

La rééducation psychomotrice

et les troubles déficitaires de l'attention

J.M. ALBARET, R. SOPPELSA

La rééducation psychomotrice, centrée sur l'activité du sujet, doit être adaptée à la nature du symptôme et tenir compte des caractéristiques individuelles. L'approche est de type cognitivo-comportementale. Il est de règle de considérer que les thérapies des troubles psychomoteurs sont multimodales, par association de plusieurs modalités de traitement qui sont intégrées progressivement, en tenant compte de l'intensité et du caractère perturbateur des manifestations [6, 8, 23, 27]. Le scénario idéal consisterait à démarrer par une prise en charge psychomotrice, associée à une guidance parentale et, si besoin est, à une prise en charge des troubles affectifs et émotionnels associés. En cas d'absence d'amélioration, dans les six mois, un traitement médicamenteux doit être adjoint, d'autant que les effets bénéfiques en sont maintenant largement documentés [29].

Jean-Michel
Albaret,
Régis
Soppelsa,
psychomotriciens

Organisation générale de la rééducation

Le principal objectif de la rééducation psychomotrice est de restaurer et de développer les capacités d'inhibition comportementale, considérées comme centrales dans le modèle du TDA/H de Barkley [2].

Le modèle du TDA/H de Barkley (1997)

Le modèle est centré sur la pauvreté de l'inhibition comportementale et ses répercussions sur quatre fonctions exécutives entraînant, en fin de compte, une réduction du contrôle de la motricité intentionnelle (exemple : un enfant impulsif dans la résolution d'un labyrinthe va se jeter dans la première direction sans l'inhibition qui lui permettrait d'anticiper les impasses).

Les quatre fonctions exécutives dont le fonctionnement est perturbé sont :

- la mémoire de travail non-verbale, responsable du maintien temporaire des informations dont la présence et la manipulation sont nécessaires à la poursuite d'une activité ;
- l'intériorisation du langage ou mémoire de travail verbale qui joue un rôle régulateur au niveau du comportement et facilite la résolution de problèmes ;
- l'autorégulation des affects, des motivations et de l'éveil qui permet l'utilisation de ressources propres pour la poursuite autonome d'une tâche ;
- la reconstitution qui permet la réorganisation d'éléments connus en une synthèse originale (créativité).

L'ensemble de ces déficits se traduit au niveau psychomoteur par la présence de manifestations sans rapport avec la tâche en cours, une exécution entravée des réponses intentionnelles, une limitation de la nouveauté et de la complexité des séquences motrices disponibles, un défaut de persévérance dans la réalisation d'un but, une sensibilité moindre aux rétroactions, une difficulté à se replonger dans une activité après une interruption, un manque de flexibilité comportementale, un défaut de contrôle du comportement par les représentations internes.

Les mises en situation proposées par la rééducation visent **trois objectifs** :

- Accroître progressivement le temps de concentration et d'attention sur une tâche donnée.
- Réduire l'hyperactivité en atténuant les mouvements ou les comportements incompatibles avec le travail en cours.
- Avec les adolescents, améliorer les habiletés sociales, la compréhension et l'expression des communications non-verbales.

Le projet thérapeutique est ensuite construit en tenant compte des caractéristiques singulières du sujet et des différents aspects du traitement [6, 15, 16, 32].

En début de rééducation, pour contourner la difficulté de l'enfant à maintenir son attention, l'aménagement de la séance est orienté sur la multiplication de mises en situation de courte durée. Leur succession est déterminée à l'avance ainsi que le temps passé sur chacune qui peut être objectivé par une grosse horloge ou un réveil que l'enfant peut consulter (pour pallier les manques de repères). Le matériel nécessaire pour chaque situation est rangé après usage pour limiter les occasions de distraction. Grâce à l'utilisation de diverses couleurs et dimensions, les situations sont renouvelées régulièrement pour éviter l'habituation. Un certain rythme doit être imprimé à la séance, le thérapeute doit être actif, savoir manier l'humour, renforcer en permanence l'enfant, c'est-à-dire insister sur les côtés positifs de son comportement, nettement plus que ce

qu'il a l'habitude de faire spontanément. Et le thérapeute doit, surtout au début, réaliser une « couverture vocale » que remplaceront petit à petit les verbalisations de l'enfant. Un équilibre entre activités à composante perceptive prédominante et activités à forte composante motrice, est souhaitable pour que la rééducation s'adresse aux différentes facettes de la symptomatologie.

En début de séance, on procède à un rappel de ce qui a été fait la fois précédente et de ce qui a été décidé pour celle-ci. Les règles permettant le bon déroulement de la séance sont aussi répétées. Le travail avec un observateur (stagiaire, co-thérapeute) ou l'utilisation d'une caméra vidéo donnent l'opportunité d'évaluer les comportements de l'enfant mais aussi ceux du thérapeute et notamment de pouvoir déterminer la fréquence des renforcements positifs et le moment où ils sont appliqués. De telles informations permettront d'en modifier l'occurrence et d'amener le thérapeute à être plus attentif à la façon dont il procède.

Utilisation des renforcements

Plus l'enfant est hyperactif, plus il est sensible aux renforcements qui suivent immédiatement le comportement désiré et qui sont délivrés de façon continue. Si le renforcement est distribué de façon aléatoire, les performances de l'enfant hyperactif se détériorent. De plus, les réactions à la disparition des renforcements sont extrêmement négatives, avec un retour rapide aux comportements antérieurs à la mise en place de ceux-ci [14].

L'objectif est d'amener l'enfant à trouver en lui-même sa propre source de renforcements. Les renforcements sociaux, regroupant les contacts corporels, les félicitations, les manifestations non-verbales comme le sourire ou les signes d'encouragement sont privilégiés, ainsi que les activités favorites ou intéressantes comme jouer (à la poupée, aux jeux vidéo, au ping-pong, ...), regarder un dessin animé, feuilleter un livre d'images, faire un dessin, décider d'une activité à faire avec un adulte. En règle générale, les renforcements négatifs sont inefficaces et parfois même contre-productifs.

Durant la rééducation, les comportements indésirables, agitation et impulsivité, sont ignorés et les comportements de calme et d'attention à la consigne et à la tâche sont au contraire signalés et renforcés par l'intérêt que le thérapeute leur porte. Ce dernier s'abstient de toute remarque et détourne momentanément son intérêt (extinction) lorsque le patient présente des activités motrices incontrôlées ou incompatibles avec la poursuite de l'activité. Dans le cas

où les comportements que présente l'enfant sont liés à sa quête d'attention de la part de l'adulte, cette technique permettra de valoriser l'attention et la concentration.

L'utilisation de cette technique par les parents est importante, car ils ont tendance à faire exactement l'inverse. Ils remarquent et sanctionnent habituellement les comportements inadaptés. Cela a pour effet de renforcer ces comportements négatifs, d'autant plus si les parents n'associent aucune récompense aux moments de calme et d'attention de leur enfant.

Le procédé d'entraînement à la mise en rapport réciproque de l'action et de sa description (*Verbal-nonverbal correspondance training*) a été abondamment étudié par Paniagua [22].

L'idée générale est de chercher à modifier des comportements cibles en fournissant des renforcements contingents lorsqu'il y a adéquation entre deux événements : la description (verbale) d'une action ou d'un comportement cible et la réalisation effective (non-verbale) du comportement.

Deux possibilités se présentent de prime abord : description suivie de l'action correspondante, ou bien action puis description. Concernant la séquence action-description, le schéma général est le suivant : pendant quelques instants (cinq à dix minutes), le thérapeute observe l'enfant en train de réaliser une action comme celle de jouer avec des cubes ; passé ce laps de temps, il questionne l'enfant sur ce qu'il est en train de faire. Lorsque l'enfant répond et décrit ce qu'il fait, un renforcement lui est fourni sous la forme, par exemple, d'un jouet attractif qu'il pourra utiliser durant le reste de la séance ou au cours de la journée. La séquence description-action se déroule de la manière suivante : l'enfant indique verbalement son intention d'émettre un comportement (« *Je vais jouer avec les cubes* »), il le réalise pendant un certain temps et reçoit le renforcement immédiatement après l'accomplissement effectif de l'activité. Dans le cas contraire, le renforcement n'est pas délivré.

Approche cognitive

Douglas [7] distingue trois lignes directrices dans l'approche cognitive, qui constituent un bon guide pour le thérapeute :

- **Amener l'enfant à comprendre la nature de ses déficits** et en quoi l'entraînement proposé peut constituer une aide.

- **Renforcer la motivation de l'enfant** et améliorer son aptitude à utiliser les stratégies de résolution de problèmes.

- **Apprendre les stratégies spécifiques** de résolution de problèmes.

Les renforcements

sociaux, regroupant les contacts corporels, les félicitations, les manifestations non-verbales comme le sourire ou les signes d'encouragement sont privilégiés, les renforcements négatifs sont inefficaces et parfois même contre-productifs

- **Le premier niveau** concerne l'information du sujet sur le trouble et les thérapeutiques. Il consiste à fournir à l'enfant des informations et des explications sur la nature de ses difficultés d'attention, le défaut de contrôle de l'inhibition, les variations du niveau de vigilance et les comportements hyperactifs. Les différentes phases de la thérapie sont alors présentées avec le type d'exercices et de jeux qui pourront être utilisés.

- **Le deuxième niveau** consiste, d'une part, à donner à l'enfant des occasions de réussir des tâches durant la séance, mais aussi en classe ou à la maison et, d'autre part, à lui indiquer les comportements et attitudes les plus à même de permettre de telles réussites. Il faut l'amener, et c'est le rôle des techniques de résolution de problèmes, à se poser des questions concernant la nature exacte du travail à réaliser et les solutions disponibles et adaptées. L'utilisation des auto-instructions (cf. plus loin) est indiquée. L'enfant peut ainsi restaurer un sentiment d'efficacité personnelle fortement mis à mal par les échecs répétés dans la vie quotidienne.

La confrontation à des problèmes de complexité croissante renforcera encore ce processus. La prise de conscience des phénomènes qui font obstacle à la réussite d'une activité se fait progressivement. Lorsqu'il les a repérées, le thérapeute indique ces particularités : par exemple, propos sans rapport avec la tâche, attention labile ou focalisée sur des détails inutiles plutôt que sur les données essentielles, excitation dans l'une des phases de la résolution de problèmes. Le thérapeute amène alors l'enfant à en tenir compte ultérieurement, ce qui peut être fait par le biais d'un code gestuel utilisé à chaque survenue de ces manifestations.

Les principes de base des différentes techniques peuvent être indiqués aux parents et aux enseignants pour faciliter leur collaboration.

- **Le dernier niveau** concerne l'apprentissage effectif des différentes stratégies. Leur mise en pratique doit tenir compte des déficits singuliers et variables d'un enfant à l'autre, de son âge, de son niveau de compétences (motrices, intellectuelles, sociales) et des co-morbidités. L'accent est mis sur l'utilisation de règles et le respect de la succession des étapes qui permettent d'améliorer la performance.

En pratique, la mise en œuvre de ces stratégies peut être associée à la résolution de labyrinthes de difficulté croissante (cf. plus loin) ou à la réalisation de puzzles inversés.

— Les programmes d'auto-instruction.

Meichenbaum et Goodman [20] s'appuient pour ces programmes sur les travaux des neuropsychologues russes Vygotsky et Luria. Pour ce dernier, le langage joue un rôle dans le déclenche-

ment et l'inhibition des comportements moteurs et ce contrôle s'opère en plusieurs étapes. Dans la première étape, c'est le discours d'un partenaire, adulte généralement, qui dirige le comportement de l'enfant. Le contrôle que l'enfant peut exercer sur son propre comportement est encore limité. La régulation est donc essentiellement externe et, au début, uniquement incitatrice. Cette régulation externe, par le biais du langage de l'adulte, acquiert ensuite une fonction inhibitrice. Plus qu'au sens que peut véhiculer le discours, l'enfant répond essentiellement au stimulus physique qu'il constitue. Puis, le langage à voix haute de l'enfant remplit cette fonction. Enfin, le langage est intériorisé. Les verbalisations de l'enfant fournissent un moyen de contrôle de la motricité et agissent pour déclencher ou mettre fin à un comportement.

L'apprentissage par auto-instruction est un apprentissage cognitif, directif qui propose une explicitation verbale des stratégies à utiliser pour mener à bien la tâche.

Il se déroule en cinq phases :

- L'adulte exécute une tâche en se parlant à lui-même à voix haute. L'enfant observe et écoute. Par exemple : « *Je prends la balle rouge dans la caisse, je marche jusqu'au cerceau, je pose la balle à l'intérieur du cerceau* ».

- Le sujet exécute la tâche sous la direction de l'adulte dont les commentaires accompagnent l'action.

- Le sujet exécute seul la tâche et se parle à voix haute.

- Le sujet refait la même chose mais cette fois à voix chuchotée.

- En dernier lieu, l'enfant utilise le langage mental et ne montre aucun signe externe de verbalisation.

La thérapeutique est ici très directive. Mais la directivité est bien souvent nécessaire, en particulier avec les enfants porteurs d'un syndrome déficitaire de l'attention.

De nombreuses variantes existent selon les auteurs [4, 3]. L'étude préalable du niveau de soliloque de l'enfant TDA/H est nécessaire pour adapter le programme à sa situation particulière. Il est également possible d'utiliser des auto-verbalisations, dérivées des travaux de Douglas, comme : « *Je m'arrête, je regarde, j'écoute, je réfléchis* » [21].

— **L'auto-observation.** Les travaux sur l'utilisation de l'enfant comme modèle pour modifier ses propres comportements se situent dans la lignée des théories de Bandura [1] sur l'apprentissage social par imitation. Le principe repose sur la présentation à l'enfant d'un modèle qui exécute le comportement à acquérir. L'apprentissage par observation nécessite de la part de l'individu qui observe : l'attention aux éléments pertinents du modèle, la mémorisation de ces

— **La prise de conscience des phénomènes qui font obstacle à la réussite d'une activité se fait progressivement.** Lorsqu'il les a repérées, le thérapeute indique ces particularités : par exemple, propos sans rapport avec la tâche, attention labile ou focalisée sur des détails inutiles plutôt que sur les données essentielles, excitation dans l'une des phases de la résolution de problèmes

éléments, des capacités de reproduction motrice, éventuellement corrigées grâce aux informations sur la performance, des processus de motivation. Certaines caractéristiques du modèle facilitent son imitation comme la proximité en âge, sexe, origine socio-culturelle.

— **La résolution de problèmes.** La résolution de problèmes est « 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 » [10].

Les étapes en sont la reconnaissance, la définition et l'acceptation du problème, la détermination des solutions possibles et de leurs conséquences, la prise de décision accompagnée de l'évaluation des moyens à mettre en œuvre pour réaliser la solution retenue et l'application de celle-ci.

La résolution peut porter sur des problèmes impersonnels (par exemple, construction à l'aide de matériels variés, déplacements à faire dans une salle en respectant certaines règles) ou interpersonnels (par exemple, attitude à adopter en cas d'altercation avec un autre enfant ou devant une demande faite par un adulte) [12, 17, 30, 28]. Il est préférable que les différentes étapes de la résolution de problèmes soient marquées sur un petit carton que le sujet conserve tout au long de son action. Les étapes peuvent être verbalisées sur le modèle des programmes d'auto-instruction : « *Quel est le problème ?* », « *Je m'arrête et je cherche les solutions* », « *Que se passera-t-il si je fais ça ?* », « *Est-ce que ça marche ?* » etc. Puis viennent les phrases correspondant à un auto-renforcement (« *C'est bien, je me suis débrouillé comme un pro* ») ou destinées à affronter les erreurs (« *Je me suis planté, j'ai fait une erreur ; la prochaine fois, j'irai moins vite, je serai plus concentré pour que ça marche* »).

L'intérêt de ce type d'exercices réside essentiellement dans l'étude des processus qui sont mis en jeu pour parvenir à la solution. Certes la solution du problème est le but à atteindre, mais les étapes qui permettent son obtention sont essentielles (analyse et sélection des informations pertinentes, agencement des différents moyens à disposition). De leur utilisation découle la solution. L'allongement du processus de résolution enrichit le répertoire de l'enfant en mettant un frein à l'impulsivité qui s'accompagne généralement d'erreurs.

Les problèmes interpersonnels sont ensuite envisagés à partir de scénarios correspondant aux principales sources de conflit que l'enfant ou l'adolescent rencontrent habituellement. Ils peuvent être imaginés par le thérapeute ou proposés par l'un des enfants (bagarre avec des pairs, travail inachevé, retard au moment de partir à l'école).

Trois phases peuvent être envisagées :

Dans la première, les problèmes renvoient à des situations courantes, pour lesquelles plusieurs réponses existent dont certaines conduiront à l'affrontement verbal ou physique entre les protagonistes. La résolution se fait uniquement sur un mode verbal, en insistant sur les alternatives à l'agression.

Dans la deuxième phase, deux thérapeutes jouent une scène de quelques minutes correspondant à une situation simple : accepter ou faire un compliment, faire une demande ou la refuser, exprimer une opinion contraire. La scène est filmée pour être ensuite visionnée et faire l'objet d'une discussion avec le sujet sur les aspects positifs à conserver, et ceux qui le sont moins et peuvent être améliorés. La scène est rejouée, en fonction de ces indications.

La troisième phase permet à l'enfant ou à l'adolescent de devenir acteur et de prendre la place d'un des deux interlocuteurs. Il peut ainsi modifier sa prestation en fonction de ses propres remarques et de celles des thérapeutes.

Le problème de la généralisation des techniques de résolution de problèmes peut être abordé par une succession d'étapes :

- Partir d'une approche individuelle (il peut s'agir d'exercices d'attention comme la recherche de différences entre deux images ou deux regroupements d'objets, d'un travail de rythme avec instruments de percussion, etc.) sur des problèmes impersonnels en privilégiant un certain nombre de règles, une structure de travail.

- Refaire les mêmes exercices, connus de chaque enfant, au sein d'un petit groupe en conservant le même déroulement, seul l'aspect collectif varie.

- Passer alors aux problèmes interpersonnels en conservant toujours la même structure qui peut être différente selon chaque thérapeute (il peut s'agir d'insister sur la réciprocité des échanges, l'attention portée aux autres ou les différentes étapes de la résolution de problèmes).

Relaxation et biofeedback

Déliçates, voire impossibles à utiliser dans un premier temps, les relaxations, seules ou associées à d'autres techniques comme le biofeedback⁽¹⁾, des exercices respiratoires ou des techniques cognitives, peuvent avoir un intérêt dans le traitement des enfants agités et distraits. Ces relaxations permettent de diminuer la tension musculaire mentionnée par différents auteurs et, d'autre part, fournir un moyen de contrôle de l'impulsivité, du fait de la concentration sur des informations corporelles et de la mise en place du

Les étapes

de la résolution de problèmes sont la reconnaissance, la définition et l'acceptation du problème, la détermination des solutions possibles et de leurs conséquences, la prise de décision accompagnée de l'évaluation des moyens à mettre en œuvre pour réaliser la solution retenue et l'application de celle-ci

monodéisme⁽²⁾. L'obtention de la réponse de relaxation peut en outre favoriser la focalisation de l'attention sur les informations pertinentes et agir sur certaines co-morbidités comme l'anxiété. Relaxation et biofeedback sont donc intégrés dans les séances lorsque les circonstances le permettent. Il est nécessaire de prévoir un nombre de séances suffisamment important (douze à quinze) pour que l'on puisse en attendre des résultats à long terme et surtout une généralisation de ces résultats une fois passée la porte de la salle de psychomotricité. La relaxation progressive de Jacobson, alternance de tensions et de relâchements des différents groupes musculaires, utilisée seule ou associée au biofeedback, donne des résultats positifs [5, 9, 11, 19, 25, 26]. Porter et Omizo [25] trouvent, par exemple, que les enfants qui ont pratiqué la relaxation progressive sont plus attentifs, moins impulsifs et que leur lieu de contrôle⁽³⁾ devient plus internalisé que les sujets du groupe contrôle. L'entraînement à la relaxation comportementale [24], utilisé avec des enfants hyperactifs, amène une diminution de la tension musculaire dans le frontalis, une amélioration de l'index d'hyperactivité de l'échelle de Conners ainsi que de la performance à une tâche de temps de réaction complexe.

Exercices d'attention

Les exercices d'attention sont essentiellement dirigés sur la focalisation et l'exploration du champ perceptif. Il s'agit, par exemple, de demander à l'enfant de donner des instructions permettant au thérapeute, ou à un autre enfant, de refaire un dessin, une construction à l'aide de cubes ou un parcours d'obstacles dans une salle. Dans ce type d'exercice, l'enfant nous montre, en partie, les processus cognitifs qui sont à la base de ses comportements ainsi que les perturbations qui les rendent inefficaces. Nous avons là une éventuelle base de départ et/ou un moyen d'évaluation de la thérapie en cours, si nous nous intéressons aux consignes fournies, à l'ordre de réalisation, au rythme, aux erreurs, corrections et oublis, au nombre de retours vers le modèle, etc.

— Différents exercices sont proposés en fonction de l'âge, de l'intérêt et des capacités de l'enfant :

- Labyrinthes papier-crayon, en bois avec déplacement de billes ou en plastique thermoformé sur lequel on déplace un personnage à l'aide d'un aimant.
- La recherche d'une différence entre deux arrangements d'objets dans la salle avec déplacement du sujet ou entre deux séries d'objets sur un tapis ou une table pour arriver à la recherche de détails différents sur deux images apparemment semblables ; au niveau auditif, la recherche de détails sonores sous la forme d'instruments particuliers à reconnaître dans un ensemble musical ou la reproduction de structures rythmiques en variant le nombre des supports (parties du corps, instruments de percussion).

ment semblables ; au niveau auditif, la recherche de détails sonores sous la forme d'instruments particuliers à reconnaître dans un ensemble musical ou la reproduction de structures rythmiques en variant le nombre des supports (parties du corps, instruments de percussion).

- *Le jeu de Kim*. Après avoir regardé un certain nombre d'objets (trois ou quatre suffisent au départ), puis s'être détourné, l'enfant doit retrouver les modifications apportées à l'ensemble.

- L'extraction de détails dans un fond confus : identifier l'emplacement d'un détail faisant partie d'un dessin produit par l'enfant ou sur une image [13].

- Les puzzles accompagnés d'une méthode de classement des pièces ainsi que la technique du puzzle inversé où seules quelques pièces (nombre à moduler) manquent pour finir totalement le puzzle, ce qui en accroît le caractère gratifiant pour le jeune enfant.

- L'observation des déplacements effectués par le thérapeute ou un autre enfant suivie de sa reproduction de manière motrice ou graphique (sur un plan de la pièce). Tout parcours réalisé avec différents objets (cerceau, banc suédois, chaises, plots, etc.) peut servir de support à cette activité. On commence par des exercices très courts avec reproduction motrice (marcher sur le banc, slalomer entre les cerceaux, s'arrêter sur le plot), pour finir par des trajets comportant des changements de direction avec passages répétés à un même endroit, complétés d'actions à réaliser avec les membres supérieurs (lancer, attraper, exécuter un mouvement à un signal donné) ou des parcours comportant des distracteurs que l'enfant doit ignorer alors même qu'il est habituellement très intéressé par eux.

- La recherche d'une meilleure discrimination haptique⁽⁴⁾ au niveau manuel [18]. Il s'agit de réaliser des encastres sans le secours de la vue et de reconnaître, d'apparier ou de classer des objets et des formes de complexité croissante (taille, forme et texture). Les objets peuvent être placés dans un sac de toile ou derrière un écran.

- Les jeux sur ordinateur peuvent également être utilisés (labyrinthe en deux ou trois dimensions, résolution de problèmes, jeux d'assemblage ou d'appariement) en privilégiant les jeux

1- Le biofeedback ou rétroaction biologique est un instrument qui enregistre avec une grande précision des variables physiologiques (par exemple EMG, température de la peau, réponse électrodermale, ondes et rythmes cérébraux) et les transforme en signaux visuels ou auditifs qui sont retournés au sujet. Les variables physiologiques peuvent alors être modifiées par le sujet dans un sens préétabli.

2- Le monodéisme est une notion introduite par l'hypnose au début du XX^{ème} siècle : la conscience est fixée sur une seule idée comme le mantra dans la Méditation Transcendantale ou les consignes dans le Training Autogène.

3- Le lieu de contrôle est une croyance que le sujet a concernant le contrôle des événements et des conduites qu'il situe soit à l'intérieur de lui-même (internalité), soit à l'extérieur (externalité).

4- On regroupe sous le terme « haptique » ce qui renvoie à la proprioception et aux récepteurs cutanés.

Les exercices

d'attention sont essentiellement dirigés sur la focalisation et l'exploration du champ perceptif. Il s'agit, par exemple, de demander à l'enfant de donner des instructions permettant au thérapeute, ou à un autre enfant, de refaire un dessin, une construction à l'aide de cubes ou un parcours d'obstacles dans une salle

dont les parties sont courtes, possédant différents niveaux de difficulté, sans oublier que la présence du thérapeute est un préalable indispensable.

Pour fixer les idées

La rééducation psychomotrice de l'enfant agité et distrait cherche à restaurer et à développer les capacités d'inhibition comportementale qui sont, ici, déficitaires, ainsi qu'à développer les capacités attentionnelles. L'organisation de la séance joue un rôle primordial avec l'utilisation différenciée des renforcements. Différentes techniques ont montré leur efficacité : programmes d'auto-instruction, auto-observation, résolution de problèmes. Relaxation et biofeedback ne sont utilisables que dans un deuxième temps et ne sont pas suffisants. Au niveau perceptif, différents exercices portant sur l'attention permettent de modifier les stratégies de l'enfant. La nécessité d'une approche multimodale s'impose.

Pour en savoir plus

- Bouvard M., Le Heuzey M.F., Mouren-Simeoni M.C. (Eds) *L'hyperactivité de l'enfance à l'âge adulte*. Paris : Doin (2002).
- Corraze J., Albaret J.M. *L'enfant agité et distrait*. Paris : Expansion Scientifique Française (1996).

Références

- 1- Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall (Trad. Franç. *L'apprentissage social*. Bruxelles : Mardaga, 1980) (1977).
- 2- Barkley R.A. *ADHD and the nature of self control*. New York : Guilford (1997).
- 3- Berk L.E., Potts M.K. Development and functional significance of private speech among attention-deficit hyperactivity disorder and normals boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 3, 257-277 (1991).
- 4- Bornstein P.H., Quenivillon R.P. The effects of self-instructional package on overactive preschool boys. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 9, 179-188. (1976).
- 5- Braud L.W. The effects of frontal EMG biofeedback and progressive relaxation upon hyperactivity and its behavioral concomitants. *Biofeedback and Self-Regulation*, 3, 69-89 (1978).
- 6- Corraze J., Albaret J.M. *L'enfant agité et distrait*. Paris : Expansion Scientifique Française (1996).
- 7- Douglas V.I. Treatment and training approaches to hyperactivity : establishing internal or external control. In C.K. Whalen & B. Henker (Eds.), *Hyperactive children : the social ecology of identification and treatment* (pp. 283-317). New-York : Academic Press (1980).
- 8- Dulcan K.M.X. Comprehensive treatment of children and adolescents with attention deficit disorder : the state of the art. *Clinical Psychology Review*, 6, 539-569 (1980).
- 9- Dunn F.M., Howell R.J. Relaxation training and its relationship to hyperactivity in boys. *Journal of Clinical Psychology*, 38, 92-100 (1982).
- 10- D'Zurilla T.J., Goldfried M.R. Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126 (1971).
- 11- Gallois T., Gallois P., Forzy G. Relaxation thérapeutique et biofeedback d'un potentiel évoqué cognitif. *Evolutions Psychomotrices*, 17, 44-48 (1992).
- 12- Guevremont D. Social skills and peer relationship training. In R.A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : a handbook for diagnosis and treatment*. New York : The Guilford Press (1990).
- 13- Handford M. *Où est Charlie ?* Paris : Gründ (1988).
- 14- Hersher L. The effectiveness of behavior modification on hyperkinesis. *Child Psychiatry and Human Development*, 16, 87-96 (1985).
- 15- Hinshaw S.P., Klein R.G., Abikoff H. Childhood attention-deficit hyperactivity disorder : nonpharmacological and combination treatments. In P.E. Nathan & J.M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 26-41). New York, NY : Oxford University Press (1998).
- 16- Jensen P.S. Current concepts and controversies in the diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports*, 2, 102-109 (2000).
- 17- Kendall P.C., Braswell L. *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children*. New York : Guilford Press (1985).
- 18- Locher P.J. Use of haptic training to modify impulse and attention control deficits of learning disabled children. *Journal of Learning Disabilities*, 18, 89-93 (1985).
- 19- Margolis H. Relaxation training : a promising approach for helping exceptional learners. *International Journal of Disability, Development and Education*, 37, 215-234 (1990).
- 20- Meichenbaum D., Goodman J. Reflection impulsivity and verbal control of motor behavior. *Child Development*, 40, 785-797 (1969).
- 21- Palkes H., Stewart M., Kahana B. Porteus maze performance after training in self-directed commands. *Child Development*, 39, 817-826 (1968).
- 22- Paniagua F.A. Verbal-nonverbal correspondence training with ADHD children. *Behavior Modification*, 16, 226-252 (1992).
- 23- Paule M.G., Rowland A.S., Ferguson S.A., Chelonis J.J., Tannock R., Swanson J.M., Castellanos F.X. Attention-deficit hyperactivity disorder : characteristics, interventions and models. *Neurotoxicology and Teratology*, 22, 5, 631-651 (2000).
- 24- Poppen R. *Behavioral relaxation training and assessment*. New York : Pergamon (1988).
- 25- Porter S.S., Omizo M.M. The effects of group relaxation training/large muscle exercise and parental involvement on attention to task, impulsivity and locus of control among hyperactive boys. *The Exceptional Child*, 31, 54-64 (1984).
- 26- Potashkin B.D., Beckles N. Relative efficacy of ritalin and biofeedback treatments in the management of hyperactivity. *Biofeedback and Self-Regulation*, 15, 4, 305-315 (1990).
- 27- Shaywitz B.A., Fletcher J.M., Shaywitz S.E. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Advances in Pediatrics*, 44, 331-367 (1997).
- 28- Soppelsa R., Gonzalès F., Tan Ham A. Traitement spécifique du trouble déficitaire de l'attention. *Evolutions Psychomotrices*, 8, 31, 17-25 (1996).
- 29- Spencer T., Biederman J., Wilens T., Harding M., O'Donnell D., Griffin S. Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 409-432 (1996).
- 30- Spivack G., Shure M.B. *Social adjustment of young children : a cognitive approach to solving real-life problems*. San Francisco : Jossey-Bass (1974).
- 31- Tallet J., Albaret J.M. *Apport du modèle de Barkley à la prise en charge psychomotrice du TDA/H*. 4^{ème} Journée Toulousaine de Psychomotricité. Toulouse, 4 mai (2002).
- 32- The MTA Cooperative Group A. 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086 (1999).