

Prise en charge psychomotrice du sujet porteur d'un Trouble Déficit de l'Attention/ Hyperactivité TDAH



Jean-Michel Albaret

● Jérôme Marquet-Doléac¹, Régis Soppelsa² et Jean-Michel Albaret¹⁻²

Les sujets présentant un Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) sont dans l'incapacité de contrôler leur comportement et cela dans trois domaines : l'inhibition de la réponse spontanée ; l'arrêt des processus mentaux ou moteurs en cours pour un délai de réflexion ; le contrôle et la gestion des interférences ou stimuli parasites (Barkley, 1997). Cette incapacité génère de la souffrance chez l'enfant (faible estime de soi) mais aussi chez les parents. Les objectifs généraux du psychomotricien sont de fournir au patient des méthodes de contrôle efficaces adaptées à son âge et à sa pathologie et de leur permettre d'apprendre à apprendre (Corraze & Albaret, 1996 ; Marquet-Doléac *et al.*, 2005).

Principes généraux

Il est nécessaire de gérer l'environnement de la salle de rééducation. Il convient de matérialiser le décours temporel à l'aide d'une horloge segmentée qui permettra de suivre le déroulement et la durée des différents exercices compte tenu du déficit de perception temporelle qui caractérise les enfants TDA/H (Barkley *et al.*, 2001 ; Sonuga-Barke *et al.*, 1998 ; Yang *et al.*, 2007). L'espace doit être dépouillé au maximum des stimuli parasites potentiels, par exemple il est préférable que le matériel prévu pour la suite de la séance soit hors de vue immédiate.

Afin de pouvoir ajuster les réponses thérapeutiques, l'analyse du profil comportemental du patient, au même titre que celle des déficits neuro-cognitifs (examen psychomoteur et neuropsychologique) cons-

La prise en charge en psychomotricité est incontournable dans l'abord multidisciplinaire et il est essentiel que les familles soient partie intégrante du suivi rééducatif.

préhension du maintien de tels comportements qui permettent au sujet d'exercer ainsi un contrôle sur son environnement.

L'utilisation des renforcements est un outil incontournable. Ils doivent suivre immédiatement l'émission du comportement attendu, être continus et positifs (Hersher, 1985). Ils sont principalement de nature sociale, mais au début de leur mise en place ils peuvent être temporairement de nature matérielle (temps de jeu ou activité que l'enfant peut choisir). Lorsque l'inattention est massive, le sur-renforcement doit être mis en place par une couverture verbale (Soppelsa & Albaret, 2003). Il s'agit de commenter en continu par un flot verbal ce que fait l'enfant en dégagant au maximum tous les éléments positifs de son comportement ou de sa réalisation. Il est également possible de passer un contrat entre l'enfant et le thérapeute où les choix de l'enfant seront dépendants de son niveau de participation et d'adhésion thérapeutique aux exercices proposés par le psychomotricien.

titue un préalable indispensable. La mise en évidence de bénéfices secondaires à la présence de comportements perturbateurs peut en effet fournir des éléments de com-

1. Institut de Formation en Psychomotricité, Faculté de Médecine de Rangueil, Université Toulouse III, 133 route de Narbonne, 31062 Toulouse cedex

2. Laboratoire "Adaptation Perceptivo-Motrice et Apprentissage", EA 3691, Université Toulouse III

La gestion du délai de réponse peut être améliorée par l'utilisation de trois signaux verbaux courts du type : "Stop, Ecoute, Vas-y". Lorsque l'enfant présente un comportement parasitant sa production dans une situation donnée, on l'arrête avec le mot "Stop", on lui dit ensuite "Écoute" suivi de la répétition de la consigne et, lorsque on est certain qu'il a intégré les consignes "Vas-y".

Dans des situations où les comportements perturbateurs sont massifs, le retrait d'attention peut être utilisé : il consiste à ne pas prêter la moindre attention à l'enfant et à ne pas réagir à ses manifestations tant qu'il présente un comportement indésirable ou antinomique avec l'activité en cours ; mais dès qu'il paraît à nouveau disponible, l'activité reprend où elle s'était arrêtée.

Enfin, l'intérêt des programmes d'auto-instruction (Meichenbaum & Goodman, 1971) n'est plus à démontrer. Ils reposent sur le rôle du soliloque (le fait de se parler à soi-même) qui joue un rôle essentiel selon Vigotsky (1934, 1985) dans la mise en place des différents processus cognitifs. Le langage est utilisé comme un régulateur du comportement. Winsler, Diaz & Montero (1997) suggèrent ainsi que l'enfant substitue le soliloque à la collaboration de l'adulte au cours de la résolution d'un problème. Les travaux de Berk et Potts (1991) indiquent que les enfants TDAH diffèrent dans leur utilisation des différents niveaux de soliloque et qu'il s'avère moins efficace pour canaliser l'activité motrice. La mise en place des programmes d'auto-instructions permet de compenser ce déficit. Dans un premier temps, les instructions de l'adulte aident l'enfant à réguler son comportement moteur. Dans un second temps, l'enfant utilise à voix haute puis intériorise les instructions pour contrôler lui-même, sans intervention extérieure, sa propre activité motrice (cf. Albaret, 2006 pour un point de vue détaillé).

Objectifs et techniques spécifiques

L'action du psychomotricien s'effectue selon plusieurs axes de travail envisagés de façon simultanée sur :

- l'attention soutenue en amenant le sujet TDAH à analyser et utiliser un flux de données en limitant les ruptures attentives et en menant l'activité jusqu'à son terme.

- l'inhibition et le délai de réponse en favorisant un temps de réflexion entre la présentation d'une consigne ou d'une situation problème et la réponse à fournir tout en gérant l'apparition des distracteurs externes à la tâche.

- la résolution de problèmes impersonnels pour expérimenter des compétences d'observation, de planification et de validation des solutions proposées.

1. Inhibition et gestion du temps

Le tableau clinique du TDAH entraîne par cumul des différentes manifestations une incapacité à gérer le temps accompagné d'un déficit spécifique à percevoir le sens subjectif du temps. Quand on leur demande d'estimer des durées, ils font significativement plus d'erreurs que le groupe témoin (Cappella *et al.*, 1977). De même quand on leur demande de raconter une histoire qui leur a été lue quelque temps auparavant, ils décrivent moins fidèlement que les enfants du groupe témoin. Ces enfants ont donc des difficultés dans l'estimation prospective aussi bien que dans l'estimation du temps rétrospectif. Pour toutes ces raisons, on peut dire que le TDAH présente une véritable cécité temporelle comparable à celle d'individus souffrant d'une lésion frontale, ils sont en quelque sorte coincés dans un ici et maintenant, avec une incapacité à se projeter et à établir des conjectures sur les situations futures.

L'utilisation d'une horloge où des secteurs de temps ont été figurés graphiquement, permet à l'enfant de visualiser le temps écoulé pour effectuer une tâche ou réaliser un jeu favorise une meilleure gestion du temps. Demander à l'enfant d'évaluer le temps nécessaire à la réalisation d'une activité participe de la même idée. On propose aussi au patient des situations où la réponse spontanée doit être différée ou inversée. On peut de même imposer à l'enfant un temps de latence entre la consigne et la réponse à fournir : par exemple, montrer deux gestes et lui demander de n'imiter que le premier.

2. Capacités d'organisation

Etre efficace c'est être capable de conserver une organisation générale de son temps qui permette de mener à bien différents projets conçus auparavant. Ceci demande des aptitudes spécifiques dont les enfants et les adultes atteints de TDAH ne disposent pas. Il pourra être utile d'avoir en ligne

de mire les aspects suivants qui constitueront autant d'objectifs :

- savoir planifier : rechercher le déroulement d'un problème en commençant par l'état final ; modifier les stratégies pour aboutir au même résultat et éviter ainsi la persévération.

- estimer le temps nécessaire à chaque action afin de limiter le sentiment d'impatience qui abaisse encore, s'il en était besoin, leur seuil de sensibilité aux stimuli parasites en provenance du milieu.

- protéger les objectifs de la survenue de distracteurs ou d'événements imprévisibles : favoriser le guidage du comportement par l'utilisation du soliloque.

- opérationnaliser les procédures et chercher ainsi une automatisation qui permettra de libérer de l'attention.

- décider des priorités : se servir pour se faire des techniques de résolution de problèmes.

- vérifier le caractère correct ou non de la réponse à la consigne donnée : la constatation de la réussite d'une activité ou d'une consigne comporte en elle-même sa propre récompense ; cette dernière étape de la résolution de problème, à savoir la vérification, est souvent abrégée ou absente, ce qui entraîne une indifférence aux résultats des actions. L'enfant peut ainsi soutenir qu'un résultat est juste même si, manifestement, il ne l'est pas, entraînant chez l'adulte des réactions qui peuvent être vives.

3. Apprendre à apprendre

La triade symptomatique (inattention, hyperactivité, impulsivité) empêche l'enfant d'être "présent" le temps nécessaire à l'apprentissage, qu'il soit implicite ou explicite. Par exemple, il est incapable d'observer un modèle suffisamment longtemps pour prendre les informations pertinentes qui lui permettrait l'imitation, y compris pour des séquences de mouvements simples (Barkley (1997)). Les différents aspects de l'apprentissage sont perturbés et demandent donc, au cours de la prise en charge, différents aménagements : la motivation, l'observation, la sélection d'informations, l'expérimentation ou mise à l'épreuve et la vérification.

La motivation est une nécessité première qui va se scinder en : primaire ou initiale et secondaire ou générale. La motivation initiale permet la mise au travail, il s'agit de

stimuler l'envie du patient à faire une activité choisie : le caractère attractif ou novateur de la tâche joue. La motivation générale consiste à maintenir l'activité jusqu'à son terme. Les techniques comportementales décrites précédemment seront d'une grande aide dans cette phase (renforcements, couverture verbale). La motivation générale ou durable est délicate à entretenir car les sujets TDA/H ont des difficultés à maintenir en mémoire les objectifs à atteindre : ils sont très sensibles aux stimuli parasites (externes ou internes) et sont incapables de gérer simultanément les objectifs généraux et les sous-tâches effectuées dans l'instant présent (Barber et al., 1996). Certains auteurs considèrent également que les manifestations observées chez certains enfants TDA/H dans des tâches de délai de gratification sont à mettre en relation avec une perturbation des processus motivationnels (Solanto *et al.*, 2001 ; Sonuga-Barke, 2002).

L'observation est une activité antinomique avec le comportement impulsif classique du sujet TDA/H même lorsque le temps n'est pas limité (Corkum & Siegel, 1993). Le balayage visuel est chaotique et donc inopérant face à des activités complexes. Le premier but du rééducateur est l'obtention d'une observation continue. Les techniques les plus courantes utilisent des exercices comme la réalisation de labyrinthes simples, la recherche d'objets, le comptage d'objets organisés ou non dans l'espace.

La sélection des informations consiste à extraire des informations pertinentes d'un milieu plus ou moins dense ou confus. Les exercices proposés sont soit à référentiel externe (comparaison à un modèle) soit à référentiel interne (la comparaison se fait avec les expériences passées).

L'expérimentation renvoie à la notion la résolution de problèmes à savoir un "procédé comportemental qui propose un ensemble de réponses alternatives potentiellement efficaces pour répondre à la situation problématique et augmente la probabilité de choisir la réponse la plus efficace parmi ces différentes alternatives" (D'Zurilla & Goldfried, 1971). On propose au sujet des situations pour lesquelles la solution n'est pas directement accessible. Il doit donc générer des idées liées aux éléments mis à sa disposition. L'intérêt est, ici, de proposer des conditions différentes mais suffisamment proches pour qu'il y ait réutilisa-

tion des acquis dans l'objectif de viser la généralisation à la vie quotidienne. Il est essentiel que l'enfant se rende compte que la réutilisation de comportements appris antérieurement, est efficace ; selon Barkley (1997), les enfants TDA/H manquent de créativité et ne peuvent générer des idées originales face à une situation problème, il est donc impératif de multiplier les expériences vécues pour les aider à constituer un stock d'informations opérantes et facilement accessibles.

La vérification concerne les informations en retour données sur le travail réalisé par l'enfant. Pour les plus jeunes, il est intéressant de mettre en relation la perception qu'ils ont du travail fourni avec les "feedbacks" renvoyés par le psychomotricien. A partir des données, fournies par l'enfant, on peut alors réaliser une représentation graphique et chronologique de leurs productions sur plusieurs séances. Ce dispositif permet au patient de visualiser concrètement l'évolution de son travail. Pour les préadolescents et adolescents, le thérapeute doit expliciter ses objectifs de soin et les conséquences opérationnelles qu'il cherche à atteindre ; une coopération et une implication active sont nécessaires. Cela peut être matérialisé au travers d'un planning des objectifs et des moyens. Ce dispositif peut entraîner un fort effet motivationnel qui n'est plus fonction de la nature de la tâche à effectuer mais plutôt de l'objectif final.

La généralisation des compétences acquises

Le problème de la généralisation constitue une des difficultés principales au cours de la prise en charge des enfants TDAH. En se rapprochant au maximum de la réalité quotidienne de l'enfant, la rééducation psychomotrice va favoriser la réutilisation des compétences acquises dans d'autres contextes.

Les différentes incapacités (augmentation des difficultés devant une tâche nouvelle, défaut d'auto-correction, persévérations, abandon rapide devant la difficulté ou la non réussite immédiate) vont généralement entraîner des réactions dans leur entourage comme un sentiment d'impuissance et de la culpabilité chez l'adulte, l'apparition de comportements éducatifs anormaux (négligence, rigidité), un regard négatif de la part des adultes, une exclusion par les pairs du fait de leur réel

manque d'adhésion aux règles sociales, une victimisation.

Au regard de ces réflexions, la prise en charge en psychomotricité est incontournable dans l'abord multidisciplinaire et il est essentiel que les familles soient partie intégrante du suivi rééducatif, il faut leur redonner des moyens d'action mais aussi de relation avec leur enfant ; le psychomotricien peut alors se positionner en tant que personne ressource, spécialiste de la prise en charge non médicamenteuse du TDA/H. Dans la guidance parentale, il faut expliquer clairement ce qu'est le TDA/H, ce que cela implique au quotidien, présenter des solutions réalistes modifier les attentes des parents et participer à la restauration d'un lien parents-enfants. ■

Références bibliographiques

- Albaret, J.-M. (2006). Note de synthèse sur les programmes d'auto-instructions dans la prise en charge de l'enfant TDA/H. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 18, 90, 324-329.
- Barber, M.A., Millich, R., & Welsh, R. (1996). Effects of reinforcement schedule and task difficulty on the performance of attention-deficit hyperactivity disorder and control boys. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 66-76.
- Barkley, R.A. (1997a). *ADHD and the nature of self-control*. New York : Guilford.
- Barkley, R.A., Edwards, G., Lanteri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). Executive functioning, temporal discounting, and sense of time in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional defiant disorder (ODD). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 541-556.
- Berk, L.E., & Potts, M.K. (1991). Development and functional significance of private speech among attention-deficit hyperactivity disorder and normal boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 257-277.
- Cappella, B., Gentile, J.R., & Juliano, D.B. (1977). Time estimation by hyperactive and normal children. *Perceptual and Motor Skills*, 44, 787-790.
- Corkum, P.V., & Siegel, L.S. (1993). Is he continuous performance task a valuable research tool for use with children with attention-deficit-hyperactivity disorder ? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1217-1239
- Corraze, J., & Albaret, J.M. (1996). *L'enfant agité et distrait*. Paris : Expansion Scientifique Française.
- D'Zurilla, T.J., & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Hersher L. (1985). The effectiveness of behavior modification on hyperkinesis. *Child Psychiatry and Human Development*, 16, 87-96.
- Marquet-Doléac, J., Soppelsa, R., Albaret, J.M. (2005). La rééducation du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité : approche psychomotrice. *Neuropsychologie*, 4, 3, 94-101.
- Meichenbaum, D., & Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves : a means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.
- Solanto, M.V., Abikoff, H., Sonuga-Barke, E. Schachar, R., Logan, G.D., Wigal, T., Hechtman, L., Hinshaw, S. Turkel, E. (2001). The ecological validity of delay aversion and response inhibition as measures of impulsivity in ADHD : a supplement to the NIMH multi-modal treatment study of AD/HD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 215-228.
- Sonuga-Barke, E.J.S. (2002). Psychological heterogeneity in AD/HD : a dual pathway of cognition and performance. *Behavioural Brain Research*, 130, 29-36
- Sonuga-Barke, E.J.S., Saxton, T., & Hall, M. (1998). The role of interval underestimation in hyperactive children's failure to suppress responses over time. *Behavioral and Brain Research*, 94, 45-50.
- Soppelsa, R., & Albaret, J.-M. (2003). Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité et rééducation psychomotrice : présentation d'un cas. *Rééducation Orthophonique*, 214, 91-106.
- Vigotsky, L. (1985). *Pensée et langage* (1^{ère} éd. 1934). Paris : Messidor/Éditions Sociales.
- Winsler, A., Diaz, R.M., & Montero, I. (1997). The role of private speech in the transition from collaborative to independent task performance in young children. *Early Childhood Research Quarterly*, 12, 59-79.
- Yang, B., Chan, R.C.K., Zou, X., Jing, J., Mai, J., & Li, J. (2007). Time perception deficit in children with ADHD. *Brain Research*, 1170, 90-96.