois pour exprimer des émotions difficiles comme de la souffrance, de l'impuissance, de la colère ou de la culpabilité.

Il permet également au thérapeute d'évaluer la conscience que l'enfant a de ses troubles, d'observer la dynamique familiale et le comportement de l'enfant au cours de l'entretien.

Il correspond à une entrée en relation et à la première étape de la mise en place d'une coopération nécessaire entre le thérapeute, les parents et l'enfant pour une meilleure prise en charge.

L'entretien est essentiel à une évaluation complète de l'enfant et de sa pathologie, il peut également être l'occasion de valoriser une image plus positive de l'enfant ou de fournir des conseils.

➤ Les questionnaires

Dans la continuité de l'entretien, les questionnaires apportent des informations supplémentaires à l'évaluation. Ils permettent de décrire l'enfant au sein de la sphère familiale lorsqu'ils sont remplis par les parents ou au sein de la sphère scolaire lorsqu'ils sont remis aux enseignants et d'évaluer la tolérance de ces derniers. Les questionnaires les plus utilisés sont :

- **Les questionnaires de Connors**

Pour les parents : Il comprend 48 items décrivant des comportements problèmes que l'on retrouve chez l'enfant TDA/H dont la présence est à évaluer selon quatre niveaux d'intensité (pas du tout / un petit peu/ beaucoup/ énormément)

Pour les enseignants : Il comprend 39 items divisés en trois catégories : comportement en classe, participation au groupe et attitude envers l'autorité. L'évaluation est la même que pour le questionnaire destiné aux parents, selon les quatre niveaux d'intensité cités plus haut.

- **Les Questionnaires révisés de Barkley**

Pour les situations à la maison : 17 items sous forme de situations de la vie quotidienne où il faut évaluer l'obéissance de l'enfant en fonction de neuf degrés d'intensité de léger à sévère.

Pour les situations à l'école : 8 items caractérisés par des moments précis où il faut évaluer selon la même échelle de degrés d'intensité que pour les situations à la maison les difficultés à faire attention ou à se concentrer de l'enfant.

➤ Les différents tests

Ils sont avec l'observation clinique, le moyen le plus efficace d'évaluer le défaut d'attention. Ils se basent sur les apports théoriques et ont fait l'objet d'études approfondies pour être le plus standardisé possible. Ces tests mesurent les différents domaines qui peuvent être déficitaire dans le cadre du TDA/H et notamment les fonctions exécutives. Le tableau ci-dessous reprend les principaux tests que l'on peut utiliser en psychomotricité.

DOMAINES	TESTS	AGES
Attention soutenue	<ul style="list-style-type: none"> - Attention visuelle de la Nepsy (Korkman et coll., 2003) - Le thomas (Aubert, Ducuing et Santamaria, 1998) - Test des deux barrages (Zazzo, 1972) - Test D2 (Brickenkamp, 1969) - Test d'exploration visuelle (Gautier et al. 1989) puis (Lacert et al. 1999) - Test de Corkum et al. (1995) 	3-12 ans 3-6 ans 9-15 ans 9-60 ans 4-9 ans
Attention divisée	<ul style="list-style-type: none"> - Test des deux barrages (Zazzo, 1972) - Trail Making Test (Sevino, 1998) 	9-15 ans 8-12 ans
Attention sélective	<ul style="list-style-type: none"> - Test de Stroop (Albaret et Migliore, 1999) - Attention auditive et réponses associées (Korkman et coll., 2003) 	7ans6m-14ans5m 5-12 ans
Fonctions exécutives	<p><u>(Planification)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Laby 5-12 (Soppelsa et Marquet Doléac, 2010) - Tour de Londres (Shallice, 1982) - Tour de la Nepsy (Korkman et coll., 2003) - Figure complexe de Rey (Rey, 1960 Wallon et Mesmin, 2009) <p><u>(Mémoire de travail)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Blocs de Corsi (De Agostini et coll., 1996) <p><u>(Inhibition)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Test de Stroop (Albaret et Migliore, 1999) - Test d'appariement d'images (Marquet-Doléac, Albaret & Bénesteau, 1999) - Laby 5-12 (Soppelsa et Marquet Doléac, 2010) - Cogner/frapper de la Nepsy (Korkman et coll., 2003) <p><u>(Flexibilité)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Test de classement des cartes du Winsconsin (Heaton et coll., 2002) - Trail Making Test (Sevino, 1998) <p><u>(Fluence)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fluidité de dessins de la Nepsy (Korkman et coll., 2003) 	5-12 ans 7-17 ans 5-13 ans 4ans-adulte 3-8 ans 7ans6m-14ans5m 8-15 ans 5-12 ans 3-12 ans 8ans-adulte 8-12 ans 3-12 ans

Enfin, le test d'évaluation de l'attention chez l'enfant (TEA- Ch) permet de mesurer différents domaines tels que l'attention soutenue, l'attention sélective, l'attention divisée, l'inhibition, et la flexibilité en fonction des épreuves présentées et de l'âge correspondant.

5. Conclusion

L'Attention est une fonction cérébrale supérieure essentielle à notre adaptation à l'environnement. C'est une fonction très largement sollicitée tout au long de notre scolarité : sans elle aucun apprentissage n'est possible. Lorsque celle-ci est déficitaire, elle est souvent synonyme d'échec scolaire, de difficultés relationnelles avec les pairs et les adultes et donc d'une grande souffrance à la fois pour l'enfant et pour les parents.

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité intéresse largement le domaine de la psychomotricité du fait de la sévérité du retentissement sur la vie du sujet mais également à plus long terme la persistance des troubles à l'adolescence ou encore à l'âge adulte. La recherche scientifique en a fait un sujet d'étude autour des différentes théories explicatives ou hypothèses étiologiques.

Aujourd'hui, on dispose de nombreux outils d'évaluation et de dépistage pour permettre ensuite la mise en place d'une prise en charge plus précoce et plus adaptée. L'utilisation de plus en plus courante d'un traitement médicamenteux ne signe pas la fin de la prise en charge comportementale et cognitive. Au contraire, elle permet la mise en place d'une approche multimodale plus efficace à laquelle il faut ajouter l'importance du travail d'intervention auprès des familles et du milieu scolaire en créant un partenariat pour aider à mieux comprendre le trouble et mieux adapter l'environnement.

Partie III : Le lien entre Dysphasie et Trouble de l'attention

1. L'Attention, un trouble associé ou une comorbidité ?

La dysphasie est un trouble spécifique que l'on retrouve rarement de façon isolée. En effet, elle possède de nombreux troubles psychomoteurs associés qui sont des troubles praxiques, de latéralisation, de visuoconstruction et une immaturité des habiletés motrices. On remarque également une forte association entre les troubles du langage oral et le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité de la même manière qu'avec le trouble d'acquisition des coordinations : il s'agit de fortes comorbidités entre langage et motricité. La comorbidité se définissant comme une association non aléatoire de plusieurs entités morbides indépendantes entre elles, présentes chez un individu. Les études suivantes, (Cohen et al., 2000 ; Westerlund et al., 2002 et Tirosh et Cohen, 1998) parlent d'une comorbidité avec le TDA/H de 45% sur un échantillon de 3208 enfants âgés de 6 à 11 ans.

Avec cette observation, on peut se poser la question de la présence d'éventuels mécanismes communs qui nuanceraient la notion de « trouble du langage spécifique » et plus largement, appuieraient le fait que les troubles développementaux sont rarement isolés. Gilger et Kaplan (2001) parlent de Développement Cérébral Atypique, c'est-à-dire l'observation de variations cérébrales structurelles et fonctionnelles qui ne sont pas localisables ni imputables à une région particulière du cerveau mais dont dépendent les capacités observées chez un individu. C'est une théorie dite « dynamique » qui met l'accent sur l'analyse fonctionnelle des déficits pour élaborer un projet de soins plutôt que sur les corrélations anatomo-cliniques.

L'association Dysphasie et TDA/H est donc fréquente ce qui pose de nombreuses questions et notamment en ce qui concerne la délimitation des entités nosographiques. On observe alors des difficultés surajoutées du fait de cette association et un retentissement du trouble de l'attention sur la rééducation du langage.

2. Principes généraux communs de prise en charge

Le trouble déficitaire de l'attention et la dysphasie sont deux pathologies qui peuvent être associées mais qui possèdent chacune leurs propres spécificités. Cependant, on peut remarquer qu'elles partagent un certain nombre de principes généraux de prise en charge qu'il convient de respecter afin de favoriser la compliance de l'enfant ou encore afin de ne pas le mettre en situation d'échec et ainsi de préserver la relation thérapeutique.

Ces principes généraux s'articulent autour de trois domaines :

- L'aménagement de l'environnement :

Pour les enfants souffrant d'un trouble déficitaire de l'attention, l'organisation de l'environnement est primordiale, elle vise à dépouiller l'espace de travail en ne laissant que le matériel minimum nécessaire afin de diminuer les sources potentielles de distraction : cela concerne le bureau comme l'ensemble de la salle qui regorge de stimuli parasites possibles. De plus, la structuration de la séance passe par la prise de conscience de la notion temporelle et la mise en place d'outils comme une horloge, un chronomètre ou un timer pour en mesurer l'évolution.

Dans le cadre de la dysphasie, il faut veiller à l'utilisation d'un matériel ou à la mise en place d'indices de nature essentiellement visuelle ce qui est plus porteur de sens pour l'enfant qui possède souvent des problèmes de conscience phonologique, de mémoire de travail auditivo-verbale et de compréhension. . Les informations doivent lui être proposées plusieurs fois et par tous les canaux sensoriels possibles afin qu'il puisse réellement les utiliser

Pour les deux pathologies, un déroulé de séance à base de pictogrammes peut être utile comme moyen de structuration mais aussi comme moyen de compréhension et d'anticipation pour la suite de la séance. L'instauration de rituels est souvent source d'apaisement et développe encore la structuration du temps.

- L'adaptation du comportement du thérapeute et de sa façon de communiquer les informations à l'enfant :

Les consignes doivent être claires, concises et présentées sous des modalités variées pour être entendues et comprises à la fois de l'enfant dysphasique et de l'enfant TDA. Le vocabulaire utilisé doit être le même que celui de l'enfant. Il existe des stratégies au niveau verbal, ralentir le débit, augmenter la redondance avec des exemples, des répétitions, contrôler l'intonation et il existe également des stratégies au niveau non verbal telle que développer et utiliser la gestualité et le langage du corps.

Le professionnel doit au maximum porter un regard positif sur l'enfant, en prenant soin de renforcer tout effort et en étant attentif aux signes de fatigue ou de lâcher-prise de l'enfant pour permettre de ménager des pauses ou d'alterner avec une activité plus dynamique et moins coûteuse en attention. L'utilisation de renforcements doit être à la base de la rééducation : ils doivent être positifs et immédiats et ignorer les comportements inadéquats excepté la violence et le manque de respect. Il est essentiel de favoriser la motivation de l'enfant en s'appuyant sur ses centres d'intérêt et sur ses compétences afin de développer une meilleure image de lui-même. Il est également nécessaire de toujours encourager la communication sous toutes ses formes, ainsi que de permettre et d'inciter l'enfant à demander de l'aide.

Avant tout travail, le thérapeute doit limiter et définir les règles à suivre et les comportements attendus ainsi que les récompenses ou les conséquences associées.

- Les activités mises en place :

Elles devront être choisies en fonction d'un nombre limité d'objectifs cohérents et réalisables par l'enfant. Il faut ajuster les attentes aux difficultés de l'enfant et prendre soin de ne pas mettre en place des activités où la composante verbale est trop importante afin de ne pas créer de difficultés supplémentaires qui empêcheraient la bonne réalisation de la tâche. L'ordre des différentes activités doit respecter une alternance entre celles à composante perceptive prédominante avec celles à forte composante motrice. Enfin, les activités choisies doivent respecter le principe de multisensorialité c'est-à-dire le renforcement de toutes les voies sensorielles susceptibles de compléter l'audition dans sa tâche de percevoir, d'analyser et d'emmagasiner la parole et le langage.

Pour de nombreuses pathologies et particulièrement dans le cadre de l'association d'une dysphasie avec un trouble déficitaire de l'attention, il convient d'adapter l'ensemble de la prise en charge autour du fonctionnement spécifique de l'enfant. Pour cela, il faut opérer une bonne évaluation de l'enfant pour mieux le comprendre et chercher à développer les connaissances liées aux différents troubles qu'il présente pour ensuite adapter le comportement, l'environnement et les activités proposées aux difficultés de l'enfant.

3. Les techniques de la prise en charge du trouble déficitaire de l'attention appliquées à la pathologie Dysphasique.

Les techniques de rééducation utilisées dans le cadre d'un trouble déficitaire de l'attention ont fait leurs preuves tant au niveau comportemental que cognitif. Alors que certaines peuvent être employées face à un enfant dysphasique, au contraire d'autres nécessitent des aménagements.

a) Les techniques adaptées

- La **compliance** correspond à la capacité de répondre positivement à une demande, elle est reliée à la notion de motivation initiale à entrer dans une activité et générale, à y rester. Pour favoriser la compliance, les outils utilisés pour le trouble déficitaire de l'attention, sont également valables pour les enfants dysphasiques. Ce sont :
 - Les renforcements
 - Le principe de Premack qui est un contrat entre l'enfant et le thérapeute autour du choix des activités, ce dernier évolue dans le temps.
 - L'économie de jetons qui correspond à un système de récompense visualisé par des pièces ou des jetons.

- Pour l'**arrêt d'une réponse en cours**, on peut également utiliser :
 - Le retrait d'attention
 - Le Time out c'est-à-dire une mise à l'écart d'une situation trop difficile à gérer pour l'enfant.

- En ce qui concerne la **distribution de l'attention**, on va retrouver l'ensemble des jeux utilisés pour les enfants TDA/H à condition qu'ils ne soient pas à forte composante verbale. De plus, on peut utiliser les feedbacks afin de donner à l'enfant un retour sur les ruptures attentionnelles qu'il a montré durant la séance.

- Au niveau du travail sur **l'inhibition d'une réponse**, on peut mettre en place :
 - La consigne de respecter un délai de réponse
 - Ou celle de ne pas répondre à certains stimuli
 - Ou enfin, celle de produire une réponse inverse à celle attendue si celle-ci est d'ordre motrice et non verbale (exemple du cogner/frapper de la Nepsy)

- La **gestion temporelle** peut se travailler au moyen des mêmes instruments de mesure et de la même manière en découpant les tâches en sous unités.

- **La mémoire de travail** quant à elle fera l'objet d'exercices de type non-verbal comme par exemple la reproduction d'une séquence gestuelle après observation ou encore autour de la mémorisation de déplacements à refaire à l'envers.

b) Les techniques à adapter

- **Pour la gestion du délai**, la technique du « Stop, Ecoute et vas-y » ne peut pas être employée. De plus, les consignes doivent être au maximum présentées avec des aides visuelles et démonstratives. Par contre, on peut aisément imaginer un « Stop, Regarde et vas-y » à la place.

- Pour travailler **la distribution de l'attention**, il paraît difficile de faire appel aux exercices de double tâche comme faire une action et en même temps compter ou parler. Au contraire, il faut veiller à favoriser au maximum l'intégration d'une consigne à la fois pour que l'enfant puisse être efficient. On peut par contre, jouer sur le nombre d'informations présentées simultanément mais de manière progressive en respectant le rythme de l'enfant.

- Au niveau de **l'achèvement de la tâche**, le soliloque qui représente une aide non négligeable pour la poursuite d'une activité n'est pas possible pour un enfant dysphasique. De la même manière, le programme d'auto-instruction bien qu'efficace n'est d'aucune aide dans ce cadre là. Il est essentiel de trouver un moyen qui permette à l'enfant de rester volontairement en contact avec la tâche à accomplir. Ce moyen doit s'appuyer sur une composante autre qu'auditive ou verbale. La Gestion mentale peut alors être envisagée comme une alternative au soliloque car respecte l'originalité de fonctionnement d'un enfant dysphasique. Mais qu'est ce que la Gestion mentale ?

c) L'intérêt d'une pratique orientée vers la Gestion mentale

❖ Les principes

La Gestion mentale s'appuie sur les travaux d'Antoine de la Garanderie (1920), un philosophe et pédagogue français. Elle a pour but d'explorer, de décrire et d'étudier les processus mentaux dans leur diversité. On peut parler d'une psychologie de la conscience cognitive basée sur le respect des habitudes mentales de chacun. Elle vise une meilleure connaissance du fonctionnement mental de l'enfant par lui-même et par le professionnel afin d'élargir ses compétences grâce à des stratégies mentales qui respectent son fonctionnement et qui participe à développer son autonomie.

L'itinéraire mental d'un sujet face à un objet ou une situation décrit par la Gestion mentale est le suivant :

- La première étape représente la **perception** d'un message présenté selon les différentes modalités : visuelle, auditive et kinesthésique. C'est un premier niveau d'analyse du cerveau qui correspond au traitement des informations élémentaires issues de nos organes de sens.
- La deuxième étape est le prolongement de la perception, c'est l'**évocation**. L'intérêt est de faire exister mentalement ce qui est perçu grâce à des allers/retours volontaires entre l'objet perçu et l'objet évoqué pour qu'ils soient identiques. L'évocation se fait en fonction de paramètres qui varient selon la tâche. Ainsi, dans sa tête, soit on entend ou on

voit, soit on voit le mot épelé ou écrit, soit on fait un lien étymologique ou encore soit on se raconte une histoire.

- Ces deux étapes sont à la base des différentes opérations cognitives que l'on peut ensuite réaliser. En Gestion mentale, on parle des **gestes mentaux**, ils peuvent être enseignés au même titre que n'importe quelle discipline. Ils sont au nombre de cinq :
 - ✓ Le geste d'Attention
 - ✓ Le geste de Mémoire qui s'obtient grâce à des répétitions successives à des moments espacés dans le temps.
 - ✓ Le geste de Compréhension correspond à un tri effectué dans le perçu pour évoquer des indices pertinents et rechercher entre eux des liens logiques en ayant le projet soit d'expliquer soit de savoir appliquer.
 - ✓ Le geste de Réflexion : c'est un rappel volontaire d'éléments existants dans notre bibliothèque mentale et qui vont nous aider à faire des liens logiques nécessaires à la compréhension et à la réalisation de nombreuses tâches complexes.
 - ✓ Le geste d'Imagination s'intéresse à la découverte ou à l'invention.

Toutes ces étapes n'ont de sens sans être inscrites dans l'espace ou dans le temps et sans la formulation d'un **projet**, moteur de l'activité mentale. Il permet de guider l'évocation et d'orienter les gestes mentaux : c'est une anticipation dans l'avenir, propre à chacun sur les moyens que l'on va utiliser pour atteindre les objectifs.

Exemple : Tu vas bien regarder l'image pour ensuite pouvoir la reproduire.

La Gestion mentale s'intéresse à respecter l'hétérogénéité des rythmes, des profils d'apprentissage et à améliorer le manque d'attention et de concentration, l'hyperactivité, les difficultés d'accès au sens et de compréhension des consignes, l'image négative de soi et le découragement, la faible mémoire, les difficultés de mise au travail, le manque de réflexion et l'absence de créativité. Pour la Gestion mentale, l'ensemble de ces troubles prennent source dans un manque de connaissance de soi, d'intériorisation et d'appropriation des ses propres mécanismes cognitifs ainsi que d'un manque de confiance en soi. Elle se base sur le fait de rendre conscient « la boîte noire » cognitive de l'enfant et pour cela, demande au thérapeute d'effectuer la même démarche de connaissance de ces propres processus mentaux.

Bien que la Gestion mentale soit surtout décrite dans le cadre scolaire elle s'applique également au domaine thérapeutique.

❖ L'application de la Gestion mentale au niveau thérapeutique

L'intervention du professionnel vise à développer le recours à l'évocation en faisant systématiquement appel à la formulation du projet et donc en donnant un sens à l'exercice. Pour cela il doit présenter de manière claire et compréhensible les objectifs et mettre en place un temps d'évocation où l'enfant tente de faire revivre l'image ou la phrase par exemple, dans sa tête. Il est important de respecter le rythme de l'enfant et de laisser du temps après chaque information présentée.

Pour l'évocation, il faut repérer les enfants qui privilégient plutôt la modalité visuelle de ceux qui privilégient plutôt l'auditive ou encore ceux qui utilisent les deux modalités indifféremment ce qui permet soit de chercher à développer la palette évocative soit d'adapter les exercices aux particularités de l'enfant.

Pour l'enfant dysphasique par exemple, il fonctionne surtout en se donnant des représentations mentales visuelles, quelles que soient les modalités sensorielles sollicitées, Ainsi, lorsqu'il entend une cloche sonner, il revoit mentalement l'image d'une cloche plutôt que la perception du son dont il a pu faire l'expérience. Il faudra donc lui apprendre à prolonger son évocation visuelle d'une évocation auditive ou verbale. Avec eux, il faut utiliser des exemples multiples et illustrés pour accéder au concept ; c'est un raisonnement par induction. La gestion de l'espace est également plus efficace chez ces enfants que la dimension temporelle et séquentielle : il faut en tenir compte dans nos explications.

Ainsi toute démarche d'apprentissage, et notamment au niveau du langage en orthophonie va suivre la démarche suivante :

- 1) Expliquer à l'enfant qu'il faut regarder ce qui va lui être montré pour en avoir une image dans sa tête
- 2) Montrer sans nommer, puis cacher
- 3) Laisser du temps pour qu'il se donne une image mentale visuelle de ce qu'il a vu
- 4) Faire faire des « va et vient » entre le perçu et l'image évoquée.

On peut alors associer la modalité auditive :

- 5) Expliquer ensuite qu'il va entendre dénommer l'objet et qu'il devra sur l'image évoquée visuellement réentendre ou se répéter ce qui a été dit
- 6) Nommer sans rien montrer (répéter si nécessaire)
- 7) Laisser du temps pour permettre la création d'un évoqué auditif qui ne pourra se réaliser qu'à partir de l'image mentale visuelle déjà constituée

En ce qui concerne le geste d'attention plus particulièrement, c'est le projet de faire vivre une information concrète, symbolique ou créée, dans sa tête en présence de l'objet perçu. Il faut alors susciter le projet d'attention. Dans la prise en charge de l'attention, on va surtout solliciter le domaine visuel et donc les quatre premières étapes. On peut alors travailler avec des jeux comme le Memory où on demande à l'enfant de visualiser la carte retournée dans tous ses détails et l'endroit où elle est placée mais on peut aussi utiliser cette méthode dans la mémorisation de parcours ou encore dans la reconnaissance haptique d'un objet vu précédemment. Grâce à la Gestion mentale, on va favoriser la prise d'informations consciente et le maintien de celles-ci en mémoire. On peut remarquer chez les enfants une nouvelle motivation face à la Gestion mentale qu'ils ressentent comme un projet auquel ils participent activement. Ils développent alors une capacité d'écoute supérieure et perdent l'habitude de se précipiter dans l'agir sans réflexion.

Pour conclure, la Gestion mentale est un outil encore peu connu qui permet d'enrichir le diagnostic et qui dans ses principes et stratégies est adaptée à la rééducation de troubles cognitifs comme le défaut d'attention ou les difficultés de mémorisation à la fois pour l'enfant TDA/H mais également pour l'enfant dysphasique. Elle nous permet d'enrichir nos pratiques sans les bouleverser et de reconnaître et valoriser l'identité cognitive de l'enfant quelque soit ses difficultés. Elle peut être vue comme une nouvelle façon d'appréhender la prise en charge d'enfants porteurs de difficultés scolaires en favorisant la prise de conscience de leur manière de procéder face à une tâche puis en leur apprenant les gestes mentaux nécessaires à la réussite du projet formulé.

4. Conclusion

L'association entre la dysphasie et le trouble de l'attention est fréquente. On se place dans le cadre d'une comorbidité réunissant les difficultés spécifiques à chacune de ces pathologies ce qui augmente la gravité du tableau clinique et met en péril à la fois la scolarité et le développement psychoaffectif de l'enfant. Cela suppose donc que les troubles soient investigués et pris en compte dans la démarche de soins. L'intérêt d'une prise en charge psychomotrice est de considérer l'enfant dans sa globalité : rééduquer le trouble déficitaire de l'attention dont le psychomotricien a la charge mais en l'inscrivant dans la dynamique de la Dysphasie (ce qui implique une bonne connaissance de cette dernière et d'agir en collaboration avec l'orthophoniste). Le rôle du psychomotricien sera de porter un autre regard sur les difficultés cognitives en les considérant comme un symptôme à part entière impliquant des techniques de rééducation et des aménagements spécifiques dans la prise en charge.

C'est par le bilan psychomoteur et l'observation clinique, que le psychomotricien va consolider ses axes de travail et réfléchir à l'élaboration du projet thérapeutique qui fera l'objet de nombreux questionnements et d'une démarche rigoureuse. Dans la partie pratique, j'ai tenté de suivre ce canevas pour essayer de justifier une prise en charge respectueuse des données théoriques exposées. Ces dernières ont montrées que la démarche proposée par la Gestion mentale montrait de nombreux avantages dans la rééducation de l'attention et c'est ce que je vais essayer de montrer en m'appuyant sur la présentation d'Antoine dans la suite de ce mémoire.

PARTIE PRATIQUE

Partie I : Présentation d'Antoine, né le 28/05/2002

1. Anamnèse

Antoine est un garçon âgé de 8 ans et 11 mois. Il suit sa scolarité en demi-internat dans la classe 1 pour enfants dysphasiques du CSDA d'Albi depuis septembre 2009.

Je possède peu d'éléments sur son anamnèse. Il a un frère aîné Benjamin âgé de 11 ans. Il évolue dans un contexte familial difficile : il vit avec la maman alors que le papa a déménagé dans une autre ville. En juin 2009, ce dernier fait l'objet d'une enquête judiciaire pour des faits de violence sur Antoine. Depuis, les visites chez le papa sont difficiles et ce dernier n'a pas accès à l'adresse de la maman. Sur le plan médical, on peut noter une myopie sur un œil. En 2010, face aux problèmes d'agitation et d'attention que présente Antoine, le médecin lui prescrit un psychostimulant, la ritaline LP 20mg en dehors des vacances scolaires.

2. Les différents bilans

a) Bilan psychologique (Septembre 2009 : 7ans 4 mois)

Antoine a été testé selon la batterie EDE I R (le WISC étant trop inaccessible pour lui). On note :

- Efficience verbale : **49**
- Efficience non verbale : **85**
- Efficience catégorielle : **81**

Antoine montre des capacités limitées mais il a beaucoup évolué depuis l'évaluation précédente. Le décalage correspond à un trouble spécifique du langage oral.

b) Bilan orthophonique (Septembre 2010 : 8 ans 4 mois)

Capacités expressives : l'expression reste très altérée, malgré des progrès sensibles depuis le bilan précédent. Antoine fait souvent des efforts, mais les praxies restent difficiles. Il ne peut bouger les lèvres qu'à minima et peut refuser de se mobiliser davantage. La répétition n'améliore pas la production. La lecture, par contre, permet une meilleure articulation.

Capacités réceptives : Antoine possède un lexique passif assez pauvre, qui le met en décalage de 2 ans environ avec ce que l'on attend à son âge. La compréhension morphosyntaxique est correcte en première intention, mais la fatigue et le manque d'attention ne lui permettent pas d'améliorer ses performances lors d'une deuxième présentation de structures grammaticales identiques.

Mémoire et attention : la mémoire sur entrée auditive reste très déficitaire, qu'il s'agisse de rythmes, de chiffres ou de mots. La mémoire de travail verbale est également difficilement mobilisable, ce qui pénalise beaucoup Antoine dans ses apprentissages. Les entrées visuelles sont mieux gérées mais cela reste difficile pour lui.

Conscience phonologique : La segmentation syllabique est acquise, de même que pour l'identification d'un son voyelle à l'intérieur du mot. Les rimes sont très difficiles à percevoir, et l'inversion syllabique n'est pas réalisable.

Conclusion : Le langage oral a bien progressé sur le plan de la construction syntaxique même s'il reste encore très altéré, et les troubles phonologiques et mnésiques sont encore bien présents. Les praxies bucco-faciales demandent à être travailler. Antoine fait des efforts pour compenser ses réelles difficultés, mais il reste très fatigable, son attention est souvent labile et il peut y avoir des périodes de découragement et de lâcher prise.

c) Bilan pédagogique (Mars 2011 : 8 ans 10 mois)

Antoine est un élève parfois agité mais motivé par les apprentissages. Il participe activement en classe. Il est encore très impulsif et veut souvent aller trop vite. Il n'écoute pas les consignes et n'écoute pas quand on le reprend à ce sujet.

En ce qui concerne la langue orale, son discours reste peu intelligible et peu structuré. Il a une bonne compréhension du langage oral au quotidien et des histoires lues.

En lecture, les phonèmes étudiés sont reconnus malgré quelques confusions. Le système combinatoire est acquis. Antoine déchiffre et comprend de petits textes (3 lignes) contenant les mots et phonèmes étudiés.

Pour l'écriture, Antoine écrit surtout en majuscule scripte. La reproduction de modèles de lettres en écriture cursive est encore très difficile pour lui et dépend beaucoup de sa motivation. Pour la production d'écrit, le travail s'organise à l'aide de la méthode MAKATON. Antoine choisit et organise de mieux en mieux les pictogrammes pour former deux phrases en description d'images.

Pour les mathématiques, Antoine maîtrise la comptine numérique jusqu'à 59. Il a une bonne compréhension des situations mathématiques en général. Il comprend le sens des opérations (additions et soustractions) mais fait des erreurs de dénombrement.

Conclusion : Antoine progresse dans ses apprentissages mais de manière irrégulière. Ses progrès sont souvent parasités par ses difficultés d'attention et son agitation, de plus il reste très fatigable.

d) Bilan psychomoteur (Janvier/Février 2011 : 8 ans 8 mois)

En ce qui concerne la passation des tests psychomoteurs : celle-ci s'effectue sur 5 séances. Il est nécessaire d'alterner les épreuves avec des petits jeux pour permettre à Antoine de se remobiliser car les tests lui coûtent beaucoup d'énergie. A plusieurs reprises, Antoine est confronté à ses difficultés : il se décourage rapidement et peut devenir opposant en refusant de continuer l'épreuve. Antoine est aussi un enfant sensible aux renforcements et qui a besoin d'être valorisé pour prendre confiance en lui.

Du fait de sa dysphasie, je suis obligée de faire attention à la formulation de consignes simples et claires et de m'assurer de sa bonne compréhension en mettant en place des essais systématiques pour chaque épreuve ou en faisant moi-même une démonstration pour lui offrir une représentation visuelle de ce que j'attends de lui. Je procède donc à un aménagement de

certain tests pour les adapter aux spécificités liées à la dysphasie plutôt que privilégier la standardisation.

En ce qui concerne le domaine de l'attention, je n'ai pas pu présenter l'ensemble des épreuves utiles et nécessaires pour une évaluation complète. En effet, Antoine était soit hors tranche d'âge (D2) soit difficilement mobilisable face à des tests comme le T2B ou l'appariement d'images. Pour le Stroop, la lecture étant en cours d'acquisition, les résultats n'auraient pas été valides. Se baser uniquement sur l'attention visuelle de la Nepsy semble insuffisant mais dans l'ensemble des tests présentés la composante attentionnelle rentre en jeu. C'est pourquoi j'ai fait le choix de m'appuyer également sur les observations cliniques lors des autres tests pour appuyer le défaut d'attention. Grâce à une attention plus soutenue on peut supposer qu'Antoine aurait eu des meilleurs résultats pour la figure de Rey, la tour de Londres et que les Laby 5-12 auraient pu être terminés.



Développement moteur (Batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant, M-ABC)

Dextérité manuelle, note totale de dégradation : **7.5 (égale au 5^{ème} centile)**

Maîtrise de balles, note totale de dégradation : **4.5 (entre le 5^{ème} et le 15^{ème} centile)**

Equilibre statique et dynamique, note totale de dégradation : **12 (< au 5^{ème} centile)**

Note totale de dégradation : **25 (< au 5^{ème} centile)** ce qui le place dans les 0.2% de sa classe d'âge.

Latéralité croisée : droite manuelle et pied gauche dominant

En ce qui concerne les épreuves de dextérité manuelle, Antoine se décourage vite dès qu'il sent qu'il a des difficultés. On peut remarquer de nombreuses syncinésies bucco-faciales et un tonus d'action élevé ce qui dessert la précision. De plus, on note une utilisation de la pince tripodique mais un tracé de la fleur tremblé et de nombreux levés de crayon.

Pour la maîtrise de balles, Antoine a des difficultés à apprécier correctement la force nécessaire pour les rebonds ou les lancers. Ses gestes manquent de fluidité mais on peut noter que l'entraînement améliore les performances.

L'équilibre statique et dynamique est très précaire. Il est causé par une mauvaise régulation du tonus et une déviation du pied droit vers l'intérieur.

Antoine présente un trouble d'acquisition des coordinations.



Connaissance droite/gauche (Piaget)

Antoine connaît sa droite et sa gauche sur lui mais pas sur autrui car il n'a pas encore acquis la réversibilité.



Evaluation de la motricité Gnosopraxique Distale

A l'épreuve d'imitation des gestes simples, il obtient un résultat de **8/10** ce qui le place largement en dessous des résultats attendus pour son âge. En ce qui concerne les gestes complexes, il peut en reproduire **10 sur 16**. Antoine montre des difficultés à orienter et à agencer ses praxies pour coller au modèle.



Fonctions neurocognitives, (Nepsy)

○ Attention visuelle

	Item des chats	Item des visages
Temps	40 secondes soit – 0,46 DS	144 secondes soit + 0,14 DS
Omissions (score de dégradation)	3 soit + 2,2 DS	15 soit + 4,3 DS
Fausses alarmes (score de dégradation)	0 soit – 0,17 DS	9 soit + 1,5 DS

L'item des chats n'est pas entièrement réussi malgré sa facilité, quant à l'item des visages on note de nombreuses substitutions et erreurs. La partie gauche a été largement moins explorée que la partie droite. Antoine montre des difficultés à prendre en compte tous les différents éléments du visage. Ainsi il met en place une stratégie lui permettant de diminuer les allers retours avec le modèle en attribuant aux visages la seule caractéristique « content / pas content ». Antoine montre une aversion du délai : il s'arrête les deux fois avant la fin du temps imparti et procède à une rapide vérification sans grande efficacité. En s'appuyant à la fois sur les résultats et l'ensemble des observations cliniques, on peut noter un défaut d'attention soutenue et divisée.

- **Cogner / Frapper**

Note standard : **29** ; score : + **0.4 DS**

Antoine ne présente pas d'impulsivité motrice lors de cette épreuve.

- **Copie de figures**

Note standard : **38** ; score : - **2.3 DS**

Le domaine des traitements visuospatiaux est déficitaire. Pour les figures compliquées, Antoine ne s'applique plus, il est moins concentré et veut finir vite.



- Tour de Londres**

Score Total : 74 soit -**1.9 DS** ; Score Temps : 24 soit + **1 DS**

Antoine va vite, il ne prend pas son temps et fait des fautes surtout sur la seconde moitié du test. L'attention est de moins en moins soutenue à mesure que la difficulté augmente. Des difficultés de planification sont relevées.



- Figure de Rey**

Copie : Temps : **1 min 58 secs** ; Score : - **5 DS** (< **10^{ème}** centile)

La stratégie utilisée est la reproduction de détails sur un fond confus : c'est une stratégie immature pour son âge. Antoine montre de grosses difficultés au niveau de la planification et du traitement visuo-spatial mais également des capacités d'attention et de concentration trop faibles pour lui permettre de mener à bien sa tâche.

Mémoire : Score : - **2.9 DS** (< **10^{ème}** centile)

Antoine est capable de reproduire seulement deux éléments. Ses capacités de mémorisation sont faibles.



Laby 5-12 (version standard)

Cette épreuve ne peut être cotée, Antoine ne peut continuer au-delà du neuvième labyrinthe. Il fatigue, l'épreuve lui demande un coût attentionnel trop important et pour les trois derniers labyrinthes, il ne respecte plus les couloirs, semble perdu et veut arrêter. On peut remarquer de nombreuses persévérations. De plus, on peut émettre l'hypothèse qu'un certain nombre de lignes sont coupées soit du fait d'un déficit de contrôle moteur ou soit à cause de l'aversion du délai.

Dans un souci de comparaison pour le re-test, on a comptabilisé pour l'ensemble des labyrinthes 4 à 9 :

- Lignes Coupées : **50**
- Mauvaises directions : **21**
- Distance parcourue en plus : **155**
- Temps : **350 secondes**



L'écriture

L'écriture n'a pas pu être évaluée grâce au BHK (échelle d'évaluation rapide de l'écriture). En effet, Antoine refuse tout ce qui s'apparente à l'écriture en cursive bien qu'il possède le patron des lettres et l'utilisation de la pince tripodique.



Les Blocs de Corsi :

Antoine est dans la moyenne des enfants de son âge. En ce qui concerne l'empan visuo-spatial, il est capable de mémoriser une suite de 5 éléments successifs.

3. Conclusion

Antoine présente une dysphasie phonologique-syntaxique sévère associée à un trouble d'acquisition des coordinations ainsi qu'un trouble attentionnel sans hyperactivité. On note également des difficultés au niveau des praxies idéomotrices et du traitement visuo-spatial qui peuvent laisser envisager une dyspraxie gestuelle et une dyspraxie visuo-constructive. On peut donc parler d'une association de troubles « dys ».

L'ensemble de ces difficultés montrent un fort retentissement sur les apprentissages malgré des adaptations dans la scolarité et une prise en charge spécifique accompagnée d'une prescription de ritaline.

Lors des différentes évaluations, les éléments suivants ont été relevés par l'ensemble des intervenants :

- Des difficultés d'expression et de compréhension qui peuvent entraver la communication : Antoine n'arrive pas toujours à faire comprendre le message qu'il veut faire passer ce qui l'oblige à souvent répéter et ce qui peut être source de frustration pour lui.
- Une attention labile qui l'empêche de mener à bien sa tâche et qui entrave les apprentissages.
- Des possibilités de progression
- Des fluctuations au niveau du comportement, Antoine peut aussi bien se montrer volontaire que se décourager et montrer une résistance passive parfois difficile à lever. Ce dernier point est à mettre en lien avec une faible estime de lui-même.

Partie II : Elaboration du projet thérapeutique en psychomotricité

1. Réflexion et questionnements

Le projet thérapeutique s'appuie à la fois sur le bilan psychomoteur mais également sur les bilans des autres professionnels qui apportent des éléments complémentaires sur le comportement d'Antoine et sur son mode de fonctionnement. Ainsi, le projet thérapeutique chez Antoine, visera de manière générale à renforcer l'estime de soi et à l'accompagner dans ses troubles du comportement qui sont liés à l'ensemble de ses difficultés engendrées par la dysphasie.

On pourrait dégager trois axes principaux de prise en charge psychomotrice :

- les traitements visuo-spatiaux
- les coordinations motrices
- l'attention soutenue et divisée.

Antoine présente de nombreux domaines déficitaires, on peut alors se demander :

- ✓ Quelle est la part d'anxiété ?
- ✓ Dans quelle mesure le trouble de l'attention influence les résultats aux autres tests ?
- ✓ Est-ce qu'on se situe dans le cadre d'un véritable trouble déficitaire de l'attention ou peut-on parler d'un lien de causalité ou d'un trouble secondaire et réactionnel aux nombreuses difficultés d'Antoine et notamment aux difficultés langagières ?
- ✓ Peut-on mettre en place une hiérarchie dans la sévérité des troubles et de leur retentissement dans la vie d'Antoine pour dégager des axes prioritaires de prise en charge ?
- ✓ Faut-il s'attaquer aux trois axes simultanément en les travaillant selon des modalités différentes ou alors privilégier un axe et le travailler de manière plus soutenue ?

Toutes ces questions se sont imposées à moi dans le cadre de l'élaboration du projet thérapeutique et ont guidé ma réflexion. Aujourd'hui encore, je n'ai pas de réponse claire à mes interrogations mais voilà comment j'ai pensé ma prise en charge avec Antoine.

Toutes les difficultés qui ont été mises en exergue par les bilans méritent d'être prises en considération car elles déterminent et expliquent le fonctionnement d'Antoine et ses réactions face à différentes situations.

Il me paraissait évident que le trouble qui causait le plus de soucis dans la scolarité d'Antoine concernait les difficultés attentionnelles. D'une part, parce que l'attention est le pré-requis indispensable à toute forme d'apprentissage et d'autre part car ces difficultés, particulièrement, sont rapportées de manière récurrente dans l'ensemble des bilans des différents professionnels et sont décrites comme un obstacle aux progrès scolaires et à la rééducation du langage. Dans le bilan psychomoteur, le trouble déficitaire de l'attention est très prégnant et handicape de manière certaine Antoine dans les autres épreuves. Ainsi, il est difficile d'obtenir une évaluation correcte et sensible dans les autres domaines déficitaires. Une prise en charge axée sur le trouble déficitaire de l'attention me semblait de plus en plus évidente et intéressante.

Cependant même si je décidais d'orienter ma prise en charge dans ce sens, les autres troubles ne devaient pas être déconsidérés. En effet, tout au long de la rééducation j'ai essayé d'adapter les exercices proposés en fonction des difficultés praxiques ou visuospatiales en donnant accès si besoin à des stratégies spécifiques et adaptées à l'ensemble des troubles d'Antoine. J'ai toujours essayé de considérer Antoine dans sa globalité sans me limiter à une seule de ses caractéristiques. Il bénéficie également d'une prise en charge en équithérapie et d'une prise en charge au sein d'un groupe de verbo-tonale une fois par semaine avec la psychomotricienne. Ces séances peuvent aussi être l'occasion de travailler les autres difficultés présentées par Antoine.

Réfléchir les séances à l'avance était indispensable cependant c'est Antoine qui allait construire sa prise en charge en me donnant les indices qui me permettraient d'ajuster le temps passé sur les exercices attentionnels. De plus, Antoine est un enfant très fatigable ; c'est une donnée à prendre en compte pour organiser les séances. En effet, il est donc nécessaire d'être attentif aux signes de saturation d'Antoine pour pouvoir lui proposer un autre type d'exercice moins coûteux. Dans l'organisation de la prise en charge, je devais composer en

laissant la place à l'imprévu en m'adaptant à l'humeur du jour d'Antoine ou encore face à des désirs qu'il pouvait exprimer.

Bien que le bilan psychomoteur ne montre qu'un seul test d'attention standardisé, l'attention visuelle de la Nepsy, il m'apporte également de nombreux éléments cliniques sur les difficultés attentionnelles d'Antoine au cours des autres tests. Il était intéressant de compléter ces observations par des questionnaires : j'ai choisi le questionnaire de Conners pour les enseignants en ayant en tête l'aspect subjectif des réponses.

Le questionnaire de Conners rempli par l'enseignante montre qu'Antoine peut être obstiné face à l'autorité et que c'est surtout son comportement en classe qui pose problème : on note beaucoup de mauvaises coordinations, d'agitation, d'impulsivité et d'excitation ainsi qu'une attention très fluctuante et beaucoup de distraction. Le questionnaire montre qu'Antoine peut se situer sur un versant plutôt impulsif ce qui est un nouvel élément. Les relations avec les pairs ne semblent pas poser de problème mais il faut prendre en compte qu'Antoine suit une scolarité adaptée avec d'autres enfants présentant des troubles similaires.

2. Démarche Générale

Pour permettre l'élaboration d'un projet thérapeutique cohérent et adapté à l'enfant, il est nécessaire de suivre des étapes indispensables au cours de la progression de la prise en charge :

- 1 → Evaluer les difficultés attentionnelles
- 2 → Observer le fonctionnement d'Antoine
- 3 → Rechercher les objectifs qui permettront de pallier à ces difficultés
- 4 → Réfléchir aux stratégies et aux moyens adaptés à notre disposition
- 5 → Evaluation de leur efficacité et des réajustements nécessaires

1→Evaluer les difficultés attentionnelles

Cette étape concerne la passation des différents bilans de chaque professionnel, la remise de questionnaires, l'entretien éventuel avec la famille et l'observation clinique de l'enfant.

2→Observer le fonctionnement d'Antoine

Tout d'abord, il me semblait important de relever les sujets d'intérêt d'Antoine pour ensuite pouvoir m'en servir comme source de motivation. Ainsi, j'ai pu observer qu'Antoine est sensible aux effets de mode, il porte des bracelets qui représentent différentes formes (chiffres, animaux...) et qui s'échangent dans la cour de récréation, il possède également de nombreuses toupies. Antoine adore les jeux vidéo et les jeux sur ordinateur, il y joue souvent à la maison. Il est également passionné par les personnages des Simpson, il les amène des fois en séance de psychomotricité sous forme de peluche. Enfin, Antoine apprécie particulièrement le dessin, ce qu'il réclame souvent mais refuse par contre tout ce qui s'apparente à de l'écriture et particulièrement « si c'est en attaché ».

Ensuite, en plus des observations cliniques lors du bilan ou des séances précédentes, la première séance de ma prise en charge était destinée à observer et repérer le fonctionnement et les stratégies mises en place par Antoine face à une tâche attentionnelle. J'ai donc mis en place une grille d'observation qui allait me servir à observer trois jeux différents : un jeu de mémorisation où il faut prendre en compte plusieurs informations qui se transforment au cours du jeu (*le Nanu*), un jeu de discrimination visuelle qui demande une réflexion soutenue et prolongée (*les Différences*) et enfin un jeu de réflexion et de concentration dont le but est d'enlever chacun son tour un morceau de bois qui forme une tour sans que celle-ci ne s'effondre (*le Jenga*). J'ai vérifié pour ce dernier jeu que les difficultés praxiques d'Antoine ne soient pas une difficulté supplémentaire.

Mes conclusions pour les différents domaines observés :

- **La posture** : pour les différents jeux, Antoine adopte une bonne position sur la chaise, il se sert spontanément du marchepied disponible pour que ses pieds soient bien en appui ce qui l'aide à avoir une meilleure libération des membres supérieurs.

- **Présence de gesticulation et de commentaires avec ou sans rapport avec la tâche** : je ne note pas la présence de gesticulations envahissantes cependant Antoine possède une petite instabilité motrice, il cherche à se lever souvent lorsque l'exercice est trop difficile ou lorsque celui-ci est terminé. Antoine se saisit également des objets qui sont à sa portée et notamment ceux qu'il apporte de chez lui. Il peut très vite être envahi par ces derniers dont il va me parler et pour lesquels il va délaissier l'activité en cours. Antoine fait de nombreux commentaires en rapport avec la tâche lorsqu'elle est trop difficile il répète qu'il n'y arrive pas et que « c'est trop dur ».
- **Besoin d'approbation de la part de l'observateur et réaction face à l'échec** : Antoine est soucieux de bien faire et de réussir, c'est pourquoi il supporte mal d'échouer. Durant les exercices, il me regarde souvent pour rechercher un soutien ou un indice lui permettant de savoir s'il est sur la bonne voie. Lorsqu'il est en difficulté, il choisit souvent d'abandonner et parfois refuse de continuer malgré mes encouragements : il est alors difficile de le faire changer d'avis et de débiter une autre activité. Au contraire, lorsqu'il réussit, il se sent valorisé, fait des efforts et cherche à prolonger l'exercice et cette situation de réussite. Antoine est très sensible aux renforcements positifs. Lorsque je lui propose de faire un exercice seul, il souhaite me confronter à la même situation et me demande de le faire à mon tour. Si je me trompe, il n'hésite pas à me le montrer et à me le répéter.
- **Aversion du délai** : Antoine est toujours très pressé lorsqu'il débute un exercice, il se lasse très vite et souvent ne va pas au bout de l'exercice s'il est trop long. Tout cela dépend également comme cela a été dit plus tôt de sa réussite ou non. Pour le Jenga ou le Nanu, la compétition permettait à Antoine de ne pas souffrir de la longueur du temps qui passe, par contre pour le jeu des différences où il est seul, il cherche à vite se « débarrasser » de l'exercice.
- **Stratégies mises en place et capacité d'autorégulation** : Antoine est très fluctuant dans ses comportements d'une séance à l'autre mais aussi d'un exercice à l'autre : tout dépend de sa motivation et de la possibilité de réussir ou non. Il est capable de se concentrer

lorsqu'il le veut sur un temps relativement court mais il ne peut pas adopter cette attitude pour l'ensemble des tâches.

En ce qui concerne les stratégies que j'ai pu observer, pour le Jenga, Antoine est capable d'observer un temps de latence pour réfléchir à la pièce qu'il va enlever. Par imitation, il procède par essai/erreur et évalue la solidité de la structure. Pour le Nanu, la mémorisation est trop aléatoire, il ne semble pas mettre en place de stratégie particulière, il ne peut pas m'expliquer sa façon de procéder. Enfin pour la discrimination visuelle, il n'opère pas un balayage visuel organisé et donc efficace, il peut même omettre de regarder une partie.

3 et 4 → Rechercher les objectifs qui permettront de pallier à ces difficultés et réfléchir aux stratégies et aux moyens adaptés à notre disposition.

L'évaluation et les observations vont me permettre de dégager quatre axes de travail et des stratégies sur lesquelles je vais pouvoir m'appuyer en plus des principes généraux à respecter.

I. Favoriser la prise de conscience des difficultés, des progrès réalisés et réalisables et des stratégies qui peuvent l'aider afin de sortir d'une attitude anxieuse face à l'échec et de favoriser son investissement.

- Les moyens mis en place sont l'auto-évaluation, les renforcements, l'élaboration d'un contrat, la relaxation et la relation de confiance établie entre Antoine et moi.

II. Travailler la mise à la Tâche et son maintien

- Augmenter la compliance et la motivation initiale, grâce aux renforcements et à la mise en place d'un temps de défoulement chronométré avant la mise au travail.
- Permettre à Antoine de soutenir son attention sur un temps de plus en plus long en favorisant la motivation secondaire et en cherchant à diminuer son aversion du délai. Pour cela, on va prendre soin d'augmenter progressivement la difficulté des exercices proposés,

d'utiliser les renforcements et de faire appel à des activités ludiques qui mettent en jeu la notion de compétition. Enfin, on va chercher à augmenter la conscience du temps en s'appropriant des instruments de mesure comme l'Horloge ou le chronomètre.

- Trouver une alternative au soliloque en s'appuyant sur la Gestion mentale.

III. Apprendre à sélectionner les informations pertinentes

- Rendre consciente la prise d'informations grâce à la Gestion mentale et à la verbalisation si cette dernière est possible.
- Améliorer la discrimination perceptive avec la mise en place d'une stratégie de balayage efficace en s'appuyant par exemple sur le doigt scripteur et l'utilisation d'un cache.
- Augmenter progressivement le nombre d'informations à traiter.
- Augmenter la capacité d'inhibition grâce au « stop and go ».

IV. Maintenir les informations sélectionnées en mémoire et pouvoir les réutiliser

- Mettre en place des stratégies de mémorisation avec la Gestion mentale pour augmenter l'empan mnésique et utiliser la fonction de catégorisation pour libérer la mémoire de travail.

5 → Evaluation de leur efficacité et des réajustements nécessaires

Cette étape correspond à la phase de Re-test qui permet une réactualisation de la prise en charge pour que celle-ci soit toujours cohérente et adaptée aux difficultés de l'enfant.

Partie III : Description de la prise en charge psychomotrice

3. Mise en place du traitement

a) Organisation des séances

Je dispose d'une séance d'environ trois quart d'heure une fois par semaine, le lundi. Le choix de l'horaire permet d'optimiser la séance. En effet, la séance débute à 9h le matin, moment idéal car Antoine est plus mobilisable et moins fatigué qu'en fin de journée ou qu'en fin de semaine. Toute séance débute à l'instant où je vais chercher Antoine dans la salle de classe. Lors du chemin entre l'école et la salle de psychomotricité qui se situe dans un bâtiment plus loin, un rituel s'est établi : Antoine me raconte ce qu'il a fait pendant le week-end et me montre son objet fétiche du moment. C'est un moment privilégié qui me permet d'entrevoir son état d'esprit ou qui me permet de relever des éléments sur lesquels je pourrai ensuite rebondir. Pour Antoine, c'est un moment où il peut exprimer ce qu'il a envie de manière informelle. Les huit séances de prise en charge que je mets en place pour travailler l'attention dans le cadre de mon mémoire s'organisent ainsi :

- **La première séance** est destinée à l'observation des stratégies mises en place spontanément par Antoine sur des activités connues et qui lui demandent beaucoup de concentration. Cette séance est voulue comme une sorte d'amorce aux séances suivantes : le but étant de faire prendre conscience à Antoine de ses difficultés d'attention, de l'objet du travail que nous allons faire ensemble et du type de jeux ou activités que cela va impliquer. Pour cela, un contrat est établi entre nous. Il stipule qu'Antoine est d'accord pour travailler à améliorer son attention et qu'il s'engage à faire les efforts nécessaires. S'il parvient à respecter le contrat lors des huit séances qui vont suivre, il obtiendra une récompense : celle de passer de l'autre côté du bureau, de prendre le rôle du psychomotricien et d'organiser la séance de son choix. Le contrat est voulu simple et concis pour assurer une meilleure compréhension de l'objectif à Antoine.
- **Lors des trois séances suivantes**, le temps consacré au travail attentionnel est d'environ une demi-heure. Ces dernières se déroulent de la façon suivante : dans un premier temps les exercices se déroulent au bureau, on commence toujours par l'exercice le plus coûteux

en attention pour aller vers des exercices plus dynamiques, en salle. L'objectif étant de montrer à Antoine que l'attention n'est pas seulement requise et nécessaire derrière un bureau mais également dans toutes sortes d'activités. Mais également, de permettre une alternance des activités à dominance perceptive avec celles à dominance plutôt motrice. Lorsqu'Antoine montre des signes de fatigue ou de rupture attentionnelle, le travail de concentration laisse place à un petit jeu qui lui plaît et qui joue le rôle de « sas de décompression » pour lui permettre de prendre du recul et ensuite de se remobiliser pour mieux continuer. Par exemple, entre deux exercices Antoine aime bien aller lancer les fléchettes sur la cible. Après chaque exercice, je demande à Antoine de faire une auto-évaluation de son comportement et de sa capacité à se concentrer grâce à une échelle de pictogramme. C'est l'occasion d'effectuer un retour sur les objectifs visés, d'encourager et de féliciter Antoine sur son travail et son engagement.

- **Les quatre dernières séances** suivent la même trame que les précédentes sur un temps plus long car désormais toute la séance est consacrée à la rééducation du trouble attentionnel. De plus, à la fin de chaque séance un temps de relaxation est mis en place.

Bien que la séance respecte une certaine routine, bien investie par Antoine, la prise en charge se construit au fur et à mesure des séances. La progression de celles-ci est dépendante des progrès et du comportement d'Antoine. Elles laissent la place à l'imprévu et à ce que l'enfant peut amener de lui-même. Il a fallu m'adapter aux désirs d'Antoine et toujours chercher à renforcer sa motivation et son engagement.

b) Evolution au fil des séances

La prise en charge du trouble attentionnel, relatée dans ce mémoire a débuté dans un climat de confiance. La relation thérapeutique avec Antoine, avait eu le temps de se mettre en place depuis le mois de décembre où j'ai commencé à mener ses séances. Une prise en charge basée sur huit séances correspond à une période trop courte pour respecter le rythme de l'enfant et lui permettre en même temps de s'approprier les méthodes et les stratégies qu'on lui propose. C'est pourquoi, il est évident que le travail entrepris avec Antoine ne s'arrête pas à ce mémoire.

➤ *Evolution du comportement général d'Antoine*

Antoine est volontaire et impatient de venir en séance de psychomotricité et cela depuis le début de la prise en charge. Lorsque je vais le chercher dans sa classe, il est toujours prêt et à chaque fois, dit à voix haute « c'est pour moi ». J'observe une continuité de son engagement.

Le trajet entre la salle de classe et la salle de psychomotricité est de plus en plus investi du point de vue de la communication. Antoine parle beaucoup et de différents sujets.

Au cours des séances successives, je remarque qu'Antoine accepte mieux les exercices au bureau et s'éparpille moins. Il est plus concentré sur sa tâche et opère moins de ruptures attentionnelles. Bien qu'il se détache d'une attitude d'opposition systématique lorsque l'exercice lui semble difficile, son attitude de refus d'aide a tendance à persister. Lors des dernières séances, je suis surprise qu'Antoine ne me demande plus de réaliser, à mon tour les exercices que je lui demande de faire seul.

Antoine reste très fatigable.

La relation de confiance établie entre Antoine et moi semble profitable à la prise en charge très largement investie par Antoine qui semble relativement plus serein face aux exercices que je lui propose. Il reste très sensible à la réussite mais accepte également l'échec.

➤ *Stratégies mises en place en fonction des axes de travail et évolution*

Afin de travailler les différents objectifs mis en évidence dans la partie sur l'élaboration du projet thérapeutique, je me suis appuyée sur l'utilisation de différentes techniques et stratégies :

- ❖ Tout d'abord, la première technique indispensable concernait l'utilisation de **renforcements** pour favoriser la motivation et la compliance d'Antoine et lui faire prendre confiance en lui grâce à la revalorisation. Tout au long de la prise en charge, Antoine a été sensible aux renforcements ce qui lui a permis, grâce à un étayage constant, de participer activement aux exercices, de se maintenir à une tâche jusqu'au

bout et petit à petit de s'améliorer dans la gestion de son attention. Lors de certains jeux, une **économie de jetons** a également été mise en place pour les mêmes objectifs. À la suite des huit séances de prise en charge, le comportement d'Antoine dépend toujours étroitement des renforcements qui apparaissent comme indispensables.

- ❖ Afin de m'assurer de l'engagement d'Antoine, **un contrat** a été établi entre nous (ANNEXE 3). Ce dernier stipule qu'Antoine est d'accord pour travailler à améliorer sa concentration pour l'aider à l'école pendant huit séances. S'il s'investi activement dans la prise en charge il recevra une récompense, celle de prendre la place du psychomotricien le temps d'une séance qu'il organisera selon son souhait. Ce contrat a été pensé pour être le plus simple possible afin qu'Antoine perçoive bien la totalité du message. De plus, l'objectif du travail a été replacé dans le contexte scolaire afin qu'il soit porteur de sens et s'inscrive dans une dynamique plus écologique. Antoine s'est pris au jeu très facilement, ravi de signer comme un adulte. Au cours de la rééducation, le contrat m'a permis de valoriser Antoine en le félicitant de tenir ses engagements ce qui a encore accru sa motivation et sa compliance. Cependant, ce contrat montre des limites puisqu'il n'est pas complet. En effet, la récompense et la durée du contrat par exemple auraient pu être mentionnées et le choix de la récompense aurait pu être fait par Antoine lui-même. Cependant on peut observer que le contrat a eu des effets positifs sur Antoine.

- ❖ Ensuite, afin de favoriser la prise de conscience des difficultés, j'ai tenté de mettre en place deux outils :
 - Un **questionnaire** inspiré des critères du DSM-IV-TR qui sont valables en situation de classe. En soumettant un questionnaire à Antoine, j'ai dû faire face à différents obstacles. Dans un premier temps, l'élaboration du questionnaire a fait surgir la problématique de la compréhension et de l'expression des réponses aux différentes questions. Pour limiter les difficultés d'expression, j'ai procédé avec des questions fermées qui ont eu pour effet d'orienter les réponses ce qui les rendait moins valides. Dans un second temps, Antoine ne semble pas avoir conscience de toutes ses difficultés. Il est cependant capable d'exprimer des difficultés à l'école et principalement pour les calculs. Ce questionnaire n'est donc pas adapté pour Antoine et ne m'a pas permis d'en savoir plus sur la perception d'Antoine en ce qui concerne ses difficultés.

- Une **Echelle d'auto-évaluation** basée sur trois degrés d'intensité croissante (facile, moyen, difficile). Ces derniers sont représentés à l'aide de pictogrammes. (ANNEXE 2)

Cet outil a été adapté avec des pictogrammes afin de limiter au maximum l'impact du langage. En effet, il ne doit pas être une barrière face à l'expression de ce qu'Antoine pense. Les pictogrammes sont simples et se distinguent facilement par leur couleur ainsi que par le dessin représenté et le degré associé. L'objectif était de montrer à Antoine que son avis et ses ressentis avaient de l'intérêt pour moi mais aussi de le responsabiliser en lui faisant prendre conscience de ses difficultés et des progrès réalisés ou réalisables.

Pour les deux premières séances, l'auto-évaluation s'est faite en fin de séance. Mais, je me suis rendue compte que c'était trop difficile pour lui de considérer la séance dans sa globalité pour la résumer à une image.

J'ai ensuite décidé d'insérer l'auto-évaluation après chaque exercice qui sollicitait son attention. Antoine avait toujours la même réponse : selon lui se concentrer sur l'exercice avait été facile. Son évaluation était toujours strictement identique et ne reflétait pas l'effort qu'il avait du fournir. Je me suis alors posée plusieurs questions : Quel sens donnait il aux mots facile /moyen/difficile ? Était-il dans une sorte de déni de ses difficultés ? Était-il influencé par mes renforcements positifs et mes valorisations lui laissant entendre qu'il réussissait et donc que c'était « facile pour lui ».

L'auto-évaluation n'a pas été un outil efficace au cours de ma prise en charge et on peut se demander si ce n'était pas trop tôt pour qu'Antoine se saisisse de l'outil ou encore si l'objectif n'était pas trop ambitieux.

❖ Face aux difficultés récurrentes d'Antoine pour amorcer le travail au bureau, un **temps de défoulement chronométré** a été réfléchi et décidé lors de la troisième séance. L'idée était de permettre à Antoine d'avoir un temps libre chronométré de cinq minutes durant lequel il pourrait aller vers les objets qui l'intéressent et le happent dès son entrée dans la salle. L'objectif était de satisfaire une certaine dispersion pour ensuite lui demander de mobiliser sa concentration. De plus, grâce au chronomètre Antoine pouvait à la fois, voir le temps défiler mais également essayer de l'utiliser au mieux pour satisfaire ses envies, favorisant ainsi la conscience et l'appropriation du temps. Une fois les cinq minutes écoulées, je lui disais « STOP » et il devait rejoindre au plus vite sa chaise. Antoine a tout de suite pris cet exercice comme un jeu et dès le début a été capable de stopper son activité en cours pour s'installer au bureau. Au fur et à mesure des séances, ce petit temps s'est imposé comme un rituel. A plusieurs reprises, Antoine a décidé de

s'installer spontanément de lui-même au bureau pour faire un dessin ou sortir des cartes après avoir rapidement exploré la salle. Très rapidement, j'ai pu abaisser le temps à 4 mins car Antoine avait l'air de ne plus avoir besoin d'autant de temps et semblait même parfois ne pas savoir comment s'occuper. Cette stratégie s'est révélée être efficace pour Antoine qui pouvait ainsi se mettre aisément au travail sans être trop distrait.

- ❖ Lors des quatre dernières séances, **un temps de relaxation** a été mis en place afin de répondre à différentes indications : ménager Antoine qui est très fatigable, favoriser une meilleure régulation du tonus, travailler l'attention au travers des sensations corporelles et enfin répondre à l'attitude anxieuse présentée par Antoine. Selon Durand de Bousingen, la relaxation vise à obtenir une maîtrise de certaines fonctions corporelles mais également le contrôle de certains processus mentaux. On opère à la fois une réorganisation du traitement de l'information mais aussi une réorganisation de la fonction attentionnelle.

La technique la plus adaptée pour les enfants dysphasiques devait être active, concrète et facilitée par l'intervention du psychomotricien si besoin. J'ai donc choisi de m'orienter vers la mobilisation passive de Wintrebert. .

Il ne faut pas perdre de vue que la relaxation est un entraînement : elle prend du temps à se mettre en place et à en faire ressentir les effets. A ce titre, il est difficile de tirer des conclusions en fonction des objectifs visés. On peut néanmoins observer qu'Antoine semble apprécier le travail autour de la relaxation et qu'il arrive à se relâcher assez facilement c'est pourquoi ce travail n'est qu'à son début et mérite d'être poursuivi.

Pour conclure, certaines des stratégies qui ont été mises en place se sont montrées efficaces alors que d'autres, inadaptées au fonctionnement d'Antoine, n'ont pas montré les effets attendus. En terme d'objectifs, les techniques qui se sont avérées efficaces concernent essentiellement la sphère comportementale et permettent surtout d'améliorer l'objectif II vu précédemment dans l'élaboration du projet thérapeutique : la mise à la tâche et son maintien. L'axe le plus difficile à travailler avec Antoine concerne la prise de conscience des difficultés, des progrès réalisés et réalisables et des stratégies qui peuvent l'aider.

➤ *Initiation à la Gestion mentale*

La Gestion mentale tout comme la relaxation est un processus long dont le but est de chercher à « entrer en soi pour mieux se connaître ». Chez Antoine, l'initiation à la Gestion mentale va favoriser d'une part le « stop and go » en le forçant à réfléchir avant d'agir et à marquer un délai de réponse. Et d'autre part, la Gestion mentale va permettre la fabrication d'images mentales pour aider au balayage visuel et à l'organisation de la pensée. Ainsi, lors de la prise en charge, j'ai pu utiliser la démarche de la Gestion mentale de manière récurrente dans des exercices très variés qui font intervenir la mémorisation et donc le processus attentionnel qui permet l'encodage. On peut citer par exemple :

- la recherche de stylos cachés dans la salle
- la reproduction de parcours complexes
- le dessin de figurines des Simpson dans le détail
- le jeu du lynx ou du mégamix
- les jeux de reconnaissance haptique
-

La Gestion mentale participe activement à travailler les objectifs III et IV de l'élaboration du projet thérapeutique vu précédemment, c'est-à-dire la sélection d'informations pertinentes et le maintien des informations sélectionnées en mémoire ainsi que leur réutilisation.

Dès le début, Antoine accepte facilement de fermer les yeux pour se représenter visuellement et mentalement une scène ou un objet lorsque je le lui demande. Au fur et à mesure des séances, les temps de réflexion sont plus présents, les temps de visualisation mentale plus long et les réponses faisant intervenir la mémoire légèrement plus précises. On ne note aucune opposition ni refus à chaque fois que je lui propose des exercices inspirés de la Gestion mentale. Celle-ci semble correspondre à Antoine qui peut faire facilement appel à elle et ainsi se l'approprier lors des exercices.

4. Re-test

a) L'objectif visé

La phase de re-test est une phase primordiale, elle permet d'évaluer les progrès de l'enfant dans les domaines travaillés et testés et donc l'efficacité de la prise en charge qui a été mise en place. Il s'agit pour le psychomotricien de faire un retour sur le travail entrepris en vue de faire d'éventuels ajustements. La réévaluation apporte de nouvelles données cliniques qui vont être l'occasion de nouvelles interrogations et hypothèses.

Dans le cadre de la prise en charge d'Antoine, je me suis questionnée sur la pertinence de mettre en place une phase de re-test au terme de seulement huit séances de prise en charge et ainsi moins de six mois après le bilan initial. Et plus encore, du fait que cette démarche s'inscrit chez un enfant dysphasique avec un trouble de l'attention et donc pour qui les apprentissages, l'appropriation des stratégies proposées et la compréhension des situations vont prendre plus de temps. Néanmoins, il me semblait également important d'observer une attitude de remise en question permanente où le re-test pouvait avoir sa place pour mesurer l'investissement d'Antoine dans la prise en charge et pour apporter de nouvelles données cliniques permettant d'ajuster précocement les différents aspects de la rééducation. De plus, effectuer un re-test me permettait de voir si spontanément à ce stade de la prise en charge, Antoine était capable d'utiliser certaines stratégies apprises.

Dans un re-test de moins de six mois il faut tenir compte de l'effet d'apprentissage qui influence et nuance les résultats.

Pour conclure, la réévaluation ne signe pas la fin de la prise en charge, elle la complète et l'oriente.

Le choix des tests est motivé par le premier bilan. Les tests qui ont de l'intérêt sont tout d'abord ceux qui font appel à la composante attentionnelle, puis ceux pour lesquels Antoine montrait des difficultés sérieuses et enfin ceux qui pourraient mettre en évidence la mise en place de stratégies, là ou auparavant il n'y en avait pas.

b) Les résultats

Antoine a donc été une nouvelle fois soumis à l'Attention visuelle de la Nepsy et aux Laby 5-12 au retour des vacances de Pâque.

Attention visuelle de la Nepsy

Les scores entre parenthèses sont les scores d'évaluation de l'enfant avant la mise en place de l'essai de rééducation.

	Item des chats	Item des visages
Temps	(40 secondes soit - 0,46 DS) 56 secondes soit + 0,17 DS	(144 secondes soit + 0,14 DS) 180 secondes soit + 1,16 DS
Omissions (score de dégradation)	(3 soit + 2,2 DS) 0 soit - 0,36 DS	(15 soit + 4,3 DS) 11 soit + 2,8 DS
Fausse alarmes (score de dégradation)	(0 soit - 0,17 DS) 0 soit - 0,17 DS	(9 soit + 1,5 DS) 3 soit - 0,18 DS

D'une manière générale, Antoine met plus de temps pour réaliser chacun des items ce qui lui permet de faire moins d'erreurs. On remarque qu'Antoine est moins pressé et qu'il présente également moins de ruptures attentionnelles ou de commentaires sans rapport avec la tâche que pour le bilan initial.

L'item des chats est parfaitement réussi et Antoine effectue une vérification efficace. Il procède de manière un peu plus structurée par îlots et non plus par picorage.

Pour l'item des visages, on note une diminution de l'aversion du délai : Antoine est désormais capable d'aller au bout des trois minutes et ne se décourage pas sous l'effet de la multitude d'éléments présents sur la feuille. Les omissions sont toujours nombreuses mais leur nombre a diminué depuis le premier test. En ce qui concerne les fausses alarmes on peut voir qu'Antoine réalise une meilleure analyse des visages et fait moins d'erreurs que la

moyenne des enfants de son âge. Le balayage visuel n'est toujours pas organisé cependant contrairement à la première fois Antoine explore la totalité des deux pages. Enfin, on peut observer moins d'allers/retours vers le modèle, Antoine semble avoir mis en place une représentation visuelle du visage dans sa tête. Gérer la recherche de deux visages distincts simultanément reste trop difficile.

 Laby 5-12 (version standard)

Lors du premier bilan, le test n'était pas cotable car Antoine n'a pas pu aller au bout de la tâche. Afin de pouvoir réaliser une comparaison à l'aide du re-test, les résultats calculés sur la base des labyrinthes 4 à 9 du premier bilan apparaissent entre parenthèses.

Lignes coupées	(50) 25	Indice général d'erreurs	+ 0.6 DS
Mauvaises directions	(21) 19	Indice d'inhibition	+ 0.5 DS
Distance parcourue en plus	(155) 167	Indice d'aversion pour le délai	+0.7 DS
Temps	(350 secondes) 486 secondes		

Lorsque je présente les labyrinthes à Antoine, il est enthousiaste à l'idée de commencer et s'exclame que « c'est trop facile ». Cependant, à mesure que la difficulté des labyrinthes augmente, Antoine se décourage et comme souvent veut arrêter mais grâce à mes encouragements il est capable d'achever le test.

On peut noter au niveau clinique :

- Une amélioration importante au niveau de son comportement : Antoine est capable de se remobiliser et continue malgré ses difficultés, là où auparavant il aurait refusé de manière catégorique et irréversible.
- Une absence de persévération ce qui montre qu'il est désormais capable d'inhiber une réponse fautive au profit de la recherche d'une meilleure solution.

- Sa capacité à marquer volontairement des temps de pause pour regarder dans quelle direction aller afin de ne pas tomber dans une impasse.

L'analyse des résultats montre qu'Antoine ne présente pas d'aversion du délai ni de déficit d'inhibition pour ce test.

Le re-test permet de mettre en évidence que lors du premier test, le nombre de lignes coupées concernant seulement six labyrinthes est largement supérieur au nombre de lignes coupées pour les neuf labyrinthes effectués lors du re-test. Cette observation va dans le sens de l'hypothèse d'une diminution de l'aversion du délai, le contrôle moteur n'ayant pas subi de rééducation.

On remarque également une baisse du nombre de mauvaises directions non significative du fait de l'absence de cotation de trois labyrinthes.

Les feuilles de passation du labyrinthe 11 lors du test et du re-test sont reprises en exemple dans l'ANNEXE 5 afin de mieux apprécier l'évolution d'Antoine.

c) Conclusion Générale du re-test des deux épreuves

Chez Antoine, le re-test met en évidence une meilleure gestion des épreuves où il est en difficulté. Il est désormais capable de mobiliser son attention de manière plus efficace et de la maintenir pour terminer la tâche demandée, sans entrer dans une attitude d'opposition.

Le domaine qui semble avoir le plus évolué est l'aversion du délai. En effet, Antoine se précipite moins sur les épreuves, il peut marquer des temps de réflexion et semble être moins sensible à la durée des tests proposés. On peut penser que la Gestion mentale a joué un rôle favorable dans la mise en place de nouvelles stratégies au cours du re-test. Ainsi, on note qu'Antoine spontanément semble mettre en place des représentations visuelles pour l'aider à mémoriser les visages dans l'attention visuelle de la Nepsy et on remarque qu'il respecte également des moments de réflexion au cours des labyrinthes, ce qui laisse penser que le délai de réponse systématiquement imposé par la Gestion mentale a eu une influence.

Néanmoins, bien que la discrimination et le balayage visuel semble avoir un peu progressé, ces domaines restent trop déficitaires et instables.

DISCUSSION

Si je retrace le chemin qui a guidé ma réflexion, le choix du sujet est sans doute la difficulté majeure à laquelle j'ai dû faire face. J'ai longtemps hésité face à une autre piste de réflexion concernant les techniques de facilitation de la communication chez les enfants dysphasiques dont les difficultés langagières sont la source de frustration sociale. Un atelier de verbo-tonale en particulier, mené par la psychomotricienne du CSDA a attiré mon attention. En effet, face à l'engouement des enfants pour un tel atelier j'ai cherché à savoir quelle en était l'originalité. Il s'appuyait sur l'utilisation de différentes modalités (gestuelle, rythmique...) afin de favoriser l'intégration des sons. C'est en me posant la question de l'utilité d'alternatives aux méthodes traditionnelles que j'ai compris que les adaptations jouaient un rôle important dans l'investissement de l'enfant dysphasique et dans l'efficacité de sa prise en charge. Antoine m'a amené à m'interroger sur la façon de réfléchir un diagnostic lorsque celui-ci s'inscrit au cœur de la problématique d'une co-morbidité mais également à penser une prise en charge de manière cohérente avec des outils adaptés. Le choix de prendre Antoine pour illustrer ma partie pratique m'a semblé évident face à l'entrain et à la motivation qu'il me montrait mais également du fait qu'il m'apportait chaque lundi les moyens d'étoffer ma réflexion.

Au vu des résultats présentés dans la partie précédente, nous pouvons tenter d'apporter quelques réponses à la problématique qui se dégage de l'introduction : comment adapter la prise en charge psychomotrice d'un trouble déficitaire de l'attention lorsque celui-ci intervient dans le cadre d'une dysphasie développementale ?

D'un point de vue global, le premier élément qui ressort est la nécessité d'observer rigoureusement le fonctionnement propre de l'enfant pour ensuite en respecter les particularités.

Le second élément concerne le recours nécessaire aux renforcements pour valoriser l'enfant dysphasique dont l'estime de soi est souvent très faible. Ainsi chez Antoine, l'accès à une meilleure compréhension des situations proposées et l'utilisation de renforcements

positifs ont permis de diminuer ses difficultés de comportement comme l'opposition ou l'aversion du délai et de lui permettre de s'investir davantage en favorisant sa motivation.

Enfin, le troisième élément montre que les adaptations vont concerner à la fois l'environnement, les activités proposées mais également la façon de communiquer adoptée par le psychomotricien.

Dans les techniques connues et utilisées pour rééduquer le trouble déficitaire de l'attention, certaines d'entre elles sont facilement transposables à la pathologie de la Dysphasie alors que d'autres doivent être aménagées. L'aménagement principal concerne la composante langagière. Or, on sait que très souvent, celle-ci joue une fonction d'autorégulation de la pensée et du raisonnement facilitant ainsi l'efficacité de l'attention et la bonne réalisation des fonctions exécutives. Il fallait donc trouver un substitut efficace au langage pour améliorer l'attention.

Le recours à la Gestion mentale a apporté son lot d'observations intéressantes. Tout d'abord, elle ne semble pas trop contraignante pour Antoine qui se prête facilement au jeu. Puis, on observe de meilleurs résultats pour l'attention visuelle de la Nepsy et pour les Laby 5-12 lors du re-test. Ces résultats ont l'air d'être influencés par la pratique de la visualisation mentale. Ensuite, la Gestion mentale permet à l'enfant de marquer un temps d'arrêt de (re)visualisation de la situation avant de passer à l'action ce qui l'oblige à solliciter de manière volontaire l'attention et donc à marquer des temps d'arrêt de l'activité motrice au profit de l'activité cognitive. Cependant, on peut se demander si Antoine est capable de lui-même de réutiliser spontanément les différentes étapes de la Gestion mentale face à un exercice qui s'y prête. On peut alors soulever le problème de la généralisation laissant place à une critique : les résultats obtenus restent confinés à la salle de rééducation. Or il faut se souvenir que la prise en charge du trouble déficitaire de l'attention d'Antoine s'inscrit dans une dynamique d'amélioration de la rééducation du langage et des apprentissages scolaires. Ainsi, la Gestion mentale n'a aucun sens si on ne peut la transposer à d'autres milieux. Cela nécessite dans un premier temps qu'Antoine en perçoive les effets positifs mais également dans un second temps de la rendre automatique en la favorisant dans différents types d'exercices et grâce à une volonté commune de l'utiliser par les différents professionnels. Nous pouvons donc imaginer que la prise en charge d'Antoine nécessite une continuité et une cohérence des interventions des différents professionnels qui pourraient réfléchir et choisir de

manière commune des techniques et des outils adaptés au fonctionnement mental d'Antoine. La Gestion mentale pourrait alors être une candidate de choix.

La mise en place de cette prise en charge a montré certaines limites. En effet, il s'agit de ne pas oublier de prendre en compte certains éléments.

Premièrement, on remarque de manière générale chez les enfants dysphasiques, de nombreuses fluctuations dans les progrès et les comportements d'une séance à l'autre.

On observe également une distorsion du temps, car ces enfants ont besoin de prendre plus de temps pour intégrer à la fois les informations et les façons de procéder ou de raisonner. Il faut donc rester prudent et patient dans la progression de la rééducation. Le temps est certainement l'une des données les plus difficiles à gérer car il faut savoir le reconsidérer. Or mon mémoire ne fait pas exception, il se déroule sur un temps très court et n'aura d'impact que si la prise en charge initiée perdure dans le temps grâce à de nombreuses répétitions jusqu'à devenir familière à l'enfant.

Enfin, le recours à l'auto-évaluation et au questionnaire n'a pas montré les effets escomptés. D'une part car ces outils touchent de manière subjective à la perception que l'on a de soi-même et de la situation et donc à la compréhension qu'on en fait. Mais également, d'autre part car ils impliquent une composante verbale importante, ce qui permet une nouvelle fois de mettre en évidence la nécessité d'adaptation de certains outils et techniques dans le cadre de la dysphasie.

Dans le cas d'Antoine, une question reste entière pour moi : quelle est l'implication réelle de chaque trouble ? Est-il possible d'envisager le trouble déficitaire de l'attention comme un trouble secondaire à la dysphasie ? En effet, dans certains cas ne peut-on pas se situer face à un manque de compréhension de la situation de la part d'Antoine expliquant une agitation et des réponses erronées ? La dysphasie n'est elle pas à l'origine d'un défaut de synthétisation et de traitement des informations ce qui demande plus d'énergie et de temps à l'enfant ? Il reste de nombreuses questions à explorer d'un point de vue de l'imbrication des deux troubles entre eux. Une certitude demeure : les symptômes sont présents et méritent d'être traités en prenant en compte des stratégies qui correspondent de manière spécifique à Antoine.

CONCLUSION

Au travers de ce mémoire, j'ai voulu montrer que la dysphasie est une pathologie sévère et durable du langage oral à l'origine de difficultés sociales et scolaires. On la retrouve très fréquemment associée à des troubles psychomoteurs dont le TDA/H. Il est alors aisé de comprendre et d'imaginer que cette association majore les difficultés d'apprentissage et de rééducation.

Le cas d'Antoine est loin d'être un cas isolé : il illustre relativement bien la nécessité de réfléchir aux adaptations à envisager dans le cadre de la prise en charge d'un trouble déficitaire de l'attention chez un enfant dysphasique et cela depuis l'évaluation jusqu'à la rééducation. Il semble évident qu'il est difficile d'apprendre à mieux marcher lorsqu'on porte des chaussures dont la pointure est trop petite ou trop grande. L'objectif était donc de chercher les « bonnes chaussures » qui permettraient à Antoine d'évoluer de manière sereine face à des objectifs réalisables et ainsi d'optimiser le travail entrepris. Bien qu'une prise en charge de ce type nécessite beaucoup de temps pour montrer de réels progrès chez l'enfant dysphasique, on peut déjà affirmer au terme de ce travail que la Gestion mentale est une approche adaptée et digne d'intérêt pour le travail en psychomotricité dans le cadre de l'association d'un trouble déficitaire de l'attention et d'une dysphasie développementale.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et articles

ALBARET J.M., L'examen psychomoteur chez les jeunes enfants présentant un trouble du langage oral. Rééducation Orthophonique-N°231-septembre 2007

DE WECK G, ROSAT M.C., (2003) Troubles dysphasiques: comment raconter, relater, faire agir à l'âge préscolaire. Paris : Masson

GERARD C.L. : Sémiologie. Réadaptation n°527/ Février 2006 Les troubles du langage et des apprentissages

GERARD C.L., BRUN V. (2003), Les dysphasies. Paris : Masson

GOUDREAU et al. : Définition des différents types d'attention. Psychologie Québec, vol.17 n°6 pp 20&21, novembre 2000

JUAREZ SANCHEZ A., MONFORT M. (2007) : L'intervention dans les troubles graves de l'acquisition du langage et les dysphasies développementales. Ortho Edition

LACARRERE-NEYBOUGER C., LASSERRE J.P (1995), L'approche RV PEC. Ortho Edition.

MAZEAU M. (2005) : Neuropsychologie et troubles des apprentissages : du symptôme à la rééducation Paris : Masson

MINISTERE DE LA COMMUNICATION, ADMINISTRATION GENERALE DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE, Manuel pratique de dépistage de la dysphasie, d'évaluation et d'aides pédagogiques, Recherche en éducation n°272-octobre 2002

PEBREL C. (2006), La Gestion mentale à l'école, concept et fiches pratiques.

PECH-GEORGEL C., GEORGE F. (2007) : Prises en charges rééducatives des enfants dysphasiques. Broché

PECH-GEORGEL., GEORGE F., (2002) : Approches et remédiations des dysphasies et dyslexies. Broché

RINGARD J-C, (2000) Rapport Ringard. A propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique.

SOPPELSA R., ALBARET J.M., CORRAZE J. : Les comorbidités : théories et prise de décision thérapeutique. Entretiens de Bichat 2009.

Autres

ALBARET J.M, cours de 2^{ème} année sur le Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité

ESCANDE S. (2010), Mémoire : Le modèle de Sonuga-Barke en psychomotricité : prise en charge d'un enfant TDA/H.

MARQUET-DOLEAC J., Cours de 3^{ème} année, Traitement psychomoteur du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Notes de la formation Gestion mentale au Bon Sauveur d'Alby.

TOUZIN M. (2008), DVD Les « dysphasies ». De l'évaluation...à la rééducation. Ortho Edition

Sites internet

www.dysphasie.org

Association Avenir Dysphasie, consulté en mars 2011.

www.education.gouv.fr/bo/2002/6/encart.htm

Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. Bulletin officiel du ministère de l'éducation Nationale, n°6 du 7-2-2002, consulté en mars 2011.

ANNEXES

- **ANNEXE 1 : Définitions**
- **ANNEXE 2 : Echelle d'auto-évaluation**
- **ANNEXE 3 : Contrat**
- **ANNEXE 4 : Questionnaire de Connors**
- **ANNEXE 5 : Feuilles de passation du labyrinthe n° 10 du test des Laby 5-12**

ANNEXE 1 : Définitions

- Les différents aspects du langage :
- Lexique : Ensemble des mots et expressions formant le vocabulaire d'une langue.
- Linguistique : Etude scientifique et comparative des langues en tant qu'ensemble de signes permettant la communication de la pensée. (*Adjectif*): Propre ou relatif à une langue, à plusieurs langues, à la linguistique.
- Morphologie : Etude des mots considérés sous l'angle de leur formation, de leur évolution, des changements qu'ils subissent dans leur forme.
- Phonème : La plus petite unité sonore du langage, considérée du point de vue de l'articulation (labiale, dentale) et de l'audition (sourde, sonore).
- Phonétique : Propre aux sons du langage.
- Phonologie : Partie de la linguistique qui se consacre à l'étude des phonèmes d'une langue donnée.
- Pragmatique : Qui considère d'abord la valeur pratique de quelque chose.
- Sémantique : Partie de la linguistique qui étudie le langage du point de vue du sens des unités lexicales et de leur organisation dans le discours.
- Syntaxe : Partie de la grammaire qui étudie les règles de combinaison des unités linguistiques dans la phrase.

ANNEXE 2 : Echelle d'auto-évaluation

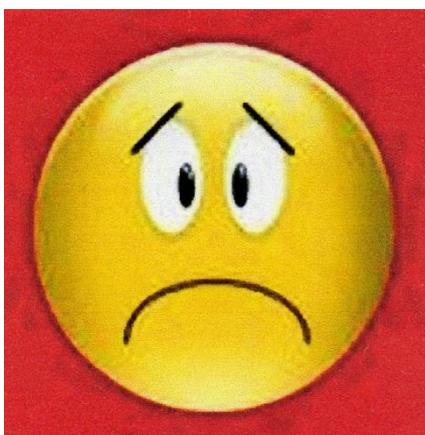
Selon toi, te concentrer tout au long de l'exercice a été plutôt :



FACILE



MOYEN



DIFFICILE

Le 14/03/2011

Je suis d'accord pour travailler
à améliorer ma concentration pour m'aider
à l'école.

Mia

ARTHUR
~

Questionnaire de Conners pour les enseignants

Nom et prénom de l'enfant Arthur

Age

Date

Nom de l'enseignant C. LAURENT

Etablissement

Vous trouverez ci-dessous une liste décrivant des comportements. Placez une croix dans la colonne qui décrit le mieux cet enfant. Répondez à toutes les questions.

Ras du tout	Un petit peu	Beaucoup	Enormément
-------------	--------------	----------	------------

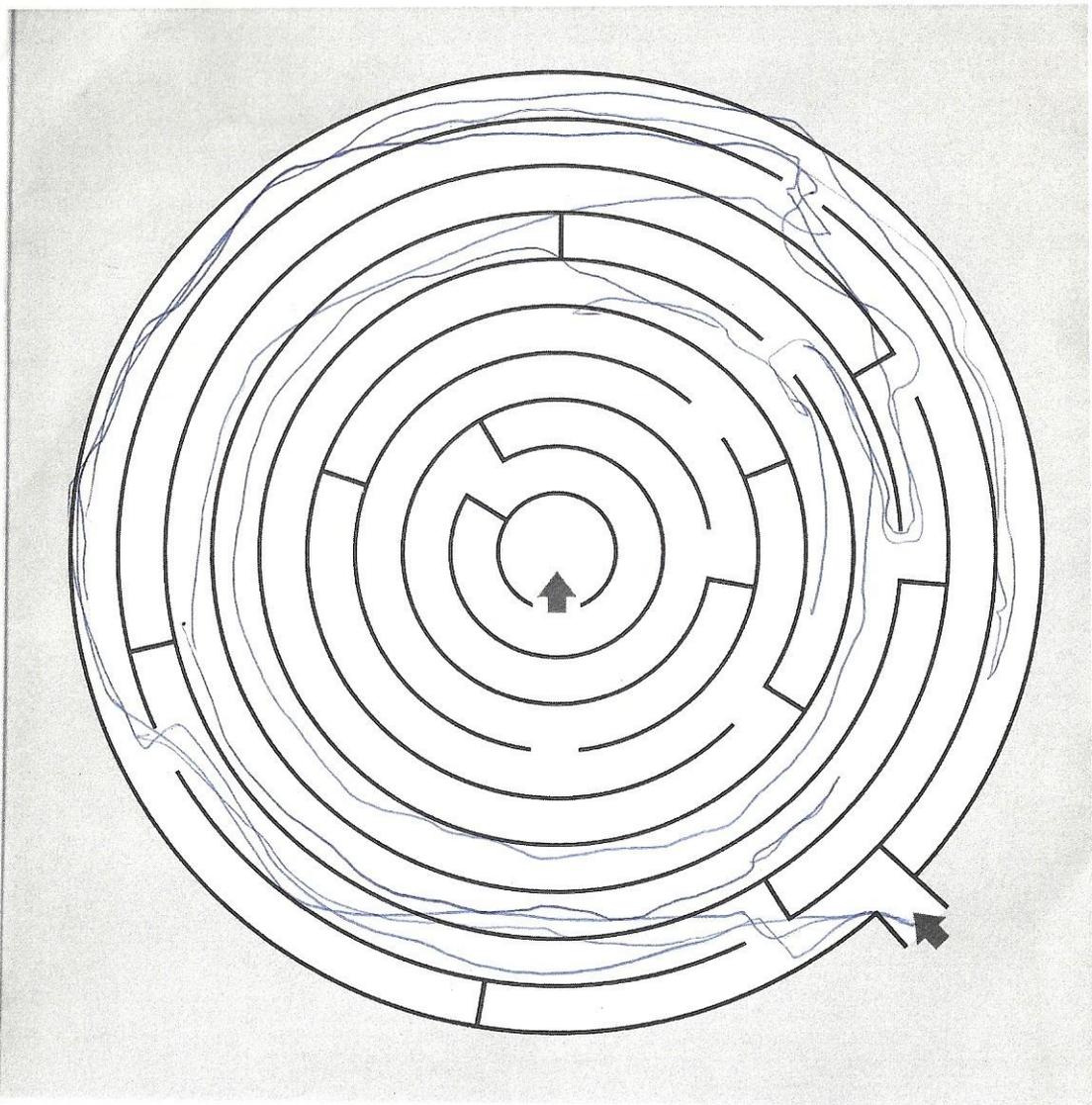
Comportement en classe

1. Se "tortille" en permanence.		X		
2. Fredonne et fait des bruits incongrus	X			
3. On doit satisfaire immédiatement sa demande, facilement désappointé.		X		
4. Mauvaises coordinations			X	
5. Agité ou hyperactif			X	
6. S'excite facilement, impulsif			X	
7. Distrait ou attention fluctuante.			X	
8. Difficultés à terminer ce qu'il commence, span attentif limité.		X		
9. Extrêmement susceptible	X			
10. Extrêmement sérieux ou triste	X			
11. Rêveur.	X			
12. Boudeur et renfrogné.	X			
13. Crie souvent et facilement.	X			
14. Perturbe les autres enfants.		X		
15. Bagarreur.	X			
16. Humeur changeant rapidement et de façon marquée.	X			
17. Agit de façon vive.				
18. Destructeur.	X			
19. Vole.	X			
20. Ment.		X		
21. Crises de colères et conduites imprévisibles.		X		

Participation au groupe

22. S'isole de lui-même des autres enfants.	X			
23. Semble mal accepté par le groupe.	X			
24. Semble être aisément entraîné par les autres.		X		
25. Est mauvais joueur.	X			
26. Manque de capacités à mener les autres.	X			
26. S'énerve facilement quand il doit faire un effort.		X		
27. Ne fait pas bon ménage avec des enfants du même sexe.	X			
28. Ne fait pas bon ménage avec des enfants du sexe opposé.	X			

29	Taquine les autres enfant ou perturbe leur activité				X
Attitude envers l'autorité					
30	Soumis face à l'autorité	X			
31	Provocateur.	X			
32	Insolent.	X			
33	Timide.	X			
34	Peureux.	X			
35	Demande une attention excessive de la part de l'enseignant.		X		
36	Obstiné.			X	
37	Extrêmement soucieux de plaire.		X		
38	Peu coopérant.	X			
39	Problèmes d'assiduité.	X			



2 minutes max échec

LC = 20

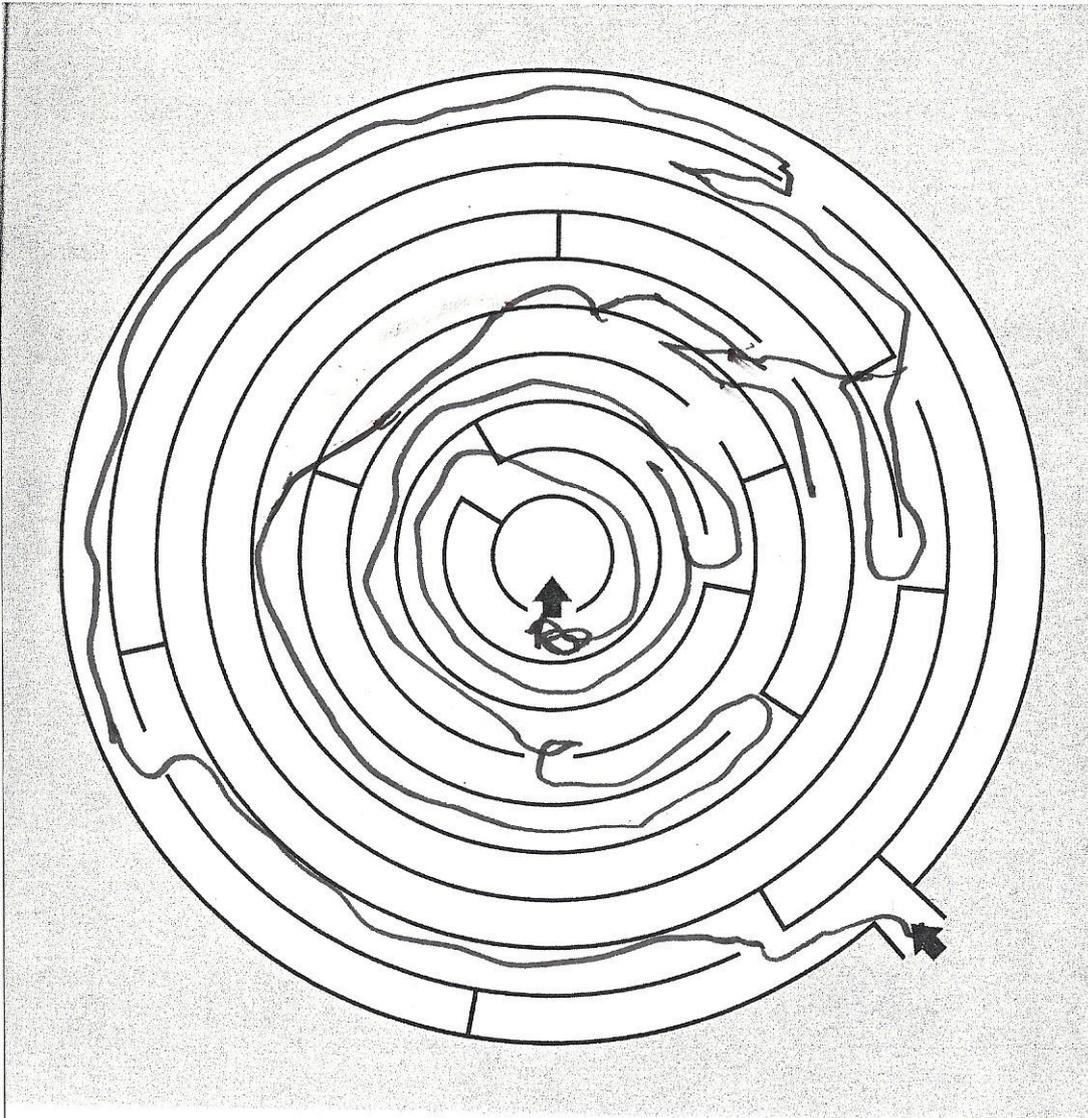
10

ND =

DP =

TEST

Copyright © 2010 Les Editions Hogrefe France



C: 5
D: 3
P: 6

10

1 min 20.

RE - TEST

Copyright © 2010 Les Editions Hogrefe France

RESUME :

Chez les enfants dysphasiques, il est une co-morbidité parmi d'autres que l'on retrouve de manière particulièrement fréquente : le TDA/H. La présence d'une telle association suppose dans un premier temps, une démarche diagnostique particulière qui pose le problème de la délimitation de chaque trouble et de leurs probables influences réciproques. Mais également dans un second temps, la mise en place d'une prise en charge psychomotrice adaptée aux spécificités propres à ces deux pathologies ainsi réunies. Grâce à l'observation du fonctionnement propre de l'enfant et au développement des connaissances autour des troubles que celui-ci présente ; le psychomotricien adopte une démarche dont l'élément central et fondamental correspond à l'adaptation des outils et des techniques qui sont à sa portée. La Gestion Mentale est une méthode qui s'inscrit dans cette démarche et permet de réfléchir à une nouvelle façon d'aborder la rééducation d'un enfant dysphasique et porteur d'un TDA/H. C'est sur ces différentes constatations que ce mémoire a la volonté de s'appuyer.

Mots-clés : dysphasie développementale, TDA/H, comorbidité, rééducation psychomotrice, adaptations, Gestion Mentale, difficultés d'apprentissage scolaire.

SUMMARY:

With dysphasic children, there is comorbidity among others that you can frequently find: an ADHD. The presence of such an association supposes at first, a particular diagnostic approach that raises the problem of the demarcation of each disorder and their likely mutual influences. But also secondly, the implementation of a psychomotor coverage adapted to appropriate specificities for both pathologies so gathered. Thanks to the observation of the appropriate functioning of the child and to the development of the knowledge around his disorders; the psychomotor therapist adopts an approach the central and fundamental element of which corresponds to the adaptation of tools and technics within range. The Mental Management is a method which joins in this approach and allows thinking about a new way of approaching the reeducation of a dysphasic and carrier child of one an ADHD. It is on these various observations that this report has the will to lean.

Keywords: developmental dysphasia, ADHD, comorbidity, psychomotricity rehabilitation, adaptations, Mental Management, Difficulties school learning.