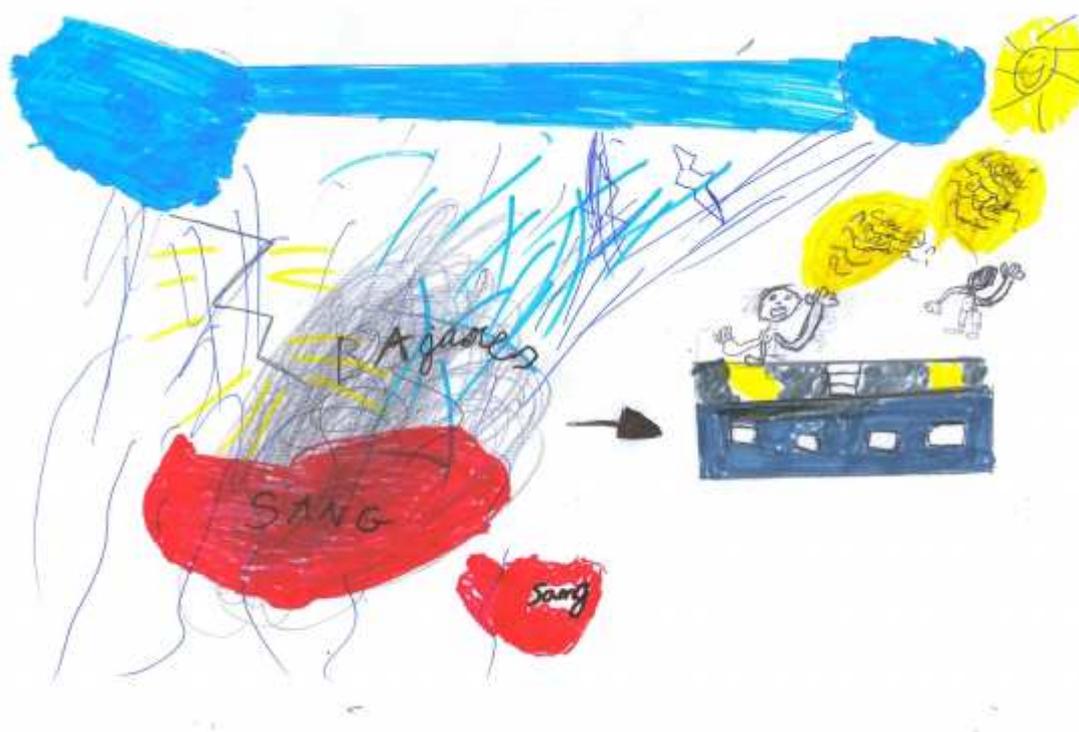


# Les enjeux de la prise en charge de l'impulsivité sociale face aux troubles des comportements: Présentation d'un protocole de travail.

---



---

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de Psychomotricien

SIMONIN Marion

Juin 2014

---

Ce mémoire a été supervisé par:  
Formatrice à l'Institut de Formation de Psychomotricité de Toulouse

---

# Remerciements

*En fait, rédiger un mémoire, c'est un peu comme courir un marathon. Au début, on est impatient, excité, un peu stressé. Et puis, au top départ, on fonce. Mais on se rend compte qu'on s'est un peut-être un peu emballé. Alors on ralentit, on prend le temps, on observe, on écoute. On s'aperçoit qu'on n'est pas seul: certains sont dans la même course, d'autres nous encouragent ou encore nous rappellent les objectifs à atteindre. Et grâce à eux, on tient, on court, parfois moins vite, quelquefois démotivé, mais on avance. Alors le bonheur d'avoir passé la ligne d'arrivée aux côtés de tous ces gens rencontrés, efface toute la douleur endurée.*

*Et il y en avait du monde dans ce marathon..*

[Redacted text block]

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
--------------------------	----------

### **PARTIE THEORIQUE**

---

<b>I. LES ITEP: UNE SOLUTION À DES PSYCHOPATHOLOGIES DU COMPORTEMENT.....</b>	<b>4</b>
---	----------

1. Psychopathologies du comportement chez l'enfant: les troubles externalisés.....	4
a. Trouble des conduites.....	4
b. Trouble oppositionnel avec provocation.....	6
c. Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.....	6
2. Les instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques.....	8
a. Brefs rappels historiques.....	8
b. Des IR aux ITEP.....	8
i. Les objectifs.....	8
ii. L'entrée en ITEP.....	9
iii. Les différents pôles.....	9
c. La place du psychomotricien au sein d'un ITEP.....	10
i. L'importance de l'alliance thérapeutique.....	10
ii. Le rôle du psychomotricien.....	11
3. Les ITEP: une solution?.....	11

<b>II. LES HABILITÉS SOCIALES.....</b>	<b>13</b>
--	-----------

1. Définitions.....	13
2. Dimensions des habiletés sociales.....	14
3. Taxonomie des habiletés sociales.....	16
4. Développement des habiletés sociales.....	16
a. L'imitation.....	17
b. La reconnaissance des émotions.....	17
c. L'empathie.....	19
d. La théorie de l'esprit.....	19
5. Quand ces habiletés font défaut.....	20
6. Programmes axés sur les habiletés sociales.....	22
a. Programme d'entraînement aux habiletés sociales ou "Social Skills Training".....	23
b. Programme de résolution de problèmes.....	23

<b>III. L'IMPULSIVITÉ.....</b>	<b>24</b>
--------------------------------	-----------

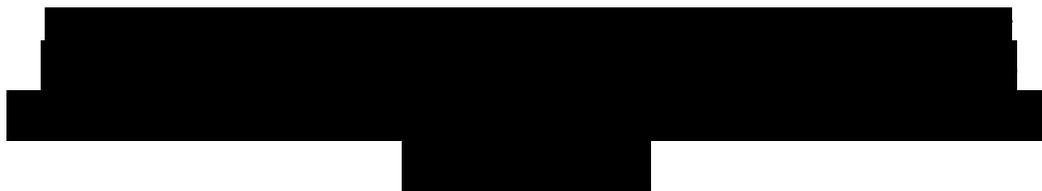
1. Les différentes approches de l'impulsivité.....	25
a. Approche psychologique.....	25
i. Modèle de l'UPPS de Whiteside et Lynam.....	25
ii. Modèle de Gray: la théorie de la sensibilité aux renforcements.....	26
iii. Modèle de Barratt.....	27
b. Approche psychiatrique.....	28
c. Approches neurobiologique et neuropsychologique.....	29
i. Approche neurobiologique.....	29
ii. Approche neuropsychologique.....	31
2. Conséquences et implications de l'impulsivité.....	33
3. Discussion vers la partie pratique.....	35

## PARTIE PRATIQUE

---

<b>I. PROTOCOLE: MODALITÉS, CONSTRUCTION ET PRÉSENTATION.....</b>	<b>37</b>
1. Modalités générales.....	37
2. Construction et présentation.....	38
a. Les évaluations.....	38
i. Grille d'observation.....	38
ii. Tests.....	39
b. Les séances.....	41
i. Séances sur l'impulsivité sociale.....	41
ii. Séances sur l'impulsivité motrice et cognitive.....	44
<b>II. ÉTUDES DE CAS.....</b>	<b>45</b>
1. Amin.....	45
a. Bilan psychomoteur.....	45
b. Le protocole.....	48
i. Évaluation T1 – Décembre 2013.....	48
ii. Protocole A: Impulsivité sociale.....	51
iii. Évaluation T2 – Février 2014.....	52
iv. Protocole B: Impulsivité motrice et cognitive.....	53
v. Évaluation T3 – Mars 2014.....	54
2. Malik.....	55
a. Bilan psychomoteur.....	55
b. Le protocole.....	58
i. Évaluation T1 – Décembre 2013.....	59
ii. Protocole A: Impulsivité sociale.....	60
iii. Évaluation T2 – Février 2014.....	61
iv. Protocole B: Impulsivité motrice et cognitive.....	62
v. Évaluation T3 – Mars 2014.....	62
3. Anaël.....	64
a. Bilan psychomoteur.....	64
b. Le protocole.....	66
i. Évaluation T1 – Décembre 2013.....	66
ii. Protocole A: Impulsivité sociale.....	68
iii. Évaluation T2 – Février 2014.....	68
iv. Protocole B: Impulsivité motrice et cognitive.....	68
v. Évaluation T3 – Mars 2014.....	70
<b>III. ANALYSES GLOBALES DES RÉSULTATS.....</b>	<b>71</b>
1. Effets du protocole A.....	71
a. Notes globales.....	72
b. Notes par domaines.....	72
2. Synthèse des effets du protocole B.....	72
3. Analyse croisée des protocoles A et B.....	73
<b>IV. DISCUSSION.....</b>	<b>73</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>76</b>

## INTRODUCTION



---

Entre la cour de récréation et la salle de psychomotricité, j'ai vite constaté que les mêmes enfants adoptaient des attitudes différentes. Alors, à la manière de Big Brother, je les ai suivis mais aussi observés, de loin, de près, en groupes ou dans la cour. Dans la majorité des situations, j'ai noté chez ces enfants à la fois des difficultés de compétences sociales, d'adaptation motrice et cognitive ainsi qu'un fonctionnement global basé principalement sur des comportements inadaptés et **impulsifs**. Au cours de mes trois années de formation, j'ai appris qu'un des rôles du psychomotricien est d'intervenir sur tout comportement incompatible avec une acquisition spécifique. Cette notion de travail préalable a pris tout son sens devant ces constatations. Sans perdre de vue les projets personnalisés d'accompagnement, il m'a alors paru intéressant et essentiel de travailler, avec certains enfants, cette impulsivité qui entrave massivement leurs réelles capacités.

Donner du sens à ce concept d'impulsivité n'a pas été une chose facile: trouble psychomoteur à part entière, symptôme d'une pathologie, trait de personnalité? Pour tenter de répondre à cette question, je me suis donc lancée à l'assaut de la riche littérature scientifique et psychologique traitant de ce sujet et dans laquelle les définitions, modèles et théories ne manquent pas. Parmi ce flot d'informations, j'ai sélectionné les caractéristiques de ces différents points de vue. En les mettant en lien avec mes observations et les échanges avec les différents professionnels de l'ITEP, j'ai choisi de prendre en compte l'impulsivité en fonction des domaines dans lesquels elle s'exprimait, soit les domaines moteur, cognitif et social. Je me suis alors demandée comment le psychomotricien pouvait agir sur ces comportements impulsifs lorsqu'ils ne s'intègrent pas obligatoirement à un trouble déficitaire de l'attention. Face à l'observation des difficultés sociales de ces enfants, j'ai alors émis une hypothèse:

*Un travail axé sur le versant social de l'impulsivité pourrait permettre d'améliorer la globalité des comportements de ces enfants.*

Nous allons ainsi dans une première partie, détailler les psychopathologies formant le groupe des « troubles du comportements ». Nous verrons ainsi une des solutions institutionnelles proposée face à ces enfants aux comportements inadaptés : les ITEP. Nous aborderons dans un second temps, les définitions et le développement des habiletés sociales qui semblent être fragiles

chez ces enfants. Enfin, nous nous intéresserons à la complexe définition de l'impulsivité et ses implications psychomotrices, scolaires et sociales.

Mes réflexions et interrogations ont par la suite croisées celles de Maud, collègue de 3<sup>ème</sup> année également en stage en ITEP. De son côté, elle s'est aussi intéressée aux comportements impulsifs des enfants mais s'est orientée vers une prise en charge des versants moteurs et cognitifs. Nous avons alors décidé de croiser nos hypothèses respectives et de créer un protocole de type AB-BA et ainsi tenter de répondre à une hypothèse commune:

→ l'association d'un travail à la fois sur l'impulsivité motrice et cognitive **et** sur l'impulsivité sociale, permet-elle l'amélioration des comportements qui entravent l'adaptation globale de ces enfants? Et si tel est le cas, existe-il un ordre de travail plus bénéfique?

Nous nous sommes alors lancées dans cette aventure qui, à l'image de ces enfants, a été riche en échanges et pleine de rebondissements.

# Partie Théorique

# I. LES ITEP: UNE SOLUTION À DES PSYCHOPATHOLOGIES DU COMPORTEMENT

*"L'Homme est un être sociable; la nature l'a fait pour vivre avec ses semblables." Aristote.*

Vivre ensemble. C'est ce que toute société nous propose avec ses règles régies par une hiérarchie mais aussi par celles établies entre les hommes. Alors pour assurer leur survie et se construire, les êtres tissent des liens pour trouver leur place dans cette société. Mais parfois, ceux-ci sont fragiles...

## 1. Psychopathologies du comportement chez l'enfant: les troubles externalisés

Dans le développement normal, le jeune enfant connaît aux alentours de ses 2 ans, une période d'agressivité et d'opposition; peu à peu, il prend conscience de son individualité et de celle des autres. L'enfant défend ses biens, son espace et cherche ainsi à se protéger. Ces oppositions marquent les premières expériences de socialisation. En parallèle, l'apparition progressive du langage lui permet d'entrer dans d'autres échanges, d'explorer d'autres formes de communication, qui pourront alors mieux l'aider à appréhender l'environnement dans lequel il se développe. Cette compréhension, corrélée à un environnement stimulant et approprié, est l'une des bases de l'adaptation d'un individu; elle va permettre le développement d'un répertoire multiple et varié de comportements adaptés à la situation. Dans la norme des comportements attendus dans le développement, ces comportements agressifs de la jeune enfance sont abandonnés vers 5-6 ans au profit de comportements plus coopératifs, pacifistes et donc pro sociaux. Toutefois, il arrive que cette agressivité reste prédominante et conduise à des troubles psychopathologiques.

Selon le DSM-V, il existe trois principales psychopathologies qui affectent les comportements dans l'enfance: le trouble des conduites, le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. De manières différentes, ils entravent une adaptation et un développement optimal et adéquat du sujet dans son environnement. Nous allons présenter les principales caractéristiques de ces psychopathologies.

### a. Trouble des conduites

Le trouble des conduites se définit par *la répétition et la persistance de conduites (pendant au moins un an) au travers desquelles sont bafouées les droits fondamentaux d'autrui et les règles sociales correspondant à l'âge du sujet*. Les trois manifestations principales vont concerner un trouble des habiletés sociales, une intolérance à la frustration et un trouble dyséxecutif. Dans l'enfance, la palette de comportements inadaptés tels que des crises de colère, des désobéissances, des agressions ou encore des vols, se cantonnent principalement à la sphère

familiale et scolaire. Mais à l'adolescence, ces troubles se répercutent dans tout l'environnement social de l'individu et peut entraîner des abus de substance, des conduites à risques, une sexualité non protégée ou parfois même à de la criminalité.

D'un point de vue clinique, ces enfants présentent une impulsivité et une agressivité massive. Les gestes, les actes, les mots, ne sont ni pensés, ni réfléchis. Ces réactions inadaptées à des stimuli provoquent des comportements inadéquats du jeune dans son milieu. Les caractéristiques principalement retrouvées chez ces enfants vont être: une impulsivité, un déficit d'attention, une faible estime de soi, une humeur instable, de l'irritabilité, des déficits cognitifs, une absence d'habiletés à résoudre des problèmes, des déficits émotionnels ou encore une absence d'empathie et, ou de culpabilité.

Le DSM-V classe les conduites de l'individu porteur d'un trouble des conduites en 4 catégories (critère A):

- ***Agression envers des personnes ou des animaux***
- ***Destruction de biens matériels***
- ***Fraude ou vol***
- ***Violations graves des règles établies***

Le critère B concerne l'existence d'un retentissement significatif sur le fonctionnement social, scolaire ou professionnel du sujet.

Il existe plusieurs types de troubles des conduites:

- forme débutant pendant l'enfance (moins de 10 ans)
- forme plus tardive débutant pendant l'adolescence
- forme à début non spécifié

L'apparition précoce du trouble est un facteur signant la sévérité de la pathologie ; plus les caractéristiques apparaissent tôt, plus la persistance et la gravité sont importantes. Il est important de préciser que les enfants, souffrant d'une forme précoce, ont un risque plus élevé de développer un trouble de la personnalité à l'âge adulte et notamment une personnalité antisociale. Celle-ci se définit comme « un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui à partir de l'âge de 15 ans » ; le diagnostic de personnalité antisociale n'est d'ailleurs posé que lorsqu'un trouble des conduites est présent dans l'enfance.

Il existe trois catégories selon la sévérité du trouble : léger, moyen et sévère. La prévalence dans la population générale des enfants de 5 à 12 ans est de 2% et atteint 5 à 9 % pour la tranche de 15 à 18 ans.

Aux vues des difficultés sociales, psychiques et scolaires, et des fréquentes évolutions vers de la délinquance, des abus de substances voire même vers une personnalité antisociale, la prise en charge de ces enfants dits « terribles » est donc indispensable et prioritaire.

#### b. Trouble oppositionnel avec provocation

Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) est décrit dans le DSM-V comme une exacerbation massive des conduites oppositionnelles, fréquemment rencontrées au cours du développement social normal de l'enfant dans sa quête d'autonomie. Il peut ainsi être défini comme «*un ensemble de comportements négativistes, provocateurs, désobéissants et hostiles envers les personnes en position d'autorité, en l'absence de violations sérieuses de normes sociales ou des droits d'autrui*».

Ce trouble, débutant généralement aux alentours de 8 ans, peut se manifester par des colères, de l'agressivité, de l'intolérance à la frustration, de la méchanceté, de la désobéissance,... La prévalence des troubles oppositionnels dans une population générale entre 5 et 12 ans est de 3 à 4%. Les complications majoritaires du trouble oppositionnel avec provocation résident dans le rejet du jeune par son entourage ce qui ne fait qu'aggraver les troubles du comportement. De par le refus de toute forme d'autorité, les enfants souffrant d'un TOP sont généralement en échec scolaire. C'est d'ailleurs souvent le milieu scolaire qui signale la présence du trouble.

◇ Si l'étiopathogénie de ces deux troubles est encore incertaine et très certainement multifactorielle, on reconnaît la présence de divers facteurs contextuels, notamment relatifs aux environnements familiaux et psychosociaux, comme facteurs de risque d'apparition et de persistance du trouble des conduites et du TOP. L'environnement dans lequel évolue l'enfant, joue un rôle important dans l'émergence de comportements problématiques. L'Inserm (*in* Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent, 2005) précise dans un rapport d'experts sur les troubles externalisés, qu'il existerait deux principaux types de facteurs de risques:

- *Facteurs de risque psychosociaux*: pas de supervision parentale et de limites appropriées ou à l'inverse discipline extrême; pas de recours à l'échange pour gérer des conflits - Rejet, abandon, négligence parentale ou placement en très bas âge; abus physique ou sexuel –  
Caractéristiques familiales : troubles de l'attachement parents-enfants, monoparentalité, conflits conjugaux, dépression, usage de drogues, d'alcool ou psychose d'un parent, schémas éducatifs inconsistants, inefficaces, coercitifs – Caractéristiques sociales :

pauvreté, carence sociale et culturelle, proximité d'un groupe de pairs délinquants, recherche de statut, présence de drogues.

- *Facteurs de risques individuels*: déficit de régulation comportementale (impulsivité), déficit de régulation émotionnelle, déficit cognitif, déficit d'habiletés sociales, faible évitement du danger, faible réactivité émotionnelle aux stimuli aversifs, maladie chroniques.

### c. Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

Le trouble déficitaire de l'attention est un trouble neuro développemental dont les symptômes causent une perturbation du fonctionnement relationnel, académique ou professionnel. La prévalence de ce trouble se situe entre 3 et 5% dans la population générale.

Le diagnostic, selon le DSM-V, repose sur:

- la présence d'au moins 6 critères sur 9 d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité
  - certains des symptômes d'hyperactivité, d'impulsivité ou d'inattention ont engendré une gêne fonctionnelle avant l'âge de 12 ans
  - la présence d'une gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux ou plus de deux types d'environnements différents
  - la mise en évidence d'une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel
  - les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours du trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.
- *Exemples de critères inattention*: souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie, semble ne pas écouter quand on lui parle, a souvent du mal à organiser son travail ou ses activités.
  - *Exemples de critères hyperactivité-impulsivité*: remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur sa chaise, est souvent sur la brèche ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts ».

Face à ces troubles perturbateurs du comportement, c'est l'adaptation de l'enfant dans sa globalité

qui est mise à mal. Un enfant qui, dans la majorité des contextes sociaux (familiaux, scolaires,...), est exclu et rejeté. Alors comment faire quand ces comportements deviennent invivables pour l'enfant et intolérables pour son entourage? Quels lieux permettent de répondre aux difficultés de ces pathologies?

## 2. Les instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques

### a. Brefs rappels historiques

Les ITEP sont très récents dans l'histoire des institutions. Revenons un peu en arrière. A partir des années 80, la prise en charge des enfants présentant des difficultés comportementales, relationnelles et sociales, s'établit non plus dans un cadre juridique (maisons de redressement par exemple), mais au sein des IR (Instituts de Rééducation). Ces établissements accueillent des enfants et adolescents ayant subi des carences affectives, des maltraitements physiques et/ou morales, des expériences traumatisantes.

### b. Des IR aux ITEP

A partir du décret du 6 janvier 2005, les IR ont fait place aux ITEP. Ces instituts médico-sociaux ont pour spécificité « d'accueillir les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des *difficultés psychologiques* dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la *socialisation et l'accès aux apprentissages*. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé ».

#### i. Les objectifs

L'objectif principal des ITEP est d'accompagner le développement des enfants, adolescents ou jeunes adultes en les amenant à prendre conscience de leurs ressources et de leurs difficultés, par le biais d'une prise en charge multidisciplinaire qui s'inscrit dans une optique d'autonomie. Sous la direction d'un médecin psychiatre, cette prise en charge dispense à la fois des soins et des rééducations multiples: éducatives, psychologiques, orthophoniques, psychomotrices,... D'où le terme d'institution médico-sociale. L'institution se fixe également de promouvoir l'intégration des enfants dans les différents domaines de la vie, notamment en matière de formation générale. A ce titre, elle favorise le maintien et/ou prépare l'accueil des enfants en écoles ou en établissements scolaires, dans des dispositifs ordinaires ou adaptés, en interne au

sein de la structure ou externe dans les lieux de scolarisation de proximité. L'ensemble des actions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques, sont en partenariat avec les équipes psychiatriques de secteur, les services et établissements de l'éducation nationale et avec les services de l'aide sociale à l'enfance et ceux de la protection judiciaire de la jeunesse.

Les liens avec la famille ne sont pas coupés. Au contraire, l'ITEP se donne pour objectif de les maintenir et d'intégrer au maximum les parents ou les détenteurs de l'autorité parentale, l'équipe de soin et l'assistante sociale dans le projet thérapeutique de leur enfant. Ce projet thérapeutique ou projet personnalisé d'accompagnement (PPA) est spécifique à l'enfant, à sa situation et à son évolution et doit comporter une composante thérapeutique, éducative et pédagogique. Dans le but d'être le plus précis et le plus actuel possible, il fait l'objet d'une évaluation régulière en équipe pluridisciplinaire.

### ii. L'entrée en ITEP

L'orientation d'un enfant en ITEP doit se justifier à l'origine par une demande parentale, même s'il s'agit fréquemment du milieu scolaire ou sanitaire qui en fait la proposition. Cette demande est adressée à la CDAPH (Commissions des droits et de l'autonomie des Personnes Handicapées) de la Maison Départementale de la Personne Handicapée (MDPH) qui évalue le dossier de l'enfant dans une optique de « processus handicapant. » Cette connotation permet d'envisager le trouble du comportement dans une dimension d'évolution et de réversibilité. La CDAPH valide ensuite ou non l'orientation vers un ITEP ou une autre institution qui semble favorable au contexte et à la maladie de l'enfant.

### iii. Les différents pôles

*Pôle Éducatif* - l'objectif de ce pôle est de veiller au développement de la personnalité et à la socialisation de l'enfant en les suivant dans leur vie quotidienne et dans la réalisation de leur PPA à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement. Chaque enfant est suivi un peu plus spécifiquement par un éducateur référent qui s'assure de la continuité et de la cohérence de l'accompagnement.

*Pôle pédagogique* – si les enfants se trouvent dans l'incapacité de fréquenter des milieux scolaires ordinaires, les ITEP offrent un accueil en classe adaptée à leurs besoins. Les enseignants, dépendant de l'éducation nationale, doivent être titulaires du certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées. Par des effectifs de classe réduits, ils s'assurent ainsi d'une formation scolaire ou professionnelle adaptée au rythme et au niveau de chaque enfant, qui bien souvent, présente un retard scolaire et une aversion à la scolarité.

*Pôle social* - les actions sociales auprès des familles ou des représentants légaux des

enfants sont importantes pour la plupart des situations familiales. Les professionnels assurent ainsi les liens entre l'ITEP et les familles, les foyers sociaux, la protection judiciaire,...

*Pôle de soin* – se compose d'une équipe médicale, paramédicale et psychologique. Son objectif est de dresser un bilan général de santé de l'enfant à son arrivée dans l'établissement et assure une fonction générale de surveillance de sa santé physique et psychique en veillant à la réalisation de la dimension thérapeutique du projet d'établissement. Ce pôle est en lien permanent avec les partenaires extérieurs qui assurent les autres suivis de l'enfant. Il est animé par un médecin psychiatre qui coordonne les différentes actions.

*La direction* – elle assure le fonctionnement général de l'établissement en matière administrative, financière et comptable. Son rôle principal est la coordination de l'ensemble des actions menées au sein de l'ITEP, telles que les interventions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques, la mise en œuvre du projet d'établissement, l'évaluation régulière des PPA, la cohésion et le bon fonctionnement des différents pôles et veille à la qualité de l'environnement proposé aux enfants et donc à leur bien-être.

Nous venons de voir que, face à des problèmes de comportements entravant le développement et les acquisitions de l'enfant, de l'adolescent ou du jeune adulte, l'ITEP est l'une des solutions proposées pour apporter à ces jeunes un cadre plus contenant et des soutiens pluridisciplinaires. Nous allons ainsi voir dans quelle mesure le psychomotricien peut intervenir en ITEP.

### c. La place du psychomotricien au sein d'un ITEP

#### i. L'importance de l'alliance thérapeutique

Le terme d'alliance thérapeutique a été employé pour la première fois par Sigmund Freud en 1913. Elle peut se définir comme *la collaboration mutuelle entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés*. Elle se base sur des notions de communication, de coopération de collaboration et de co-construction entre les deux protagonistes.

Or, c'est notamment ces domaines qui sont fragiles chez les enfants présentant des troubles du comportement. La relation duelle est bien souvent mise à mal par l'enfant: il teste, provoque, cherche les limites de l'adulte. L'enfant peut également surinvestir la relation en cherchant à répondre parfaitement aux demandes de l'adulte. Certains points semblent alors importants à déterminer afin de permettre la mise en place de cette alliance thérapeutique:

( Définir un cadre le plus clair possible en précisant les possibilités et les limites

spécifiques à la salle de psychomotricité et à la prise en charge. Cette notion très importante, fait partie intégrante du projet thérapeutique et en constitue parfois même l'axe prioritaire

- ( Éclairer le sujet sur les raisons de la rencontre, les objectifs et les outils pouvant être mis en place pour l'aider dans ses difficultés. Son accord et sa motivation vont être des caractéristiques essentielles à la réussite de la prise en charge
- ( Afin de rassurer l'enfant et d'apaiser les séances futures, il est important que le psychomotricien lui permette de s'exprimer. Cette adaptation indispensable aux affects de l'enfant, ne doivent cependant pas être délétères au cadre proposé et aux objectifs fixés
- ( Prendre en compte ses difficultés mais aussi et surtout s'appuyer sur ses capacités et ses intérêts afin de l'intégrer et de le motiver dans sa propre évolution
- ( écouter et échanger avec les autres professionnels, afin de préciser les objectifs psychomoteurs en concordance avec le projet global de l'enfant
- ( essayer d'apporter à l'enfant un cadre réconfortant, stable et sécurisant

Chaque situation, aussi unique et singulière soit- elle, est particulièrement oscillante en ITEP; pour s'adapter, le psychomotricien doit être capable de lire, de comprendre et d'observer, les signaux verbaux et non verbaux de l'enfant, afin de les intégrer à la prise en charge.

#### ii. Le rôle du psychomotricien

Les conséquences des troubles du comportement sont nombreuses et affectent les sphères sociales, perceptuelles, motrices, cognitives et scolaires. Une des définitions du rôle du psychomotricien est la suivante: *le psychomotricien tente d'apporter, par des mises en situation et des apprentissages spécifiques, une réduction du déficit ou une disparition même du trouble neuro-développemental visé. A défaut, il aide à la compréhension et à l'intégration du sujet en prenant en compte ses déficits.* L'ensemble des acquisitions sont perturbées par ces troubles du comportement. Or l'un des critères d'intervention du psychomotricien est d'agir, si cela lui est possible, sur tout comportement incompatible à une acquisition spécifique, comme préalable à tout travail. Il va donc hiérarchiser ses objectifs en fonction des objectifs globaux fixés dans le PPA.

#### 3. Les ITEP: une solution?

Comme nous venons de la voir, l'ITEP est une solution alternative à des comportements violents et inadaptés d'un enfant pour lequel, son environnement initial (maison, école,..) est devenu

incompatible avec son développement et son entourage. Structures au cadre sécurisant et aux approches multidisciplinaires, les ITEP cherchent à améliorer l'adaptation et l'autonomie de ces enfants pour une meilleure réinsertion sociale.

- *Moi: «Mais comment réagirais-tu si ton camarade renversait ta trousse sans faire exprès?»*
- *O. : «Ça dépend, c'est dans une école normale ou à l'ITEP? Parce que c'est pas la même chose, si c'est à l'ITEP, j'lui casse la gueule. Si c'est dans une classe normale, il aura sûrement pas fait exprès, donc c'est pas grave.»*

Cette réflexion d'un enfant m'aura particulièrement marquée lors de mon stage et m'aura amené à plusieurs questionnements. Alors que l'orientation en ITEP semble être l'alternative la plus utilisée pour pallier aux difficultés observées en milieu ordinaire, est-elle la meilleure pour ces enfants? Le regroupement d'enfants présentant pour une grande majorité des réactions agressives, impulsives et violentes, est-il bénéfique pour le développement d'habiletés et de comportements pro-sociaux, sachant que l'observation des pairs est l'un des moyens d'apprentissage les plus utilisés et les plus fonctionnels? Cette centralisation de comportements violents n'entraîne-t-elle pas au contraire une exacerbation de ceux-ci?

Des bagarres, des insultes, des moqueries, des railleries: c'est le courant, le quotidien. Cela en deviendrait presque banal au sein de l'ITEP. Les normes socialement acceptées hors des murs de l'ITEP semblent être abandonnées entre ces enfants, au profit de la loi du plus fort. Le groupe, ou plutôt la dynamique du groupe d'enfants avec de sévères troubles du comportement est-il alors une réponse à ces problèmes ? Quelles mesures prendre pour limiter au maximum ces effets dommageables?

Nombreuses de mes réflexions sont restées en suspens. Grâce aux réunions de synthèse, j'ai pu constater, avec bonheur, les effets bénéfiques de la prise en charge pluridisciplinaire proposée par l'institution et les progrès de certains enfants. Toutefois, sans remettre en cause le travail et les compétences des différentes équipes, la structure ITEP ne semble pas convenir à d'autres enfants malgré plusieurs années passées au sein de l'établissement. La question de l'orientation et de l'avenir professionnel et social de certains jeunes est complexe et difficile à appréhender.

Ainsi nous venons de voir que les enfants présentant des pathologies impulsives, agressives et violentes, sont orientés vers des ITEP. Les comportements et les relations sociales

semblent constituer leurs principales difficultés. Afin de tenter de comprendre l'origine de ces dysfonctionnements, nous allons reprendre dans un premier temps le développement des habiletés sociales chez l'enfant, puis nous nous intéresserons plus précisément au concept complexe de l'impulsivité.

## II. LES HABILITÉS SOCIALES

Les échanges sociaux sont indispensables dans toute société. Ils permettent de survivre et de se développer en tant qu'individu à part entière, au sein d'un groupe. Selon Lewis et Haviland, ils se mettent en place à travers le processus de socialisation par lequel sont transmises des valeurs et normes dont le but est de construire une identité sociale et d'intégrer l'individu à la société.

L'environnement est donc déterminant. Il va orienter et générer la plupart des comportements sociaux d'un individu. Cet environnement est un mélange du milieu culturel, du style éducatif, du type d'attachement, des expériences vécues,...

Les enfants accueillis en ITEP présentent des liens sociaux fragiles, instables et sont sans cesse mis à l'épreuve. Après avoir détaillé les caractéristiques qui permettent de mettre en place une relation sociale, nous aborderons quelques hypothèses explicatives des difficultés rencontrées chez ces enfants présentant des troubles du comportement.

### 1. Définitions

McFall en 1982, définit les habiletés sociales comme *les comportements verbaux et non verbaux résultant de processus cognitifs et affectifs qui permettent de s'ajuster à la vie dans la communauté. Elles représentent un ensemble de capacités qui permettent de percevoir et de comprendre les messages communiqués par les autres, de choisir une réponse adaptée à la situation parmi différentes alternatives puis de l'émettre en utilisant des comportements appropriés et socialement acceptés.*"

Michelson et al, (1986) définissent les habiletés sociales selon leurs différentes composantes. Ainsi, les habiletés sociales:

- sont principalement développées par apprentissage
- comprennent des comportements spécifiques et discrets, verbaux et non verbaux
- se composent d'initiations et de réponses appropriées et efficaces
- maximisent les renforcements sociaux

→ sont de nature interactive et impliquent des réactions efficaces et appropriées

Les habiletés sociales peuvent se détailler en trois grandes compétences. Les premières sont les habiletés réceptives qui permettent d'identifier les personnes en interactions, de reconnaître les sentiments des autres, de comprendre les informations.... Les secondes correspondent aux habiletés décisionnelles; elles permettent de choisir une réponse adaptée, de construire une élaboration et de résoudre des problèmes. Enfin, il existe des habiletés comportementales qui se caractérisent par des capacités d'émissions verbales et non verbales dans le cadre d'une interaction sociale.

## 2. Dimensions des habiletés sociales

Il semble ainsi que toute relation sociale adaptée à un interlocuteur et à une situation donnée, nécessite des compétences sociales fonctionnelles et adéquates. L'acquisition de ces compétences sociales est considérée pour de nombreux auteurs, comme un processus développemental débutant dans la plus jeune enfance. Elles regroupent notamment l'ensemble des habiletés sociales qui ont donc un impact direct sur le fonctionnement en société et sur l'inclusion sociale; elles permettent ainsi chez l'enfant de s'adapter harmonieusement aux différentes situations sociales et donc de pouvoir se saisir de ce qu'elles apportent. Liberman, un des auteurs pilier des programmes d'entraînements aux habiletés sociales, soutient que les compétences sociales d'un individu assurent sa survie et joue un rôle protecteur contre les maladies mentales.

Selon Dodge (*cité dans: Validation d'une mesure des habiletés sociales au préscolaire*), la production des habiletés sociales est un processus complexe qui comporte trois dimensions importantes, à savoir une dimension cognitive, une dimension affective et une dimension comportementale. Nous allons ainsi reprendre ces différentes notions afin de les compléter et de tenter de comprendre en quelles mesures elles jouent un rôle dans les troubles du comportement.

### └ La dimension cognitive.

Selon cet auteur, cette dimension correspond entre autre à la capacité du sujet à utiliser le processus de résolution de problèmes. Répondre à une situation sociale donnée, peut nous paraître naturel et ne nécessite, la plupart du temps, pas d'effort majeur. Nous en comprenons le sens, le but et nous arrivons à accéder à un répertoire de solutions suffisamment riche afin d'en choisir une, appropriée. Le concept de traitement de l'information sociale développé par Crick & Dodge (inspirés des modèles de Flavell, Gelfand, McFall et Simon) est l'un des nombreux modèles explicatifs des résolutions de problèmes. Il présente les différentes étapes qui aboutissent à la

réponse comportementale et permet ainsi des hypothèses explicatives des difficultés relationnelles rencontrées chez certains sujets.

« *La qualité du traitement de l'information sociale est garante du bien-être de tout être humain, qui est d'abord un être dépendant socialement tant pour son développement affectif que cognitif.* »

Ce modèle se déroule en 6 phases; chacune de celles-ci s'appuie sur les bagages sociaux de chaque individu comme les règles acquises, les schémas comportementaux connus, le savoir social,...

‣ **Encodage & mémorisation des indices de la situation:** ces indices peuvent être verbaux et/ou non verbaux, explicites ou implicites.

‣ **Interprétation de ces indices:** cette étape est influencée par des processus interpersonnels, notamment avec les expériences passées dont les schémas cognitifs sont enregistrés dans la mémoire à long terme de façon plus ou moins consciente. Il s'agit donc de l'interprétation des intentions d'autrui en fonction des expériences antérieures, de leurs conséquences émotionnelles et des schémas sociaux autour desquels l'individu s'est développé.

‣ **Choix des buts sociaux:** l'interprétation de la situation que vient de réaliser l'individu va orienter ses choix d'action afin de répondre au mieux à la situation décodée.

‣ **Construction du comportement:** l'individu, en fonction du but fixé, fait appel à son propre répertoire des possibilités comportementales contenu dans sa mémoire à long terme.

‣ **Décisions sur le comportement:** il y a lors de cette étape, une évaluation du comportement, des conséquences attendues, de la perception d'efficacité, qui aboutit à la sélection finale du comportement.

‣ **Exécution du comportement**

‣ La dimension affective.

Cette dimension se rapporte aux capacités de l'enfant à gérer ses émotions afin de réagir adéquatement aux situations de la vie courante. Cette dimension est étroitement liée au développement psychoaffectif que nous détaillerons un peu plus tard.

‣ La dimension comportementale.

Cette dernière regroupe la banque d'habiletés sociales propre au sujet et donc l'ensemble des solutions qui lui permettent de répondre harmonieusement à une situation donnée.

A travers une proposition de classification, nous allons voir les différents domaines dans lesquels interviennent ces habiletés sociales indispensables.

### 3. Taxonomie des habiletés sociales

En 1999, Goldstein a proposé une taxonomie de 50 habiletés sociales classées en 6 catégories:

- Groupe 1: habiletés sociales de bases
- Groupe 2: Habiletés sociales avancées
- Groupe 3: Habiletés permettant de composer avec ses sentiments
- Groupe 4: Habiletés permettant de développer des solutions de rechange à l'agression
- Groupe 5: Habiletés permettant de gérer son stress
- Groupe 6: Habiletés de planification

Avant de détailler les difficultés de certains individus dans le maniement des habiletés sociales, nous allons reprendre les grandes étapes de développement de celles-ci.

### 4. Développement des habiletés sociales

Il existe de nombreuses théories sur le développement des relations sociales; approche normative de Hall & Gesell, théorie du développement de Piaget, théorie des systèmes écologiques. Nous nous intéresserons ici aux modèles mêlant les interactions entre des facteurs biologiques, environnementaux et culturels tel que le modèle épigénétique.

L'acquisition des habiletés sociales chez un enfant est très dépendante du milieu dans lequel il évolue. En effet, les habiletés sociales sont des savoir-faire qui s'acquièrent par apprentissage. Ces derniers, fondamentaux dans le développement d'un enfant, peuvent être de plusieurs ordres: habitude, imitation, conditionnements classiques et opérants. Ils sont directs s'ils sont acquis par expérience ou indirects, et dans quel cas, l'observation entre en jeu. Nous allons maintenant détailler les pré-requis essentiels au développement des habiletés.

### a. L'imitation

On peut définir l'imitation comme un apprentissage par l'observation et la répétition. Ces capacités d'imitation d'un modèle sont présentes dans le développement normal de l'enfant, dès les premières semaines de vie (*étude de Meltzoff et Moore en 1977, chez des nourrissons de 2 à 3 semaines*). Albert Bandura s'est particulièrement intéressé à ce phénomène également appelé "modelage". Dans sa théorie sociocognitive de l'apprentissage, il détermine 4 facettes indispensables à la faculté d'imitation:

- la fonction d'attention qui permet à l'enfant de s'intéresser à son environnement
- la fonction mnésique permettant la mise en mémoire des éléments observés
- les fonctions sensorielles, perceptives et motrices
- la motivation

Ainsi, l'imitation permet d'entrer en communication, de reproduire des comportements sociaux, de découvrir l'environnement social et de se découvrir soi-même. Toutefois, cette notion est à double sens; l'enfant peut également imiter des comportements dits "négatifs". Grâce à une expérience en 1961, Bandura a validé sa théorie de l'apprentissage social et a donc démontré le rôle de l'imitation dans le développement social de l'enfant. Celle-ci consistait à exposer des enfants de 3 à 6 ans à des scènes dans lesquelles les adultes se comportent de manière agressive envers une poupée. Il a ensuite mesuré à quel degré les enfants imitaient spontanément les modèles adultes; les résultats ont mis en évidence que la quasi-totalité des enfants reproduisaient les comportements agressifs.

### b. La reconnaissance des émotions

D'après Lewis et Haviland, les compétences émotionnelles ont un rôle majeur dans le développement des compétences sociales d'un individu. Ils scindent ainsi ces compétences en deux catégories intimement liées:

- Compétences liées au *soi*: correspond à la capacité d'expression (expressions faciales, communications verbales, non verbales,...) et de compréhension (états internes, complexité des sentiments, capacité de régulation et d'autocontrôle) du sujet lui-même.
- Compétences liées à *autrui*: concerne les capacités de discrimination et de reconnaissance (émotions primaires, sentiments complexes) ainsi que celles de

raisonnement (inférer/ attribuer à autrui, théorie de l'esprit, empathie) d'autrui.

Nous allons ainsi reprendre le développement de ces compétences émotionnelles sur les bases théoriques de la psychologie développementale.

Le terme « émotion » vient du latin e-movere qui signifie « mettre en mouvement » ou autrement dit « qui sert à l'action ». L'émotion est un ressenti psychique subjectif et spécifique, variable en intensité et en qualité et qui nécessite trois composantes :

- L'expérience subjective (le sentiment)
- L'expression communicative (ex : les pleurs pour exprimer la tristesse)
- Les modifications physiologiques (ex : rythme cardiaque, pression sanguine,...etc.)

D'un point développemental, le nourrisson possède dès sa naissance des habiletés innées d'expression et de réception des émotions: par le biais de l'imitation, il va être capable de reproduire les mouvements faciaux produits par l'adulte (Meltzoff et Moore (1983)). A partir de ces compétences innées, du développement cognitif, perceptif et discriminatif et en réponse à l'environnement, l'enfant va enrichir peu à peu son répertoire d'émotions. Les émotions de bases, telles qu'elles sont déterminées par Eckman, se développent généralement dans un ordre défini dans les premiers mois de la vie: joie, colère, tristesse, surprise, dégoût et peur. A partir de 2 ans, l'enfant commence à se distinguer et à développer un sentiment de soi. Associé au développement progressif du langage, ce sentiment va être une base essentielle dans l'émergence des émotions autocentrées telles que la fierté ou la honte. La maturation cérébrale et l'expérience vont également permettre à l'enfant de contrôler ses propres émotions et donc de s'ajuster dans la relation. Selon Fox et Cakins (2003) (*in Handbook of emotions*), le développement de l'autorégulation des états internes est lié à:

- } des facteurs intrinsèques: développement cognitif (attention / inhibition) – style d'attachement (Ainsworth, 1969) – personnalité de l'enfant.
- } des facteurs extrinsèques: environnement familial – relation avec les pairs – intégration des règles et attentes du milieu social et culturel.

Le développement affectif ne se cantonne pas à l'enfance mais correspond à une acquisition progressive et continue tout au long de la vie de l'individu.

Les capacités de l'enfant à comprendre ses propres émotions, c'est-à-dire en comprendre les causes, les conséquences et leur signification, va lui permettre de compléter son répertoire d'émotions auquel il fera appel pour donner du sens à une relation. Or, donner du sens, permet

d'augmenter le sentiment de sécurité. L'enfant en confiance est ainsi armé pour entrer en relation et donc multiplier les expériences et les échanges sociaux.

Toutefois, la relation et la sécurité seront défailtantes si l'enfant ne décode pas ou décode difficilement les émotions d'autrui. Dans le développement normal, la discrimination et la reconnaissance des émotions d'une tierce personne, se déroulent en parallèle du développement affectif personnel. Ils dépendent de facteurs cognitifs (dont la capacité de catégorisation des stimuli) et environnementaux.

Nous allons désormais détailler certains concepts clés qui rentrent en jeu dans la compréhension des émotions d'autrui et donc de l'ajustement de la relation sociale.

### c. L'empathie

Selon Hoffmann, *l'empathie se définit comme la capacité de partager l'expérience émotionnelle d'autrui*. Cette compétence est primordiale dans une relation entre deux individus; elle permet en effet de s'adapter et d'ajuster sa réponse en fonction de la situation. Hoffmann a déterminé 4 stades de développement de cette empathie:

1/ Contagion émotionnelle: l'enfant pleure quand il entend un autre enfant pleurer

2/ Empathie égocentrique (2 ans): l'enfant fait ce qu'il estime bien face à l'émotion de l'autre selon ses propres références (reconnaissance de l'état émotionnel)

3/ Empathie personnalisée: l'enfant réagit à l'émotion de l'autre selon les demandes spécifiques de celui-ci.

4/ Empathie sociale: l'individu utilise les connaissances du vécu de l'autre pour proposer une solution adaptée.

Les capacités d'empathie permettent ainsi de pouvoir prédire les comportements d'autrui et de communiquer à l'autre notre compréhension de la situation. Ainsi, lorsqu'on est capable d'empathie, on peut accepter le refus d'une tierce personne sans entrer dans un conflit.

### d. La théorie de l'esprit

La notion de théorie de l'esprit de Premack et Woodruff (1978) met en évidence la « capacité à attribuer des états mentaux à soi-même et à autrui » c'est-à-dire la capacité à attribuer à un sujet des pensées, des sentiments, des croyances et des objectifs différents des nôtres. Cette représentation de la pensée d'autrui est donc essentielle pour pouvoir décrypter une

situation sociale. Elle se construit et se modifie au cours du développement de l'individu notamment grâce aux développements des émotions. En 2012, Astington et Edward proposent une synthèse du développement de l'enfant pendant ses cinq premières années de vie:

- A 2 ans: l'enfant est capable de différencier la pensée qu'il a à l'esprit et la pensée réelle. Il comprend par exemple le lien entre l'émotion de joie et le fait d'obtenir un objet convoité. Il a conscience de ce qu'il aime, de ce qu'il ressent et de ce qu'il veut.
- A 3 ans, l'enfant évolue en fonction de ce que les gens savent et pensent.
- Une évolution cruciale se révèle vers l'âge de 4 ans lorsque l'enfant comprend que ce que les gens pensent, n'est pas une vérité absolue: c'est la notion de fausse croyance. Il se construit alors sa propre perception et se crée ses propres opinions d'une situation.

→ L'ensemble des mécanismes que nous venons d'exposer, sont dépendants des expériences de l'individu et donc des expériences sensorielles, motrices et sociales qu'il a assimilées pendant sa jeune enfance. Dès les premiers mois de sa vie, l'enfant dispose et développe si l'environnement le permet, de très nombreuses capacités qui vont lui permettre de se saisir de son environnement, de faire des liens entre les événements, de diriger son comportement vers un but et de rentrer dans les premières interactions sociales.

### 5. Quand ces habiletés font défaut

Lorsque ces habiletés sont défectueuses voire même absentes, c'est toute l'adaptation dans sa dimension affective, perceptuelle, motrice et relationnelle qui est affectée. Nous venons de voir que certaines caractéristiques sont des préalables indispensables à l'établissement de compétences sociales adaptées et fonctionnelles. Les difficultés d'un individu dans le maniement des habiletés sociales peuvent-être la résultante de l'absence d'apprentissage de ces habiletés ou encore d'apprentissages défectueux.

Kendall & al (en 2000) ont montré que les enfants souffrant de troubles extériorisés tels que les troubles des conduites, présentent des lacunes et des distorsions cognitives lors des différentes étapes du traitement de l'information sociale, ce qui provoquerait des réponses socialement inadaptées.

Pour les enfants présentant des troubles du comportement, il semblerait que plusieurs étapes soient déficitaires (Crick et Dodge, 1994):

- Tout d'abord l'encodage des indices verbaux et non verbaux est d'une efficacité inférieure à celle attendue pour leur âge. La compréhension des émotions et des signaux envoyés par les interlocuteurs est difficile et entraîne des confusions dans la reconnaissance des émotions notamment négatives.
- L'interprétation des intentions semblerait être l'étape la plus touchée dans le traitement de l'information chez les enfants présentant des troubles extériorisés. De très nombreuses études ont montré que la proportion d'attributions hostiles dans une situation sociale ambiguë est beaucoup plus grande chez ces enfants que pour un échantillon normatif (Burgess & al, Crick & Dogde); ces attributions constituent des distorsions cognitives. Comme Crick et Dogde l'ont précisé dans leur modèle, ces interprétations erronées des situations sociales découleraient des expériences passées de chaque individu. Si dans ses premières relations sociales, un enfant se confronte à des situations agressives, il va enregistrer dans sa mémoire à long terme des schémas cognitifs de type « hostilité » et « agression » et ainsi réagir en fonction de celles-ci. Nous verrons dans la deuxième partie, comment cette donnée s'exprime chez les enfants aux troubles du comportement, et comment nous nous sommes appuyées sur ce modèle pour diriger notre démarche de rééducation.
- Ces interprétations hostiles influenceraient donc directement les choix des buts sociaux du sujet. Si un enfant a perçu une attaque dirigée contre lui, il va être dans sa logique de répondre de la même manière.
- Pour répondre à cette situation ressentie comme agressive, le sujet ferait donc appel à son répertoire de possibilités réactionnelles contenues dans sa mémoire à long terme, elles-mêmes en lien direct avec les expériences passées. Or des études ont montré que les enfants agressifs ont un répertoire de solutions comportementales plus restreint que les groupes contrôles (in, Asarnow & Callan, Quiggle et al, Lochman et Dogde). De plus, il est très difficile pour un sujet et notamment pour un enfant, d'envisager des autres façons de faire et de penser s'il n'y est pas confronté.
- L'étape traitant la décision du comportement serait également perturbée chez ces enfants qui présenteraient des difficultés d'évaluation des conséquences de leurs actes. Les enfants ont en effet des difficultés de feedback et donc des difficultés à envisager et à mentaliser les conséquences de leurs actions.
- A l'issue de ces étapes, les comportements produits ne sont pas socialement adaptés aux

normes attendues par notre société.

Nous venons de voir le rôle important de ces habiletés sociales dans l'adaptation d'un individu à son environnement. La majorité des enfants orientés en ITEP présentent de nombreux déficits dans ces compétences sociales. On observe alors un cercle vicieux: l'enfant qui n'a pas encore toutes les clés pour utiliser à bon escient les habiletés sociales, ne peut pas réagir de manière adaptée à une situation sociale. Il sera alors difficile pour lui d'expérimenter de nouvelles solutions et continuera à user dans ses relations de ces schémas cognitifs inappropriés. La violence fait partie de ces schémas cognitifs fréquemment utilisés par les enfants avec des troubles du comportement.

## 6. Programmes axés sur les habiletés sociales

De nombreuses pathologies présentent sur des difficultés dans l'utilisation des habiletés sociales: schizophrénie, dépression, troubles des conduites,.. L'importance de la prise en charge, de l'établissement ou du rétablissement de ces habiletés sociales est donc primordiale pour éviter l'exclusion sociale. Toutefois, avant tout travail sur les habiletés sociales, il est primordial pour le thérapeute d'évaluer les points faibles mais également les points forts du sujet, de repérer ses modes de fonctionnement éventuellement en inadéquation avec les modes de fonctionnement référentiels du groupe de pairs, mesurer son degré de stress dans les relations interpersonnelles ou encore, identifier un éventuel rejet. Cette phase d'évaluation, va ainsi permettre au professionnel de guider et d'orienter les axes et les habiletés à travailler. Cette étape préalable peut se réaliser par l'intermédiaire d'un entretien, de questionnaires adressés au sujet ou à son entourage, de mises en situation,... Cet entretien a également pour fonction de mesurer la motivation du patient; caractéristique essentielle dans l'efficacité de la prise en charge. Nous allons maintenant décrire brièvement les principes de quelques programmes validés visant un travail sur les habiletés sociales.

### a. Programme d'entraînement aux habiletés sociales ou "Social Skills Training"

Les entraînements aux habiletés sociales ont pour objectifs principaux de les améliorer, d'augmenter les moyens de défense de l'individu et de diminuer l'anxiété liée à certaines situations. Liberman est l'un des auteurs dont le programme est aujourd'hui un des plus précis et des plus reconnus parmi les programmes adressés aux patients psychiatriques. Son objectif est de

travailler spécifiquement et graduellement les habiletés sociales du sujet avec une observation précise et détaillée des difficultés rencontrées mais aussi des compétences dont le sujet va pouvoir se saisir pour avancer. Les domaines fondamentaux travaillés sont généralement l'empathie, l'attention pour soi, les demandes et les requêtes, les réponses à des requêtes et l'assertivité.

Les séances d'habiletés sociales, généralement réalisées en groupe de 6, se déroulent en 4 étapes:

- ***l'instruction***: elle correspond à la présentation de l'habileté déterminée
- ***la pratique***: application concrète via des jeux de rôles, des vidéos,.. de la compétence travaillée
- ***le feedback***: analyse de la pratique et retours donnés par le thérapeute et/ou le groupe
- ***l'application à la maison***: les sujets repartent chacun avec l'objectif de généralisation du comportement dans un milieu écologique

La durée d'apprentissage des habiletés sociales par l'intermédiaire de cette méthode varie selon les caractéristiques du sujet, son degré de motivation, l'application en dehors des séances et les renforcements positifs de l'environnement qui permettront ou non l'ancrage de la compétence.

#### b. Programme de résolution de problèmes

Ce type de programme permet de générer des réponses alternatives et de les rendre efficace chez un individu dont la banque de réponses à une situation donnée est faible ou erronée. La recherche de la solution la plus efficace et socialement adaptée constitue le but principal de cette technique qui se déroule en 7 étapes:

- spécificité du problème et sélection des informations
- Identification des causes du problème
- Examens des comportements
- Mise en adéquation des choix
- Mise en pratique de ces choix
- Comparaison des données
- Révisions et/ou remplacements des solutions.

Les habiletés sociales sont donc des compétences indispensable à l'adaptation d'un individu dans son environnement. Nous allons maintenant nous intéresser au concept de l'impulsivité et voir de quelle manière il peut interagir avec les habiletés sociales.

---

### III. L'IMPULSIVITÉ

Dans le dictionnaire Larousse, l'impulsivité se définit comme:

*« une tendance pour un individu à poser des actes spontanés et irréfléchis. Un élève impulsif lit rapidement un problème, commence irrésistiblement à faire des calculs, écrit la réponse sans indiquer l'unité appropriée et ne fait pas de retour sur sa démarche. Il ne procède pas de façon rigoureuse dans la progression de la résolution et les traces de sa démarche sont souvent entremêlées et réparties aux quatre coins sur sa feuille. Les états associés à l'impulsivité peuvent être l'impatience, l'inattention, l'inconséquence, l'irréflexion et la précipitation. On y oppose les états de calme, détente, discernement, la maîtrise et la patience. »*

L'impulsivité est un concept difficile à appréhender. Objet de nombreuses études dans des domaines très variés, aucun consensus n'a pour l'instant été trouvé. Pour plus de clarté, il est possible de regrouper les différents domaines d'étude en trois grands niveaux d'appréhension:

- un niveau d'appréhension psychologique et clinique qui considère l'impulsivité comme une dimension de la personnalité
- un niveau d'approche psychiatrique dans lequel l'impulsivité est reconnue comme une manifestation d'un grand nombre de troubles psychiatriques
- un niveau biologique et neurocognitif

Nous allons ainsi, dans une première partie, présenter quelques unes des nombreuses définitions de l'impulsivité en fonction de ces trois approches. Nous aborderons ensuite les conséquences sociales de cette impulsivité.

## 1. Les différentes approches de l'impulsivité

### a. Approches psychologiques

Dans cette partie , je présenterai les conceptions théoriques de certains modèles explicatifs de l'impulsivité qui semblent être validés: le modèle de Whiteside et Lynam (et approfondi par M. Van den Linden), celui de Gray et enfin le modèle de Barratt.

#### i. Modèle de l'UPPS de Whiteside et Lynam

En 2001, Whiteside et Lynam ont mis en place une expérience à grande échelle dans le but de développer un outil permettant d'évaluer l'impulsivité (*in, Traité de la psychologie cognitive, Tome II*). 437 étudiants ont répondu à différents questionnaires habituellement utilisés pour mesurer l'impulsivité. Les chercheurs ,suite à une analyse factorielle des résultats, ont émis l'hypothèse de quatre grandes facettes de l'impulsivité: **l'urgence, le manque de persévérance, l'absence de préméditation et la recherche de sensation**. Cette étude a permis à ces auteurs de créer un nouveau questionnaire d'autoévaluation de l'impulsivité: *UPPS Impulsive Behavior scale*.

Martial Van den Linden et al. ont repris ces quatre facettes et ont fait des propositions des différents mécanismes les sous-tendant (*in Impulsivité et psychopathologie: une approche transdiagnostique*) :

> **L'urgence** est comprise comme l'impossibilité d'inhiber une réponse dominante ou automatique, particulièrement dans des situations émotionnelles positives ou négatives, quitte à le regretter par la suite. Ce défaut d'inhibition est corrélé au degré de réactivité émotionnelle (qui est définie comme l'étendue avec laquelle les émotions sont ressenties par les individus en réponse à une large palette de stimuli, de manière intense ou forte et pendant des périodes de temps prolongées (Nock et collaborateurs, 2008)). L'hypothèse avancée sur les mécanismes psychologiques sous-tendant l'urgence résiderait dans des difficultés d'inhibition d'un schéma de réponse dominant ou une réponse automatique.

> **Le manque de persévérance** renvoie à la difficulté de se concentrer sur une tâche, sans être distrait ou perturbé par des pensées ou des souvenirs intrusifs. Les personnes présentant un bas niveau de persévérance auraient ainsi tendance à être rapidement déconcentrés et donc à ne pas

finaliser leurs actions. Une des propositions explicatives de ce déficit, serait des difficultés de résistance aux interférences proactives en mémoire de travail qui correspondent par exemple aux pensées involontaires et intrusives.

> **Le manque de préméditation** correspond à une incapacité à prendre en compte les conséquences positives ou négatives d'une action, sur la base des émotions vécues dans une situation analogue. L'aptitude de préméditation renvoie à un ensemble de processus exécutifs tels que la flexibilité mentale ou la planification et des processus de mémoire épisodique qui permettent d'avoir un répertoire de situations antérieures. Des défaillances dans ces processus exécutifs (notamment dans la mise à jour des contenus de la mémoire de travail et de la flexibilité mentale) seraient, d'après Whiteside et Lynam, à l'origine de cette facette de l'impulsivité.

> **La recherche de sensations** se manifeste par une recherche constante d'expériences nouvelles et excitantes. Ainsi, les conduites d'approches sont privilégiées à celles d'évitement et la sensibilité aux récompenses est plus accrue que celle des punitions. Ces préférences seraient d'ordre motivationnel.

Nous verrons plus tard que, grâce à cette classification en facettes, ces auteurs ont tenté de les mettre en lien avec certaines psychopathologies dont l'impulsivité est une des caractéristiques principale.

#### ii. Modèle de Gray: la théorie de la sensibilité aux renforcements

Pour mieux comprendre la conception de l'impulsivité de Gray, nous allons reprendre brièvement sa théorie de la sensibilité aux renforcements. Il propose ce modèle comportemental en supposant l'existence de trois systèmes motivationnels indépendants (*in «Traité de psychopathologie cognitive» et «Le rôle de l'inhibition dans la dépendance»*):

- **Système d'activation comportemental (BAS: Behaviour Activation System)** qui favorise les comportements d'approche à la suite d'un renforcement positif ou en absence de renforcement négatif, malgré les éventuels risques qui menacent l'individu. Ce système est donc sensible à la récompense. Dans le cadre d'une haute activation

de ce système, les systèmes dopaminergiques semblent être particulièrement activés et à l'origine de ces caractéristiques.

- **Système d'inhibition comportemental (BIS: Behaviour Inhibition System)** qui favorise l'interruption du comportement en cours afin de préparer l'organisme à réagir à d'éventuelles menaces environnementales. D'un point de vue neurocognitif, ce système, sensible aux signaux de punition, de frustration et de nouveauté, serait la résultante du fonctionnement complexe de certaines structures corticales et sous corticales.
- **+ Fight/Flight System** : ce système montre que face à des stimuli inconditionnels aversifs, le sujet réagit en usant soit de comportements d'attaque ou soit de comportements de fuite.

La sensibilité à ces différents systèmes expliquerait selon Gray, les différences individuelles comportementales; ainsi le sujet impulsif aurait une sensibilité accrue au **système d'activation comportementale et une réaction tournée vers l'attaque (fight)**.

### iii. Modèle de Barratt

Barratt est actuellement l'un des chercheurs en psychologie cognitive les plus populaire; il définit l'impulsivité comme "*une prédisposition vers des action rapides et non planifiées suite à des stimuli internes ou externes, sans égard aux conséquences négatives*". Il stipule qu'elle constitue un facteur déterminant pour comprendre la variabilité individuelle dans les performances cognitives et motrices. L'impulsivité est donc ici considérée comme un « trait de personnalité » qu'il définit comme un pattern de réponses comportementales qui, de par leur fréquence, deviennent des prédispositions comportementales , et sont associées aux structures et fonctions neurophysiologiques.

Cette caractéristique impulsive de la personnalité, se composerait en trois sous-trait:

- **l'impulsivité motrice** qui se caractérise par le fait d'agir en l'absence de réflexion. Elle représente la dimension comportementale de l'impulsivité.
- **l'impulsivité cognitive** renvoie à une rapidité de prise de décision et se définit par les difficultés potentielles éprouvées par les sujets lors des tâches intellectuelles.
- **l'absence de planification** se définit par une orientation ciblée sur le présent et sur

une absence d'anticipation d'orientation vers le futur.

Grâce à d'autres travaux précis de ces collaborateurs, Barratt met en lien l'impulsivité à une composante neurocognitive impliquant le cortex orbitofrontal, le système limbique, les ganglions de la base et le cervelet.

Sur ces bases conceptuelles de l'impulsivité, Barratt a établi avec ses collaborateurs un outil de mesure de l'impulsivité: la Barratt Impulsiveness Scale BIS. Il a pour objectif d'évaluer une dimension impulsive chez un sujet et ainsi, compte tenu des conséquences de l'impulsivité, de mettre en place des prises en charge (médicamenteuses, thérapeutiques,...) et de prévenir certains comportements ou certaines psychopathologies. De nombreuses fois revisitée, la dernière version est actuellement la BIS-11 (Patton et coll, *in* « *L'impulsivité et sa mesure dans le cadre de l'étude des comportements violents* »). Ce questionnaire est devenu un des principaux instruments de mesure dans la recherche actuelle sur l'impulsivité.

#### b. Approche psychiatrique

Les comportements impulsifs sont reconnus dans le cadre de la psychiatrie, comme des manifestations symptomatiques de nombreux troubles psychopathologiques. Tandis que la psychologie semble aborder l'impulsivité comme un trait de personnalité, la psychopathologie l'envisage quant à elle dans le cadre d'une conduite. De par le caractère précipité et non planifié des actions impulsives, le sujet est entraîné par la recherche du plaisir **immédiat**. D'après Baylé et Olié (cité dans *l'Évaluation dimensionnelle de l'impulsivité dans le TOC*), le concept d'impulsivité recouvre les notions de déficit d'inhibitions comportementales, émotionnelles, cognitives et le manque d'anticipation des conséquences. Ces caractéristiques sont retrouvées dans de nombreuses entités psychopathologiques; nous allons citer les plus courantes en fonction de la classification du DSM-V:

- } **troubles perturbateurs du contrôle des impulsions et des conduites:** TC, TOP, trouble explosif intermittent, personnalité antisociale;
- } **troubles liés à l'utilisation de substances et troubles addictifs :** dépendance à l'alcool, toxicomanie, jeu pathologique,...
- } **troubles alimentaires:** anorexie, boulimie,...
- } **troubles obsessionnels compulsifs:** TOC
- } **troubles neuro -développementaux:** TDAH, Tics, Syndrome de Gilles de la Tourette,...
- } **troubles bipolaires**
- } **troubles dépressifs:** trouble de dérégulation de l'humeur explosive,...

L'impulsivité n'est pas considérée comme l'origine de ces troubles mais comme un facteur aggravant leurs manifestations.

## c. Approches neurobiologique et neuropsychologique

### i. Approche neurobiologique

La majorité des investigations biologiques souligne dans le domaine de l'impulsivité l'aspect récurrent de l'agressivité et de la violence. Ces dernières décennies, différentes recherches ont mis en évidence les rôles importants de deux neuro-hormones dans l'apparition de comportements impulsifs: la sérotonine et la dopamine.

- Hypothèse Sérotoninergique

**Bref rappels sur la sérotonine:** La sérotonine (ou cinq hydroxytryptamine 5-HT) a un double rôle d'hormone et de neurotransmetteur du système nerveux central. Ce dérivé du tryptophane intervient dans un des systèmes modulateurs diffus de la vigilance et a ainsi une fonction de régulation de différents paramètres. Ce système modulateur prend son origine dans les 9 noyaux du Raphé, de chaque côté de la ligne médiane du tronc cérébral. Chaque noyau se projette sur différentes régions et notamment sur la région bulbaire (reliée à la moëlle épinière) et sur les régions pontiques et mésencéphaliques. Ils sont actifs lors de l'éveil et inactifs lors du sommeil et s'intègrent dans le concept du système réticulaire activateur ascendant (SRAA). Ainsi, ce système modulateur diffus intervient dans différents processus:

- maintien de la vigilance
- régulation des cycles veille-sommeil
- mécanismes des différentes phases de sommeil

**- *régulation de l'humeur de certains types de comportements émotionnels***

Les études sur l'implication de la sérotonine dans les comportements impulsifs sont très nombreuses. En 2000 Askénazy et ses collaborateurs, sur les bases des travaux de Soubrié, réalisent une étude sur le lien entre l'impulsivité dans les conduites à risque chez les adolescents et des indices biologiques du fonctionnement sérotoninergique. Les résultats obtenus concordent avec la majorité des recherches préalables: il existerait un fort lien psychobiologique entre un **taux plaquettaire de sérotonine faible** et des **comportements impulsifs**.

- Hypothèse Dopaminergique

De par l'observation de deux manifestations psychiatriques (maladie de parkinson et TDAH), de nombreuses études ont montré que la dopamine semble être impliquée dans l'expression de conduites impulsives.

**Bref rappels sur la dopamine:** La dopamine est un catécholamine (=neurotransmetteur issu de la tyrosine) qui active les récepteurs dopaminergiques postsynaptiques dans le système nerveux central. Les neurones dopaminergiques sont présents dans l'ensemble du SNC mais deux groupes particuliers, caractéristiques de système modulateurs diffus, en contiennent davantage: la substance noire et l'aire tegmentale ventrale. La voie dopaminergique nigro-striée intervient dans la motricité volontaire et les voies méso-limbique et méso-corticale (de l'aire tegmentale ventrale), ont un rôle important dans le système de récompense. Ce dernier apprécie la valeur de certains comportements adaptatifs ou renforcements et intervient dans la notion de plaisir.

L'implication de la dopamine dans les comportements impulsifs a été, entre autre, mise en évidence par O'Sullivan et al. en 2009 (cités par les thèses de P.A Fievet et M. Lamourette) à travers des observations du développement de comportements impulsifs de type additif à la suite d'une longue période de traitement à la L-DOPA.

- Hypothèse du lobe frontal

Pour la majorité des données neuropsychologiques, c'est l'observation de pathologies lésionnelles ou dégénératives qui amène à comprendre le rôle de certaines structures. Ainsi, l'observation de troubles cognitifs et comportementaux, ont permis de préciser le rôle du lobe frontal. Le cas de Phineas Gage (victime d'une blessure transcrânienne des lobes frontaux par projection d'une barre métallique) décrit par Harlow en 1848, est actuellement l'un des plus connu et des plus représentatifs.

**Bref rappels sur le lobe frontal:** le lobe frontal est constitué du cortex pré-moteur et de la région préfrontale. Cette dernière se compose du cortex préfrontal, du cortex orbitofrontal et du cortex cingulaire antérieur.

Butter et Snyder (*in X. Seron*) ont montré l'importance du cortex orbitofrontal dans la régulation émotionnelle, l'empathie et dans l'adaptation sociale. L'impulsivité serait alors un de nombreux symptômes retrouvés dans des lésions ou des dysfonctionnements orbito-frontaux.

Il existe également de nombreuses autres hypothèses concernant les processus psychobiologiques impliqués dans l'impulsivité; ainsi des chercheurs avancent des hypothèses d'implications du glutamate, du cholestérol, de la norépinéphrine,...

## ii. Approche neuropsychologique

### → **Modèle hybride de Barkley: l'impulsivité comme défaut d'inhibition.**

Barkley est l'auteur d'un modèle théorique des plus reconnus, sous-tendant le contrôle comportemental et cognitif chez l'individu souffrant d'un TDAH, : *le modèle hybride*. D'après Barkley, l'inhibition comportementale permet d'inhiber des réponses préférentielles, d'interrompre des réponses émergentes et de contrôler des interférences. Ces trois capacités vont ainsi permettre la régulation des fonctions exécutives. Selon Luria, les fonctions exécutives sont *des fonctions cognitives de haut niveau, qui ont un rôle important dans toute activité de résolution de problèmes*. Cette notion suppose 4 éléments:

- *une analyse de la situation*
- *une élaboration d'un plan de résolution*
- *une résolution séquentielle et organisée de ce plan*
- *une vérification par comparaison du résultat obtenu en fonction de l'objectif de départ.*

Dans son modèle hybride, Barkley distingue 4 fonctions exécutives (mémoire de travail non verbale, autorégulation des affects, reconstitution et internalisation du langage), qui lorsqu'elles sont fonctionnelles, permettent:

*une inhibition des réponses adaptées, une exécution de réponses orientées vers des buts définis, une exécution de séquences motrices complexes et nouvelles, la persistance des objectifs, une sensibilité aux feedbacks en rapport avec la réponse produite, une flexibilité comportementale, un réengagement de la réponse et un contrôle comportemental par internalisation des informations.*

Afin que l'ensemble de ces fonctions soient efficaces et fonctionnelles, définissons plus précisément ces quatre fonctions exécutives:

- **Mémoire de travail non verbal:**
  - └ sélection, manipulation et organisation des événements en rapport avec la tâche
  - └ imitation de séquences complexes de comportements
  - └ fonction rétrospective et prospective
  - └ anticipation
  - └ contrôle de soi
  - └ sens du temps
  - └ établir des règles régissant le comportement
  - └ organisation temporelle du comportement

- **Internalisation du langage:**
  - └ description et réflexion
  - └ auto-questionnement et résolution de problèmes
  - └ règles verbales régissant le comportement (auto-instruction)
  - └ génération de buts et sous-buts
  - └ compréhension de la lecture
  - └ raisonnement moral
  
- **Autorégulation des affects, des motivations et de l'éveil:**
  - └ autorégulation des affects
  - └ objectivité et perspectives sociales
  - └ autorégulation des motivations
  - └ autorégulation de l'éveil, au service d'actions orientées vers des buts
  
- **Reconstitution:**
  - └ analyse et synthèse du comportement
  - └ fluence verbale et comportementale
  - └ créativité et diversités des buts définis
  - └ stimulation de comportements
  - └ planification et agencement

Selon ce modèle ces quatre fonctions exécutives seraient affectées chez l'individu porteur d'un TDAH. Ainsi, pour cette pathologie, la mémoire de travail est **pauvre**, l'internalisation du langage est **différée**, l'autorégulation des affects, de la motivation et de l'éveil est **immature** et la reconstitution est **diminuée**.

L'impulsivité comme l'entend Barkley dans son modèle, se caractérise donc par une difficulté d'inhibition de la réponse préférentielle; la rapidité de celle-ci empêche toute démarche construite et élaborée dirigée vers un but. Par manque de contrôle, de prise en compte des informations de la situation et de l'absence de feedbacks, la réponse engendre: un manque de flexibilité et de détachement de la charge émotionnelle liée à la situation, un état de tension forte, une dépendance au champ perceptif, une mauvaise organisation motrice et cognitive, des difficultés dans la résolution de problèmes impersonnels et interpersonnels,... Selon les travaux de Bronowski (sur lesquels se réfère Barkley dans son modèle), le délai entre la stimulation et la réponse produite est gage d'une élaboration décisionnelle répondant à la fois aux attentes du milieu et aux buts fixés par l'individu.

### **Synthèse de cette première partie:**

Selon les méthodes de mesure, les domaines de recherche et les différentes théories avancées, la définition de l'impulsivité n'a pas encore fait l'objet d'un consensus. A l'issue de ce précédent inventaire (certes très restreint), nous pouvons tenter de synthétiser les éléments retrouvés de nombreuses fois dans les différentes approches:

- l'impulsivité est la caractéristique principale des comportements agressifs et violents;
- elle semble être de nature multidimensionnelle
- selon la neuropsychologie, l'impulsivité est associée à des réponses rapides et erronées dues à un faible fonctionnement des fonctions cognitives supérieures et du cortex cérébral (rôle dans l'inhibition)
- la neurobiologie explique l'impulsivité par des caractéristiques défailtantes de certains systèmes hormonaux et/ou corticaux
- la psychiatrie évoque l'impulsivité à travers les différentes psychopathologies dont elle constitue la caractéristique clinique principale: elle est donc envisagée dans le cadre d'une conduite et non d'un acte isolé.

L'ensemble de ces définitions et de ces modèles explicatifs de l'impulsivité semblent tous s'accorder sur la notion d'**incapacité à différer et/ou à inhiber une action qui, de par un manque de réflexion, est inadaptée à la situation**. L'impulsivité serait donc reliée à un défaut d'inhibition qui empêche la réalisation des fonctions exécutives nécessaires à une prise de décision optimale entraînant, en fonction des contextes, de l'impulsivité motrice, de l'impulsivité cognitive et/ou de l'impulsivité sociale. Celle-ci, en fonction de l'intensité, de la forme ou encore de la pathologie, s'exprime et à un impact différent selon le contexte.

### 2. Conséquences et implications de l'impulsivité

Le caractère irréfléchi et précipité de l'acte, rend difficile l'adaptation du sujet impulsif à son environnement. Comme nous l'avons vu dans la présentation du modèle de Barkley, la difficulté à inhiber une réponse automatique, perturbe le délai de réflexion précédent l'action. Ce délai est pourtant nécessaire à la prise en compte et le décodage des éléments pertinents d'une situation et donc au choix stratégique d'une solution. D'un point de vue clinique, on observe souvent chez les enfants impulsifs: des gestes brusques, incontrôlés et rapides au dépit de la lenteur et de la précision, une difficulté à attendre son tour de parole, des difficultés dans le décodage des informations, dans le contrôle des affects, des mises en danger par manque de conscience des risques, des problèmes de planification, d'ajustements,...

La sphère relationnelle et donc sociale est particulièrement affectée par ces manifestations

impulsives. Nous allons ainsi détailler de manière un peu plus approfondie ces répercussions sociales chez le sujet impulsif.

Comme nous l'avons déjà évoqué, Van den Linden et ses collaborateurs ont tenté de mettre en lien les différentes facettes de l'impulsivité avec des psychopathologies dont elle est l'un des symptômes les plus manifestes.

Ce modèle combine des déficits des **systèmes motivationnels** (recherche de sensations) et des **systèmes d'autorégulation** (manque de préméditation, urgence et manque de persévérance). Lynam en 2009 et Miller & al en 2003 (*in L'impulsivité et sa mesure dans le cadre de l'étude des comportements violents*), ont montré que, concernant les conduites antisociales, la facette du manque de préméditation est la plus observée. D'Acremont en 2005 (cité par Gomez et Van den Linden) a par ailleurs, montré que les facettes « manque de préméditation » et « urgence » prédisaient des problèmes de comportements.

Van den Linden et Bilieux précisent que l'urgence serait quant à elle la facette la plus représentée chez les enfants souffrant de troubles oppositionnels. Cette observation vient appuyer l'hypothèse mettant en avant le rôle primordial des mécanismes tels que l'inhibition ou la régulation des affects, qui lorsqu'ils font défaut, aboutissent à un haut niveau d'urgence. Dans le cadre du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, les trois facettes du système d'autorégulation seraient affectées avec une recrudescence particulière pour le manque de persévérance (prédictif d'un déficit dans la capacité d'attention).

Ces études montrent le rôle joué par l'impulsivité dans ces pathologies comportementales. Comme nous l'avons dit précédemment, le défaut d'inhibition de la réponse pré-potente, engendre des difficultés dans la prise d'informations. Crick et Dodge en 1994 (*in L.Pakaslahati, Children's and adolescents aggressive behavior in contexte [...]*) précisent que les difficultés de prise d'informations des enfants porteurs d'un trouble du comportement dans une situation sociale donnée, peuvent être majorées (voire entraînées) par de l'impulsivité. Ce manque d'analyse perturbe ainsi toutes les étapes du traitement de l'information sociale.

Ces enfants impulsifs manquent ainsi d'un temps de délai pour repérer de nombreux indices. Ces indices sont tout d'abord d'ordre intraperceptif; ils n'ont pas conscience de leur état interne (affects, émotions) et de leurs sensations corporelles et peuvent ainsi se mettre en danger. Les deux versants (expressif et réceptif) des communications verbales et non verbales sont également touchés; L. Pakaslahati précise que les enfants impulsifs et agressifs, souffrent de déficits expressifs et réceptifs notamment dans la composante non verbale des communications: il y aurait ainsi chez ces enfants peu d'expressions faciales relatives à leurs émotions, peu de fixations du regard à l'interlocuteur, une proxémie particulièrement réduite (concomitante aux situations conflictuelles) et un paralangage inadapté au discours.

De plus, les difficultés d'autocontrôle et de gestion des émotions, l'absence de réflexion et donc de stratégie, l'insensibilité aux feedbacks intrinsèques et extrinsèques, sont tous des domaines également affectés par ce défaut d'inhibition. Le sujet impulsif est ainsi **imprévisible** et peut devenir, ce qui est fréquemment observé en ITEP, agressif et violent.

L'impulsivité engendrerait donc des problèmes au niveau des processus de socialisation, de l'acquisition et/ou de l'utilisation de compétences sociales, de l'adaptation du corps dans sa globalité à un environnement, des mises en danger, mais également pour une grande majorité des enfants impulsifs, des difficultés scolaires importantes. Celles-ci vont de pair avec les difficultés de maintien des informations en mémoire de travail, les problèmes d'attention, de manque de précision, et de généralisation.

### 3. Discussion vers la partie pratique

Ainsi nous avons pu voir dans une première partie, que les enfants souffrant de troubles externalisés présentaient des réelles difficultés d'adaptation à leur environnement; difficultés perceptivo-motrices, sociales et scolaires. De par cette inadaptation, ils sont alors orientés vers des ITEP; instituts qui se fixent pour objectifs de garantir un cadre apaisant et soignant par le biais d'interventions multidisciplinaires.

Nous avons ensuite tenté de définir la notion complexe de l'impulsivité. Bien que la littérature s'y intéresse majoritairement, elle ne se cantonne pas au trouble déficitaire de l'attention. La psychopathologie a mis en évidence un très grand nombre de troubles où l'impulsivité est l'un des éléments les plus prégnants, la psychologie a tenté d'expliquer ses diverses facettes et modalités et les avancées biologiques et neurologiques ont appuyé la dimension multifactorielle de son origine. De par ses conséquences, l'impulsivité semble entraver et masquer les réelles capacités du sujet et être un obstacle à des modes de fonctionnement adaptés, à des acquis perceptivo-moteurs et à une réelle utilisation des capacités cognitives et intellectuelles.

Ces observations m'ont conduit à plusieurs interrogations: comment préciser l'importance de l'impulsivité chez les enfants souffrant de troubles du comportement? Peut-elle être à l'origine de ces troubles, les majorer ou est-elle une conséquence de leurs manifestations? De quelle manière le psychomotricien, qui joue un rôle important face à ces troubles perceptivo-moteurs, peut-il agir sur le versant social de l'impulsivité de ces enfants?

L'ensemble de ces questionnements m'ont progressivement amenée à investir plus précisément la place de cette impulsivité comme préalable de la prise en charge psychomotrice en ITEP.

# Partie Pratique

Cette partie pratique relate de la réalisation d'un protocole mis en place en collaboration avec Maud et visant à répondre à quatre hypothèses.

Celle de Maud: un travail sur l'impulsivité motrice et cognitive permet-il l'amélioration des comportements des enfants?

La mienne: un travail sur l'impulsivité sociale permet-il l'amélioration des comportements des enfants

Deux communes: l'association d'un travail sur l'impulsivité motrice et cognitive et sur l'impulsivité sociale, permet-elle une amélioration des comportements des enfants supérieure à un travail isolé d'impulsivité motrice/cognitif ou sociale? Si la dernière hypothèse est confirmée, existe-il un ordre de travail plus bénéfique?

Ainsi, je vais dans une première partie présenter le protocole mis en place à la suite de nos réflexions et hypothèses. Puis nous ferons la connaissance des trois petits protagonistes de l'expérience. Et comme toute expérience conduit à des résultats, nous les interpréterons dans une 3<sup>ème</sup> partie, et nous terminerons par la discussion.

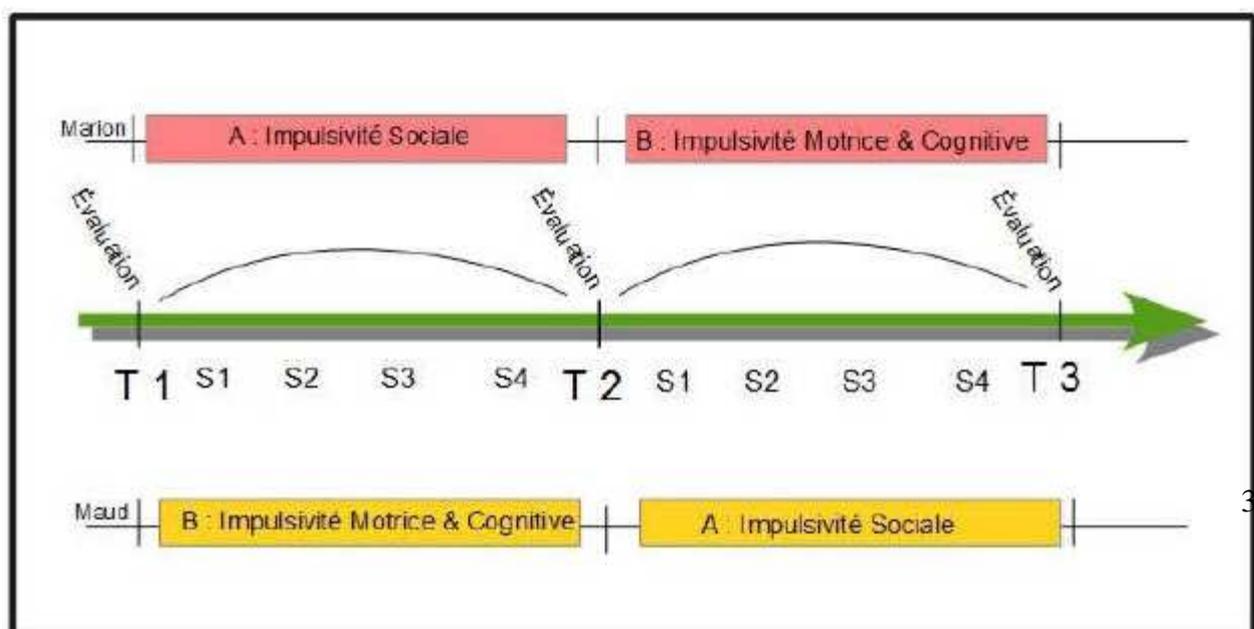
## I. PROTOCOLE: MODALITÉS, CONSTRUCTION ET PRÉSENTATION

### 1. Modalités générales

Afin de répondre à nos hypothèses, notre choix de construction s'est orienté vers un protocole de type AB/BA:

**A --> protocole sur l'impulsivité sociale**

**B --> protocole sur l'impulsivité motrice et cognitive**



## 2. Construction et présentation

Les observations des comportements impulsifs de certains enfants ont été la base de ce protocole. Par ces observations cliniques et en échangeant avec ma maître de stage et les différents professionnels de l'ITEP, cinq enfants suivis en psychomotricité ont semblé être freinés dans leur adaptation par leurs comportements très impulsifs. Un critère d'âge a été posé pour le protocole afin d'éviter des différences de maturité trop importantes; les enfants ont donc tous entre **8 et 12 ans**. Chaque prise en charge rééducative par le biais de ce protocole devait bien sûr s'intégrer au projet personnalisé de chaque enfant, à la dynamique des diverses prises en charge et à l'accord des principaux intéressés. Pour valider ces observations cliniques, j'ai proposé à ces cinq enfants l'ensemble des évaluations que je présenterai un peu plus tard: elles ont permis d'objectiver ces hypothèses pour quatre d'entre eux. Les 11 séances se sont articulées ainsi:

1. 1 séance d'évaluation T1
2. 4 séances du protocole travaillant sur l'impulsivité sociale
3. 1 séance de re-test T2
4. 4 séances du protocole travaillant sur l'impulsivité motrice et cognitive
5. 1 séance de re-test T3

### a. Les évaluations

Dans toute prise en charge, l'évaluation est très importante; elle permet en effet de préciser les difficultés et les capacités du sujet et de mesurer les évolutions à la suite de la rééducation. Dans le cadre de notre protocole, ces évaluations ont permis d'avoir une image globale des comportements impulsifs de chaque enfant. Nous avons ainsi mis en place deux types d'évaluation mesurant les domaines cognitifs, moteurs et sociaux de l'impulsivité: une grille d'observation et une batterie de 3 tests.

#### i. Grille d'observation

Il n'existe pas de tests spécifiques à l'impulsivité sociale en psychomotricité. La place de l'observation clinique était donc essentielle et préalable à tout travail. Pour plus d'objectivité, nous avons donc décidé de construire une grille d'observation relatant les comportements des enfants. L'impulsivité, organisant la majorité de leurs relations sociales avec leurs pairs, n'est pas réellement manifeste en salle de psychomotricité : la grille est ainsi adressée à l'éducateur référant

et à l'enseignant de chaque enfant.

### Objectifs de la grille

Cet outil nous a ainsi permis d'évaluer plus objectivement les comportements impulsifs, de préciser les lieux où ils sont majorés et de suivre l'évolution de chaque enfant aux différentes évaluations du protocole.

### Outils de références

L'impulsivité constitue l'un des symptômes majeur du trouble déficitaire de l'attention. Ainsi, pour la construction de cette grille, nous nous sommes appuyées sur :

↳ Echelle d'évaluation TDAH-IV version scolaire de Dupaul, Anastopoulos et Reid (1998); items Hyperactivité-Impulsivité.

↳ Questionnaire de Conners pour les parents

↳ Questionnaire de Conners pour les enseignants

↳ Echelle d'auto-contrôle pour enfants, de Kendall et Wilcox (1979)

↳ BREV: Inventaire d'Evaluation Comportementale des fonctions Exécutives.

Afin de préciser ces items plus spécifiques de l'enfant TDAH et pour l'orienter davantage sur l'impulsivité sociale retrouvée dans le cadre des troubles du comportement, nous nous sommes aidées des critères du trouble des conduites et du trouble oppositionnel avec provocation présents dans le DSM-V. Enfin, nous avons compléter nos sélections d'items avec certains critères de la BIS (Barratt Impulsive Scale).

### La grille

La grille d'observation est composée de 97 items dont il s'agira de donner un ordre de fréquence du comportement en question: 0 = absence du comportement 5 = comportement très fréquent. (Annexe n°1)

Les items sont regroupés en différents domaines:

- **Provocation/ violence/ insolence/ non-respect des règles élémentaires (injures, mensonges, vols) / Opposition -**
- **Crises (énervements/ colère / changement d'humeur) -**

- **Absence de motivation – difficultés dans le lancement d'une activité –**
- **Attention / achèvement de la tâche / concentration défaillantes -**
- **Difficultés de conscience de soi –**
- **Impatience / aversion du délai –**
- **Difficultés d'organisation / perte des affaires personnelles / désordre -**
- **Difficultés dans les jeux / imagination -**
- **Tristesse / dévalorisation / rejet des autres -**
- **Posture / communications non verbales non adaptées -**

La subjectivité de l'évaluateur (contexte, relation qu'il entretient avec l'enfant, notion personnelle de la fréquence d'un comportement vis-à-vis d'une note,...) et des items, sont tous des facteurs pouvant biaiser la finesse de la grille d'évaluation. Il s'agira donc de les prendre en compte et d'utiliser cet outil comme un indicateur général d'une tendance comportementale.

## ii. Tests

Les objectifs de cette évaluation sont d'avoir des repères cliniques et paracliniques quant aux capacités d'inhibitions comportementales des enfants. Nous avons choisi 3 épreuves apportant à la fois des données chiffrées de l'impulsivité, mais qui permettent également d'avoir des caractéristiques cliniques sur les méthodes et stratégies utilisées par l'enfant.

• **Laby 5-12:** ce test, créé en 2010 par J. Marquet-Doléac, Régis Soppelsa et JM. Albaret, mesure l'impulsivité et les capacités de planification d'un trajet sur un labyrinthe. Les trois résultats obtenus nous permettent d'avoir plus de précision sur le profil de l'enfant: **l'indice général** d'erreur qui rend compte de la difficulté globale, **l'indice d'inhibition** qui informe sur la difficulté de l'enfant à inhiber son comportement et la persistance dans l'erreur et enfin **l'indice d'aversion du délai** qui permet d'avoir des renseignements sur le temps consacré au traitement de la problématique et donc à l'impulsivité.

• **TEACH:** nous avons sélectionné deux épreuves mesurant le contrôle attentionnel et la flexibilité et donc indirectement, l'impulsivité.

• --> **Mondes contraires:** dans les deux planches du monde à l'endroit, l'enfant doit lire "1" lorsqu'il voit "1" et "2" pour "2". A l'inverse dans les deux planches du monde

à l'envers, il doit lire "1" pour "2" et "2" pour "1".

--> **Les petits hommes verts:** dans cette épreuve, l'enfant doit compter les petits bonhommes verts en suivant le tunnel de façon croissante quand la flèche est vers le haut et décroissante lorsqu'elle est vers le bas. L'épreuve comprend 7 items.

◇ Ces tests ont été particulièrement utilisés par Maud afin de préciser sa propre hypothèse.

## b. Les séances

### i. Séances sur l'impulsivité sociale

#### } **Objectifs**

Les objectifs de ces séances sont donc de travailler certaines des habiletés sociales déficitaires de ces enfants. Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, l'impulsivité perturbe l'ensemble des étapes du traitement de l'information: l'encodage et la mémorisation des indices, l'interprétation, le choix des buts sociaux, la construction du comportement, les décisions sur le comportement et son exécution. Ainsi dans l'ensemble des habiletés travaillées, nous avons tenté de reprendre ces étapes en insistant sur le délai de réflexion. En effet dans son modèle, Barkley souligne la place prépondérante de ce temps entre le stimulus et la réponse, nécessaire à l'élaboration d'une réponse comportementale adaptée.

--> Le but est donc d'abaisser les comportements impulsifs et violents et de stimuler les comportements pro sociaux.

#### } **Outils de référence**

Nous nous sommes appuyées sur certains programmes traitant des habiletés sociales: "Skill-streaming the adolescent, a structured learning approach to teaching prosocial skills" de *Goldstein, Sprafkin, Gershaw et Klein*, la résolution de problèmes et étapes et vignettes du traitement de l'information sociale (*in Chalfoun, C. (2009)*).

#### } **Choix des habiletés à travailler**

La phase d'évaluation des déficits et des capacités du sujet est, comme nous l'avons précisé dans la partie théorique, très importante avant toute rééducation des habiletés sociales. Associée aux observations cliniques des enfants en séance et sur les lieux de vie, la grille présentée précédemment nous a servi de base d'évaluation. A l'issue de son interprétation, j'ai constaté le même type de profil pour les quatre enfants du protocole: d'importantes difficultés dans le contrôle

de leurs émotions, des réponses trop rapides sans prise d'information et qui engendrent une mauvaise interprétation des émotions d'autrui et de nombreux conflits avec leurs pairs.

A l'issue de ces observations, notre choix s'est porté sur 4 compétences du programme d'habiletés sociales de Goldstein:

- ♣ Comprendre les sentiments des autres
- ♣ Self-contrôle
- ♣ Rester en dehors des conflits
- ♣ Apprendre à négocier

L'ordre de travail de ces habiletés ne s'est pas fait au hasard. En effet, certaines habiletés sont des préalables à l'acquisition d'autres compétences sociales; c'est le cas par exemple de l'habileté "comprendre les émotions des autres".

### } **Modalités**

L'implication, la motivation et la compréhension de l'enfant à cette rééducation sont des caractéristiques primordiales à sa réussite. Elles ont d'ailleurs été l'origine du refus d'un des enfants, à poursuivre le protocole après deux séances d'habiletés sociales.

Chaque séance a débuté par la présentation de l'habileté à travailler, ses objectifs et les différentes étapes nécessaires à son acquisition. Pour augmenter cette implication et permettre la généralisation, nous avons imaginé des situations écologiques à l'environnement des enfants. Celles-ci étaient lues dans un premier temps, puis jouées sous forme de saynètes. Le passage par le jeu de rôle a pour but d'abaisser les réticences de l'enfant. En parallèle, des questions étaient posées à l'enfant afin d'augmenter le délai de réflexion et ainsi le faire réfléchir sur les indices de la situation sociale, sur les possibilités et les résultats de chaque solution. Pour permettre la généralisation de cette habileté, l'enfant devait chercher une situation personnelle déjà vécue et similaire à la saynète. Enfin, l'habileté est reprise en début de chaque séance ultérieure.

### } **Présentation des séances**

***Cette présentation est une synthèse des éléments principaux. L'ensemble du protocole sur les habiletés sociales se trouve en annexe n°3.***

### • Séance 1: Comprendre les sentiments des autres

Mise en situation: "Sam est triste. Le vent a fait tomber la sculpture qu'il venait de réaliser en classe. Il voulait l'offrir à son ami pour son anniversaire."

Les différentes étapes sont les suivantes:

- Observer l'autre, le ton de sa voix, sa posture, son expression faciale
- Écouter ce que la personne est en train de dire et comprendre le contenu
- Essayer de comprendre ce que l'autre ressent
- Imaginer les différentes façons de montrer à l'autre que vous avez compris ses sentiments
- Décider du meilleur comportement à avoir

Pour cette mise en situation, le psychomotricien joue le rôle de Sam, en prenant une attitude, posture, mimique,... de tristesse. On invite l'enfant à réagir à la situation.

### • Séance 2: Self-Control

Mise en situation: "Imagine que tu es en train de faire la file à la cantine de l'école. Un enfant qui s'appelle Olivier te bouscule. Tu tombes et te fais mal au genou. Quand tu te relèves tu vois que Oliver rigole et s'en va."

Lors de cette séance, on cherche à faire réagir l'enfant sur ses émotions, comment elles se traduisent dans son corps et on rejoue la scène avec les différentes solutions et conséquences. On propose également à l'enfant une technique d'autocontrôle: l'animal totem. Cet animal entièrement imaginé par l'enfant et placé dans une situation humoristique, a pour but d'abaisser les états de tensions internes, par le biais de l'humour (sensation contradictoire avec le stress et la colère).

### • Séance 3: Rester en dehors des conflits

Mise en situation: "Tu es tranquillement en train de jouer dans la cours, quand Louis vient te voir et t'accuse d'avoir volé sa casquette. Tu n'y es pour rien. Tu comprends que c'est David qui a commis le vol et t'a fait porter le chapeau".

Les différentes étapes de cette compétence sont les suivantes :

- Arrête toi et pense à pourquoi tu veux entrer dans le conflit
- Réfléchis à comment la situation va évoluer à long terme ? Quels en seront les résultats ?
- Pense aux alternatives à la bagarre, par exemple négocier, défendre ses droits, demander de l'aide, rester pacifiste
- Choisis la meilleure façon de faire évoluer la situation

#### • Séance 4: Apprendre à négocier

Mise en situation: "imagine que des enfants que tu connais sont en train de jouer au foot. Ils rient et s'amuse beaucoup. Tu aimerais te joindre à eux, tu vas les voir et leur dis "je peux jouer avec vous?" Mais Martin un des enfants du groupe te répond non".

De cette mise en situation va découler plusieurs questions :

- Pourquoi penses-tu que Martin t'a dit non ? Comment te sentiras-tu ? Comment réagiras-tu ?

Quelles seraient les conséquences à long terme si tu réagissais comme ça ?

- Réfléchis à comment tu as formulé ta demande pour jouer avec eux. Mets-toi à la place de Martin et essaie d'imaginer pourquoi il t'a dit non.

- Penses-tu qu'il y aurait d'autres solutions ? (liste des solutions négatives, puis positives) faire appel à la négociation.

- Apprendre les bases de la négociation:

Affirme ta position et ton ressenti et montre à l'autre que tu as compris la sienne.

Utilise le self contrôle (de la séance précédente) pour ne pas t'énerver et rester en dehors du conflit.

Propose un compromis qui convient à tout le monde (pour éviter les conflits et situations gênantes).

- La prochaine fois s'il te demande de jouer avec toi que vas-tu répondre ? A ton avis qu'est-ce qu'il ressentirait à son tour ?

#### ii. Séances sur l'impulsivité motrice et cognitive

De nombreuses études ont été réalisées sur la prise en charge psychomotrice de l'impulsivité motrice et cognitive dans le cadre de l'enfant TDA/H. Pour éviter au maximum les biais de notre protocole, nous avons fait le choix de reprendre un protocole validé et efficace: le protocole d'apprentissage de l'inhibition sur une population d'enfants avec Trouble de l'Attention/Hyperactivité de J. Marquet-Doléac, R. Soppelsa et J.M. Albaret en 2006. Il vise principalement à réduire l'impulsivité motrice et cognitive en travaillant plus particulièrement sur l'attention soutenue, sur l'inhibition, le délai de réponse et sur la résolution de problèmes impersonnels.

Chaque séance s'articule autour de trois jeux: Tracé, jeu de cartes et Rush Hour (nous avons remplacé le UNO initial par un jeu de cartes axé sur les mêmes domaines de travail). Le niveau de difficulté augmente au fil des séances.

- **Le tracé:** l'enfant doit suivre méticuleusement pendant 5 minutes un tracé sinueux dessiné par le psychomotricien sur une feuille blanche. Pendant ce laps de temps, l'examineur le déconcentre. L'enfant doit diviser son attention et répondre aux deux consignes. Cet exercice fait donc intervenir la résistance de l'enfant aux stimuli externes et l'attention soutenue. La difficulté est augmentée à chaque séance par la sinuosité du tracé et par la déconcentration du psychomotricien.
- **Le jeu de cartes:** ce jeu est le seul du protocole dont le niveau de difficulté sera augmenté à chaque séance par plusieurs parties de cartes. Dans ce jeu qui se joue en duel, il s'agit de taper dans une 1ère manche sur l'ensemble des têtes pour remporter les cartes. Dans une seconde manche, seulement deux têtes sont à sélectionner. Puis de nouveau les quatre têtes sont mises à prix, à la seule condition qu'une carte noire soit présente avant la carte cible. Cet exercice fait ainsi travailler l'inhibition et le délai de réponse.
- **Le rush-Hour:** Règle du jeu traditionnelle: le principe est de dégager un véhicule cible d'un espace restreint en déplaçant les autres véhicules. On ne peut que avancer ou reculer les véhicules. Cette tâche demande de planifier les actions motrices de façon chronologique afin de libérer le véhicule cible. Les niveaux de difficultés s'articulent ainsi: 1) l'enfant a juste la consigne de faire le moins de déplacements possibles 2) On demande à l'enfant de verbaliser chacun de ses mouvements 3) l'examineur prend les commandes des déplacements sous les consignes de l'enfant 4) L'enfant doit mentaliser et expliquer l'ensemble des déplacements avant que l'examineur les effectue. Ce jeu travaille ainsi sur la planification et la résolution de problèmes.

Dans la prochaine partie, je vais vous présenter et détailler les séances avec les trois petits protagonistes de l'entreprise expérimentale, sans qui, rien n'aurait été possible: Amin, Malik et Anael. Nous aborderons par la suite l'analyse globale, en fonction des résultats des 7 enfants ayant participé au protocole. ii. Séances sur l'impulsivité motrice et cognitive

## **II. ÉTUDES DE CAS**

### 1. Amin

→ *Le bilan complet d'Amin se trouve en Annexe n°3.*

#### a. Bilan psychomoteur

## **Bilan psychomoteur- Amin 11 ans 1 mois.**

Amin se présente au bilan comme un garçon souriant mais très inquiet. Il s'interroge sur le métier et surtout sur ce que l'on attend de lui.

La dominance latérale est acquise de façon homogène à droite. On note un bon relâchement du tonus. La connaissance droite-gauche est acquise sur soi, sur autrui et en cours d'acquisition sur les objets.

### **Attention: -> Sélective:**

#### **Stroop:**

Score 1= -1.4DS	Score Erreurs 1= -1.8 DS
Score 2= -1.3 DS	Score Erreurs 2= -1 DS
Score 3= -1. DS	Score Erreurs 3= -0.4 DS
Score 4= -1.7DS	Score Erreurs 4= -0.9DS
Score interférence= -1.8 DS	

Amin est stressé par cette épreuve: il montre une agitation importante et de l'énerverment. Il fait beaucoup d'hésitations qui lui font perdre du temps sur la lecture. L'attention sélective est compliquée pour lui et le score d'interférence indique qu'il a des difficultés à inhiber des stimuli externes.

#### **-> Soutenue:D2:**

- **Indice de performance quantitative: GZ (RP) = 72.6**
- **Indice de performance qualitative: F% (RP)= 25**
- **Performance globale: GZ-F (RP)= 69.2**

Amin est fortement en opposition lors de cette épreuve; il ne souhaite dans un premier temps pas la réaliser, puis montre de l'énerverment et s'agite. La tâche lui est coûteuse en termes d'attention. Lorsqu'il s'aperçoit de ses erreurs, Amin s'insulte et se donne des coups assez violents. La vitesse d'observation est rapide mais elle n'est pas fonctionnelle car Amin fait beaucoup d'erreurs. Son attention soutenue est donc déficitaire.

#### **Planification:--> Tour de Londres:**

**Score Krikorian= -1.9DS - Score Anderson= +0.8DS**

Pour la plupart des items, Amin répond au plus vite et ne prend pas le temps de planifier ses mouvements, ce qui entraîne des erreurs (temps de manipulations très courts. Il arrive néanmoins

à comprendre la logique de l'exercice.

### **Praxies visuo-constructives:**

**Figure de Rey :** Les praxies visuo-constructives sont extrêmement déficitaires chez Amin et ne sont de ce fait, même pas cotable. Amin ne perçoit pas l'ensemble de la figure, ni les relations des différents éléments entre eux. La figure en mémoire est quasi inexistante. Amin montre un

La passation de ce test est extrêmement compliquée: Amin est dans l'opposition pour cette épreuve et réalise la copie sans aucune motivation et en cherchant à faire au plus vite comme s'il voulait échapper à la difficulté qu'elle lui impose. La cotation n'est pas possible pour la copie comme pour la mémoire (présence de seulement 3 traits). Il est difficile de savoir si Amin a réellement un déficit visuo-constructif.

**Écriture: BHK:            Vitesse = -1.1DS            Score qualité = -1.4DS**

Il n'est pas repéré de dysgraphie. Amin a une écriture relativement correcte. Les difficultés résident dans la grandeur de son écriture, il y a quelques liens interrompus, lettres retouchées (car il ne prend pas assez le temps d'observer le modèle) et quelques distorsions de lettres. On observe une certaine fatigabilité en fin d'exercice (la grandeur des lettres augmente et les lignes ne sont plus aussi planes).

**Capacités motrices: Lincoln-Oseretsky            :**

- **Facteur 1 - Contrôle Précision: 3/8 --> 37.5% de réussite**
- **Facteur 2 - Coordination globale: 4/7 --> 57% de réussite**
- **Facteur 3 - Coordination main/poignet: 2/3 --> 66% de réussite**
- **Facteur 4 - Vitesse mouvements poignet/doigts: 6/7 --> 86% de réussite**
- **Facteur 5 - Equilibre statique: 2/4 --> 50% de réussite**
- **Facteur 8 - Motricité manuelle: 1/3 --> 33% de réussite**

Amin est très en difficulté dans les items du facteur contrôle/précision. La double tâche est compliquée pour lui et son impulsivité et son agitation entrave la qualité de ses gestes. Il en est de même pour la motricité manuelle. On observe une tendance à l'accélération et à une hypertonie lorsque le stress et la pression sont présents. L'équilibre statique est fragile et à surveiller. Amin apprécie les activités motrices globales mais se montre en opposition lorsqu'il s'agit de tâches où il est en échec.

-> **Conclusion:** Amin est un garçon intrigant qui a tendance lors du bilan à se montrer sous deux facettes; l'une indique qu'il est inquiet, préoccupé par ses résultats, en opposition et en se dévalorisant sans cesse. Et une autre, relativement déstabilisante, où d'un seul coup lorsqu'il réussit le moindre exercice, affiche un large sourire et s'auto-complimente ("je suis le plus fort", "je vous bats tous"). Une forte anxiété se fait ressentir chez lui. Il a besoin de manipuler et de bouger pour découvrir la salle. Il est intrigué par son reflet dans le miroir et semble mettre en place une relation de dominant/dominé avec autrui. Il cherche à tester l'adulte et montre de l'énerverment et de l'opposition dans plusieurs épreuves. L'ensemble des tests sont fait rapidement sans "penser" le mouvement.

Amin a de grosses difficultés dans les capacités d'attention. Il a du mal à inhiber une réponse automatique et ne peut pas se focaliser sur les plus pertinentes. Cette impulsivité se répercute et entrave de nombreux domaines: gestion des émotions, motricité manuelle, contrôle et précision des gestes, capacités de planification. Le reste des capacités motrices sont de bonnes qualités. Il présente également d'importantes difficultés visuo-constructives. Amin a également des problèmes de conscience corporelle: il ne connaît pas les limites de son corps, se met en danger et s'étonne de certains mouvements qu'il peut réaliser. Toutefois, Amin est curieux, questionne beaucoup l'adulte et s'investit dans les domaines qui lui plaisent (sport, cirque,...).

#### b. Le protocole

Amin a été l'un des premiers enfants dont le mal-être, l'impulsivité et la violence m'ont marquée et m'ont amenée à me questionner. Dans la cour de récréation, Amin est provocateur et violent surtout dans ses propos. Il a dû mal à jouer avec les autres, cherche sans cesse à gagner et à dominer l'autre. Il présente une intolérance à la frustration massive qui se traduit par d'énormes crises qu'il est très difficile de calmer. Lorsque celles-ci surviennent, Amin ne semble plus se contrôler. En salle de psychomotricité, Amin adopte une relation quelques peu différente de celle mise en place avec ses pairs. Son comportement est tout d'abord très variable, autant entre les séances chaque semaine, que pendant la séance elle-même. Il semble influençable et hypersensible à de nombreux paramètres: climat du groupe, événements imprévus, contrariétés et surtout à ses réussites ou échecs. Amin questionne beaucoup l'adulte sur ce qu'il pense et semble découvrir que ce dernier peut avoir un jugement différent du sien. Au niveau moteur, Amin a de grosses difficultés à rester assis et manipule, sans vraiment en avoir conscience, les objets. Son impulsivité se traduit par des précipitations de pensées (coq-à-l'âne), de mouvements, de paroles.



également des difficultés dans l'utilisation des communications non verbales et notamment (observation partagée par l'enseignant) dans l'expression des émotions. Enfin Amin semble avoir une conscience personnelle fragile: il ne se rend pas compte de ses difficultés, se met en danger,... Toutefois, il est important de noter que lorsque Amin est en confiance, c'est un petit garçon agréable et curieux.

→ **Ces résultats et observations montrent qu'Amin présente des comportements impulsifs majorés dans un contexte de groupe.**

### } Tests

} **TEACH Mondes contraires:** Z = 43s -> 5 % cumulés      AA = 46s -> 5 % cumulés

Amin présente de très importantes difficultés dans cette épreuve. Les résultats traduisent une rigidité cognitive; en effet lors de la passation, Amin fait beaucoup d'erreurs, se précipite dans ses réponses et n'arrive pas à s'adapter à la consigne inhabituelle. Il est très sensible à l'interférence de ce changement de consigne: la 1ère planche du monde à l'envers et la 2ème du monde à l'endroit, sont très compliquées pour lui. Au niveau du comportement, Amin s'énerve de ses erreurs et s'auto dévalorise massivement.

} **TEACH Petits Hommes Verts:** I = 2 -> 3% cumulés      J = 195      K=6      L = . (ne peut être calculé: I < 3/7).

Lors de cette épreuve, Amin est également en grande difficultés; le nombre importants d'erreurs est dû aux précipitations des réponses fournies. Il veut aller trop vite, ne prend pas le temps de réfléchir et s'emmêle dans le comptage. Il présente une grande résistance à l'interférence et le montre par de l'énervement; il sera compliqué pour lui de finir l'ensemble de l'épreuve. La somme des items corrects (I) très faible souligne des difficultés de contrôle attentionnel. De plus, Amin semble perdre de vue les objectifs au cours de l'épreuve.

} **LABY 5-12:** IGE = -2,8 DS      II = -2,3 DS      IAD = -2,4 DS.

Cette épreuve témoigne d'une grande impulsivité chez Amin. Il se précipite dans la réalisation des résultats, sans prendre le temps d'observer les bons itinéraires. Ses traits sont appuyés, saccadés et les angles sont coupés. Son champ de perception est réduit à son tracé ce qui implique une persévérance importante dans les chemins incorrects. A plusieurs reprises, Amin essaie de tricher en coupant les murs et s'énerve quand je lui rappelle les consignes. Toutefois, il semble apprécier cette activité. L'indice d'aversion du délai indique la forte impulsivité retrouvée chez Amin dans ce type d'épreuve.

→ Ces résultats à la grille d'observation et aux tests, viennent appuyer mes hypothèses; Amin est un jeune garçon dont l'impulsivité se ressent dans les domaines cognitifs, moteurs et sociaux. Les conséquences de cette impulsivité (précipitations, difficultés attentionnelles, agitation, intolérance à la frustration, difficultés de planification,...) semblent lui poser des problèmes d'adaptation dans le groupe et à l'école, avec ses pairs mais également avec les adultes. Son état de tension quasi-permanent et ses nombreuses crises de colère sont devenus le quotidien d'Amin. En accord et en complémentarité des différentes prises en charge et objectifs du PPA d'Amin, il m'a semblé intéressant de lui proposer le protocole, en préalable à d'autres rééducations psychomotrices.

## ii. Protocole A: Impulsivité sociale

Le travail sur les habiletés sociales s'est révélé être relativement compliqué avec Amin. Dans un premier temps motivé par le protocole proposé, il n'a par la suite, pas semblé s'investir dans les séances proposées. Son comportement très ambivalent et sa sensibilité aux interférences du groupe, ont d'ailleurs entravé l'une des séances.

La première difficulté d'Amin a été l'imagination de la situation hors contexte. La mise en scène a également été compliquée: par pudeur et par manque d'imagination de sa part, nous avons recentré les séances sur des questionnements sans mise en scène. Toutefois, Amin ne semble pas comprendre réellement le but de ces séances, et exprime une certaine anxiété de jugement de notre part.

Pour l'ensemble des situations proposées, j'ai remarqué qu'Amin répondait systématiquement sur le même mode de réponse, à savoir du négativisme, des interprétations hostiles et de l'énervement. La 1ère solution proposée renvoie dans chaque situation, à de la bagarre, des coups, des insultes. Quand je lui demande de réfléchir à d'autres solutions, Amin est en difficulté. Les compromis et la coopération ne sont pas du tout évoqués spontanément. Lors de la 1ère séance axée sur ses propres émotions et sensations, les petits exercices sur les mimiques ont montré de réelles difficultés d'expression et de réception. J'ai ainsi repéré beaucoup de confusions notamment entre les émotions de colère et de tristesse. Confusion également retrouvée dans les solutions proposées aux problèmes interpersonnels proposés. Il décrit d'ailleurs cette tristesse/colère entremêlée, par de l'expression corporelle: j'ai le cœur qui serre, je ne le sens plus battre quand je m'énervé, j'ai l'impression que je vais exploser. On ressent également dans l'ensemble des séances, une importante anxiété et une peur constante du jugement d'autrui. Il nous explique d'ailleurs qu'il préfère taper les autres avant qu'on ne se moque de lui. Il accorde également une place importante à son apparence. Un des points sur lequel Amin a été

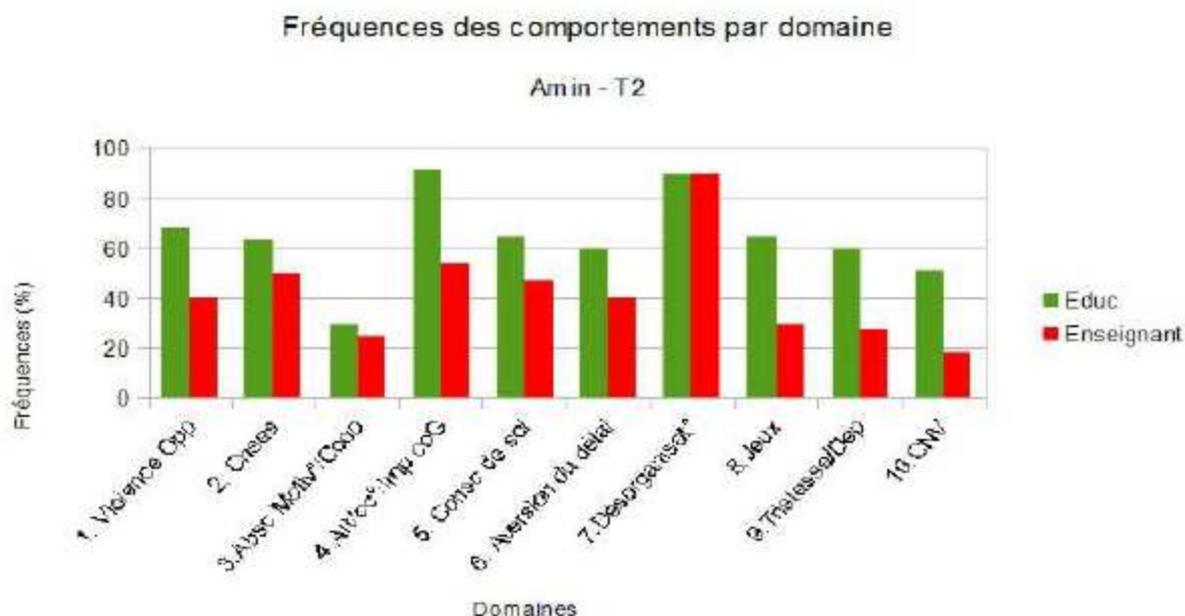
particulièrement réceptif, a été la création de son animal totem. Cet animal entièrement imaginé par l'enfant et placé dans une situation humoristique, a pour but de créer d'abaisser les états de tensions internes, par le biais de l'humour (sensation contradictoire avec le stress et la colère). Ainsi, son *lion policier en chemise hawaïenne qui fait la circulation dans les rues de Toulouse*, a été complètement investi, si bien que par effet boule de neige, la majorité des enfants du groupe, souhaitent eux aussi, avoir un animal totem. Nous l'avons donc repris à chaque séance et avec l'aide des éducateurs, tenté de le mettre en place lors de ses crises ou lorsque la pression commence à monter chez lui.

Mais au fur et à mesure des séances, Amin semble se désintéresser des exercices proposés et rentre au fur et à mesure dans des comportements d'opposition et d'agitation motrice.

### iii. Évaluation T2 – Février 2014

#### Grille d'évaluation

<b>Scores:</b>	<b>Educateur: 324 / 485</b>	<b>Enseignant: 200 / 485</b>
----------------	-----------------------------	------------------------------



Cette nouvelle évaluation des comportements d'Amin par l'éducateur et l'enseignant montre quelques petites améliorations qui semblent concorder entre les deux professionnels. Amin semble faire un peu moins de crises de colère (observation également reprise en réunion de synthèse par l'ensemble des professionnels). Les auto dévalorisations et les affects négatifs semblent moins présents, et on remarque une relative amélioration dans les communications non verbales et la

conscience de soi. Toutefois, l'opposition semble toujours être très marquée chez Amin ainsi que les l'inattention et les problèmes de concentration.

### } Tests

} **TEACH Mondes contraires:** Z = 32s -> 10 % cumulés AA = 35s -> 15 % cumulés

Amin est toujours dans une norme largement inférieure à la moyenne de son âge. Cependant, on note quelques petites améliorations notamment dans les planches du monde à l'envers, ce qui traduit une légère baisse de la rigidité cognitive. Il montre également moins de refus à la passation des différents tests.

} **TEACH Petits Hommes Verts:** I = 3 -> 10% cumulés      J = 220 K = 11      L = 20 -->5% cumulés

Aux vues du score I, on observe une légère amélioration du contrôle attentionnel. Les erreurs sont moins nombreuses et on sent qu' Amin est plus à l'aise dans cette épreuve (effet d'apprentissage?). La mémoire de travail néanmoins être toujours en dessous de la norme escomptée.

} **LABY 5-12:** IGE = -1,4 DS      II = -1,5 DS      IAD = -1,3 DS.

Lors de la passation, Amin est beaucoup plus concentré sur l'exercice qu'en T1; il prend le temps d'observer les labyrinthes avant de commencer à tracé. Cependant ce contrôle attentionnel tend à baisser au fur et à mesure des labyrinthes; Amin montre de la fatigabilité et commence à s'énerver sur les derniers items lorsqu'il ne trouve pas la solution du premier coup.

Ces résultats traduisent une amélioration globale des capacités d'inhibition, notamment grâce à l'indice d'aversion du délai; celui-ci traduit une augmentation du temps consacré à la problématique.

#### iv. Protocole B: Impulsivité motrice et cognitive

Pour l'épreuve du tracé, Amin est au début très déconcentré par les interférences qu'on lui soumet. Au fur et à mesure des séances et malgré la pression imposée par l'augmentation des interférences, Amin arrive de plus en plus à maintenir son attention. Je remarque toutefois que cette faculté lui est très coûteuse: vers la fin de l'exercice, il montre des signes de fatigue important et de l'énerverment commence à se faire ressentir.

Amin a complètement investi et apprécié le jeu de cartes. Ses difficultés d'inhibition sont certes

bien présentes, mais son envie de me battre a semblé être un facteur motivant davantage le contrôle de son délai de réponse! La difficulté principale d'Amin reste pour l'ensemble des séances, l'adaptation aux interférences et donc la rigidité cognitive (observée lors des changements de consignes).

Pour le jeu du rush-hour, Amin a montré une grande motivation mais également beaucoup de frustrations et d'énervement face à ses échecs. La 1ère séance a été marquée par de très nombreuses manipulations des voitures par essai/erreur. Les consignes imposées dans les autres séances ont tout d'abord été refusées. Mais passé cette opposition, Amin a semblé se saisir des avantages du délai de réflexion ainsi apporté.

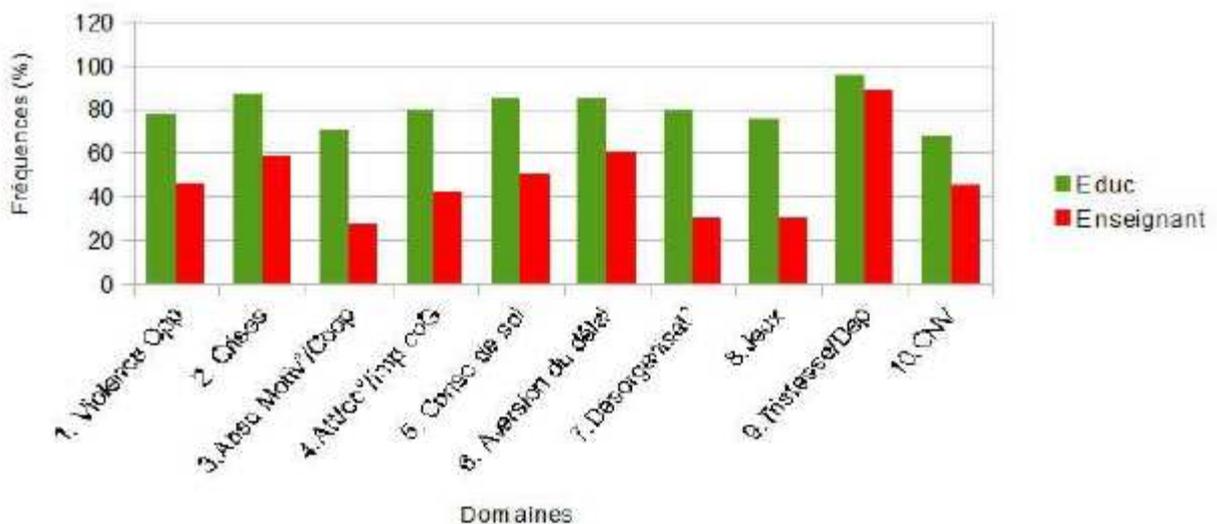
v. Évaluation T3 – Mars 2014

**Grille d'évaluation**

<b>Scores:</b>	<b>Educateur: 384/ 485</b>	<b>Enseignant: 253 / 485</b>
----------------	----------------------------	------------------------------

Fréquences des comportements par domaines

Amin - T3



Cette grille et les observations des comportements d'Amin depuis T2, traduisent les grandes difficultés psychologiques d'Amin pendant cette période. On constate en effet que l'éducateur et l'enseignant remarque une très importante augmentation des comportements d'auto dévalorisation et de tristesse chez Amin. Nous l'avons également observé en prise en charge. En ce qui concerne les capacités d'attention et de planification (domaine 4), les deux professionnels s'accordent à dire que le jeune garçon a progressé et arrive à rester plus concentrer sur certaines tâches. Mais l'opposition, la violence, l'autocontrôle, l'instabilité, la conscience de soi et

l'impatience, sont tous des domaines où les comportements d'Amin semblent s'être détériorés.

L'ensemble de ces observations peuvent être directement reliées au contexte social complexe vécu par Amin pendant cette période.

### } Tests

} **TEACH Mondes contraires:** Z = 24 s -> 60 % cumulés AA = 28 s -> 65 % cumulés

Lors de la passation, Amin se montre beaucoup attentif qu'en T1 ou T2. Ses réponses sont plus fluides et moins précipitées.

} **TEACH Petits Hommes Verts:** I = 5 -> 42% cumulés      J = 105 K = 17      L = 6,17 -->15% cumulés

On constate une amélioration du contrôle attentionnel chez Amin lors de cette épreuve. L'interférence du changement de flèche semble moins le perturber. Il reste tout de même en dessous de la norme attendue pour son âge. Au niveau comportemental, Amin est plus calme et plus posé.

} **LABY 5-12:** IGE = -1,17 DS      II = -1,6 DS      IAD = -0,6 DS.

Au niveau clinique, cette épreuve a été très intéressante: Amin a spontanément utilisé la verbalisation pour s'aider dans sa planification. Bien que celles-ci soient moins nombreuses, il continue à persister dans ses erreurs. On peut donc conclure que le traitement des informations s'est amélioré.

**--> Les graphiques synthétisant les trois évaluations des comportements d'Amin, sont présentés en annexe n°7.**

A l'issue de ces onze semaines de protocole, aux vues de ces résultats et aux observations cliniques, je me rends compte de la complexité de la prise en charge d'Amin. Il semble avoir tiré des bénéfices du travail sur les habiletés et l'impulsivité sociale, notamment dans le domaine des communications non verbales, des crises et de l'opposition moins marquées et une conscience de soi un peu plus fine. Toutefois, nous l'aborderons plus précisément dans la discussion, il est important d'appréhender ces résultats dans une prise en charge pluridisciplinaire. Cette amélioration a semblé être passagère; Amin est décrit à partir de février, comme un garçon plus inquiet, plus triste et plus instable. Ces observations apportées en réunion de synthèse, se font ressentir dans l'analyse de les grilles d'observation en T3. L'ensemble de ces domaines ont augmentés, Amin semble de nouveau avoir fréquemment des crises et les affects de tristesse et de dépréciation, sont massivement augmentés. Dans le contexte familial actuel, il est difficile de

poser des conclusions des effets du protocole chez Amin. Il est important de noter également, que les progrès de concentration et d'attention à la suite du protocole, sont bien présents dans les résultats des tests en T2 et en T3.

## 2. Malik

→ Le bilan complet de Malik se trouve en Annexe n°4.

### a. Bilan psychomoteur

#### **Bilan psychomoteur (fin septembre 2013), 12 ans 3 mois:**

Malik est un garçon petit pour son âge, qui se présente au départ inquiet et peu sûr de lui. Il arrive néanmoins à dépasser ses inquiétudes rapidement et entre dans une relation adaptée. Il semble apprécier et rechercher de l'affection privilégiée de la part de l'adulte.

Les repères temporels sont acquis. La latéralité est acquise à droite de façon homogène. Les connaissances droite/gauche sont acquises sur lui, sur autrui et sur les objets. Le ballant des bars est; l'épreuve des marionnettes ne montrent pas de syncinésie.

#### **Capacités motrices: Lincoln-Oseretsky:**

- Facteur 1 - Contrôle Précision: 6/8 --> 75% de réussite- Facteur 2 -  
Coordination globale: 7/7 --> 100% de réussite
- Facteur 3 - Coordination main/poignet: 2/3 --> 66% de réussite
- Facteur 4 - Vitesse mouvements poignet/doigts: 7/7 --> 100% de réussite
- Facteur 5 - Equilibre statique: 4/4 --> 100% de réussite
- **Facteur 8 - Motricité manuelle: 2/3 --> 66% de réussite**

Malik a de très bonnes capacités motrices et sait s'en saisir pour palier à d'autres difficultés. Après l'épreuve, il est fier de me montrer ses capacités en hip-hop.

#### **Attention sélective:** Test de stroop:

Score 1= -3.5DS      Score Erreurs 1= .

Score 2= -3.1 DS      Score Erreurs 2= -0.5DS

Score 3= 0.2 DS      Score Erreurs 3= +0.1DS

Score 4= -1.9DS      Score Erreurs 4= +0.6DS

### **Score interférence= -2.1DS**

Le nombre de mots lus est déficitaire et les erreurs sont peu nombreuses. Il a trouvé la stratégie de ralentir sa vitesse au profit de la performance. Cependant cette lenteur ne correspond pas aux attentes pour son âge.

**Attention soutenue: D2: - Indice de performance quantitative: GZ (RP) = 54**

**- Indice de performance qualitative: F% (RP)= 61**

**- Performance globale: GZ-F (RP)= 65.5**

Les résultats à ce test montre que Malik a des performances moyennes tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif. Durant la passation, il reste concentré et soucieux de bien faire (anxiété de performance). L'attention soutenue n'est donc pas déficitaire mais pourrait être améliorée.

**Planification / Impulsivité: Tour de Londres:**

**Score Anderson = +0.5DS**

**Score Krikorian = -0.9DS**

Malik réussit 12 items/12. Le nombre d'essais est de 19. Le temps de solutions est de 175. Le score total est de 29. Il prend le temps d'observer les problèmes avant de manipuler. Il se montre rapide au niveau du temps d'exécution. Malik ne semble pas présenter de difficulté pour planifier son action.

**Praxies visuoconstructives:**

**Figure de Rey: temps = 5'23 (entre RP 75 et 90)**

**DS= -2.4**

La figure en mémoire n'est pas possible pendant le bilan car Malik est en opposition suite à un incident avec un autre enfant venu l'interpellé au sein de la salle de psychomotricité. Il présente des difficultés visuoconstructives, des défauts de perceptions et d'organisation d'éléments géométriques entre eux. Le type de copie correspond à un type "juxtaposition de détails". Il progresse de proche en proche. Certains éléments (tels que croix du bas), ne sont pas positionnés au bon endroit. Malik est très lent dans la copie. Les tracés sont néanmoins propres et soignés et Malik semble privilégier la précision du dessin au temps de réalisation. Il cherche d'ailleurs à savoir s'il a réussi l'exercice.

**Perception visuelle / Impulsivité**

**: Appariement d'images:**

- Temps de 1ere réponse = -1.6 DS
- Nombre de réussites = -1.2 DS
- Index d'exactitude = -1.6DS /

**Temps total = -1.5 DS / Nombre d'erreurs = -1.8 DS / Index d'impulsivité = -0.6 DS**

Malik présente une lenteur dans la perception visuelle et se montre très peu efficace dans la performance (beaucoup d'erreurs). Les erreurs sont dues à des difficultés de perception plutôt qu'à une impulsivité (index d'impulsivité dans la norme). Cette épreuve l'agace, il n'en voit pas l'intérêt et le verbalise.

**Écriture:BHK: Vitesse: 111 caractères en 5 minutes. CE2= -1.4 DS - CM2= -1.6DS**

**Qualité: CE2 = 1.2 DS - CM2 = 1 DS**

Malik a une très jolie écriture, propre et soignée. La disposition sur la feuille est bonne, il n'y a pas de déviation de la marge, les lignes sont droites et les lettres sont correctement formées. Il est fier de son écriture et cherche à ce qu'on le félicite. Malik reste cependant lent dans la copie du texte; il privilégie là encore la qualité à la vitesse.

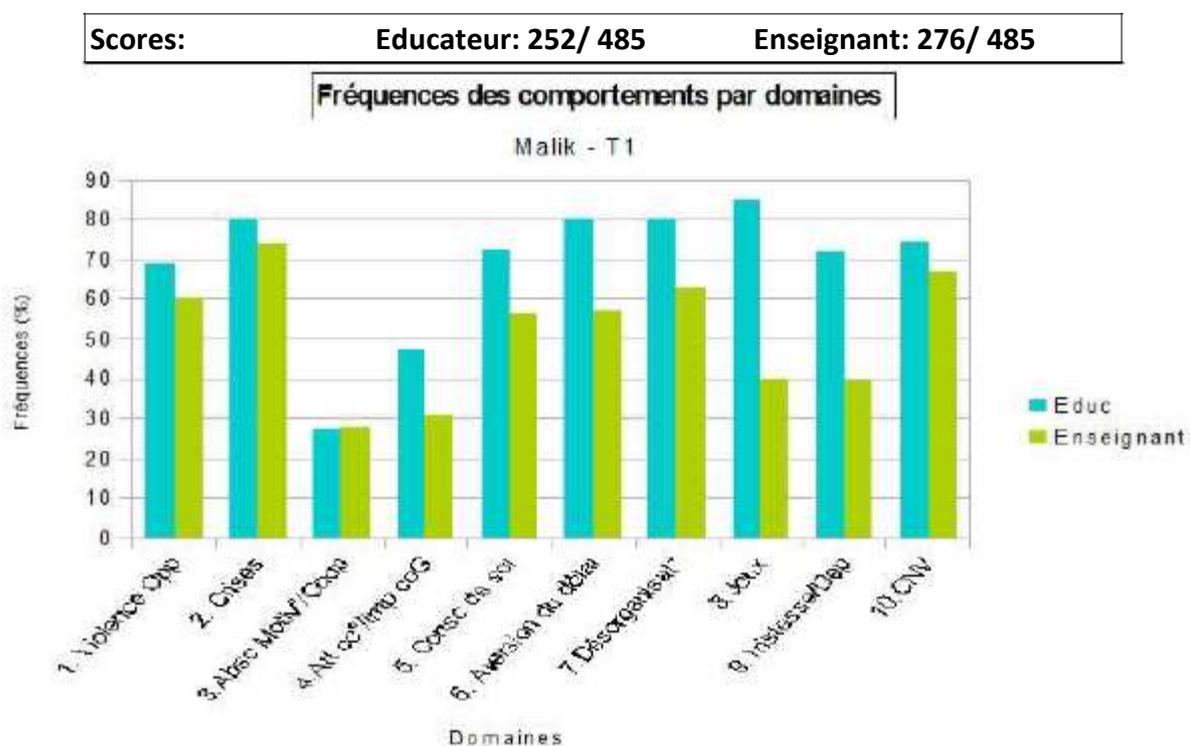
**Conclusion:** Malik est un garçon soucieux de réussir les exercices qu'on lui demande. Sa relation à l'adulte est adaptée dans la situation de bilan malgré quelques oppositions dans certaines épreuves. Il a de très bonnes capacités et les utilise pour palier à d'autres problèmes (pour se calmer lors de situations de crises). Il verbalise pendant le bilan ses difficultés avec ses pairs et notamment sa colère difficilement contrôlable. Il semble souffrir de cette situation. Il présente une lenteur notamment dans la perception visuelle. Elle n'est pas retrouvée dans la planification et dans le domaine moteur. Les capacités attentionnelles sont dans la norme et Malik ne présente pas d'impulsivité cognitive. Il privilégie la lenteur pour améliorer la qualité et ainsi de la reconnaissance de la part de l'adulte. Les difficultés visuo-constructives peuvent être en lien avec des difficultés d'analyse, d'organisation et de perception dans des situations plus complexes (comme la figure de rey et l'appariement d'image). Durant le bilan même si Malik arrive à rester concentré sur des tâches, on sent un état de tension important dans ses gestes et ses paroles et il a une impulsivité sociale majeure notamment au milieu de ses pairs. Cette impulsivité peut être un axe prioritaire à travailler afin de l'aider à mieux vivre et appréhender dans second temps les apprentissages.

## b. Le protocole

Devant les observations, compte-rendus des différents professionnels et les axes du bilan psychomoteur, j'ai trouvé intéressant de proposer le protocole à Malik. Celui-ci a tout de suite été emballé par l'idée.

### i. Évaluation T1 – Décembre 2013

#### Grille d'évaluation



Comme pour Amin, on constate que les comportements impulsifs de Malik sont majorés par le contexte de groupe. Malik a très grosses difficultés dans l'autocontrôle de ses affects et expose très fréquemment en crises. Il ne semble pas avoir l'intention lors de celles-ci, de blesser les autres, mais n'arrive pas à contenir ses gestes. Il est très difficile pour lui de se calmer. Le stress et les conflits augmentent son agitation et les problèmes de conscience de soi; Malik se met souvent en danger. Il ne va pas embêter ou provoquer spontanément ses camarades mais se mêle des conflits des autres. Il n'est pas décrit comme manipulateur. Il semble avoir des difficultés à jouer avec les autres: mauvais joueur, il impose ses idées et ses règles.

Dans un contexte social (différent de l'école), il ne semble pas réfléchir avant d'agir surtout lorsque la pression monte. D'après l'éducateur et l'enseignant, les communications non verbales ne sont pas toujours adaptées à son discours, et ne sont pas bien lisibles sur son visage. Les capacités

d'attention et de concentration sur une tâche semble être relativement bonnes lorsque Malik est rassuré par l'adulte. Il est d'ailleurs en constante demande d'attention de ce dernier et aime qu'on l'écoute. L'aversion du délai est compliquée; Malik ne s'est pas attendre son tour et coupe souvent la parole. Il participe à la vie de groupe et sait faire preuve d'entraide, particulièrement envers l'adulte. L'impulsivité sociale et motrice semblent donc être massives chez Malik.

### Tests

} **TEACH Mondes contraires:** Z = 38s -> 5 % cumulés      AA = 42s -> 5 % cumulés

Ce test atteste d'importantes difficultés de lenteur de traitement de l'information chez Malik.

} **TEACH Petits Hommes Verts:** I = 5 -> 34% cumulés      J = 141 K = 15      L = 9,4 -> 5% cumulés

Malik privilégie dans cette épreuve la précision à la vitesse. Toutefois cette lenteur montre des faiblesse de la mémoire de travail. Les erreurs commises en fin d'épreuve traduisent une fatigabilité et des difficultés d'attention soutenue.

} **LABY 5-12:** IGE = +0,9 DS      II = +0,5 DS      IAD = -1,3 DS.

Lors de la passation, Malik prend le temps d'observer les labyrinthes avant de commencer à tracer le trajet. Sur les labyrinthes 6, 7 et 12, il ne trouve pas tout de suite la solution (en mentalisation) et montre de l'énerverment. L'impulsivité cognitive ne semble donc pas être marquée chez Malik.

### ii. Protocole A: Impulsivité sociale

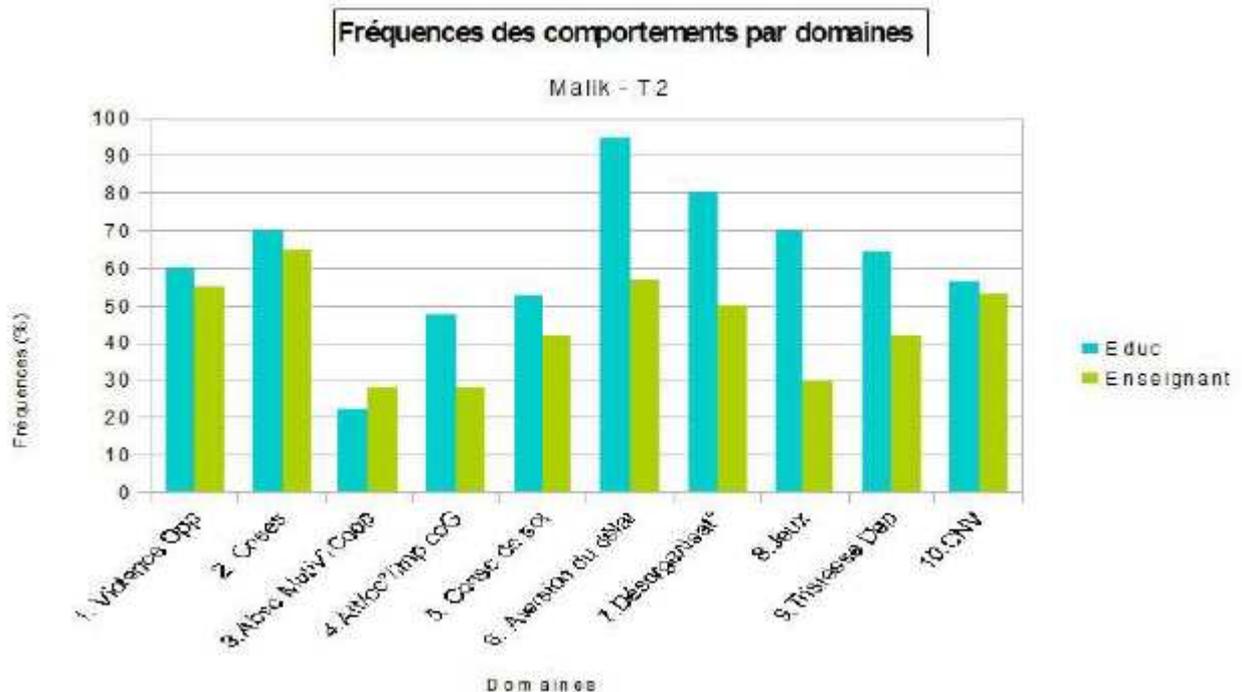
Les quatre séances avec Malik ont été très intéressantes. Il s'est tout de suite prêté aux exercices et a participé activement aux saynètes. Nous avons ainsi constaté que Malik avait un répertoire de solutions très pauvre: il a de grandes difficultés à évoquer des solutions alternatives à la bagare, à la vengeance et au conflit. Il sait décrire avec beaucoup de précision les étapes et ses ressentis lorsqu'il se met en colère mais explique qu'il ne peut pas se contrôler. La proposition de l'animal totem lui a ainsi beaucoup plu: à chaque séance, il me raconte les aventures de son singe et les situations où il s'en est servi pour se calmer. Au fil des séances, il semble découvrir que les autres ont des idées différentes des siennes et notamment que l'on peut réagir différemment qu'en allant à l'affront. La généralisation dans le contexte de l'ITEP semble néanmoins compliquée.

### iii. Évaluation T2 – Février 2014

#### Grille d'évaluation

Cette nouvelle évaluation des comportements par l'éducateur et l'enseignant, montre une diminution de la fréquence des crises de Malik. Il semble plus prendre conscience de son comportement perturbateur et se mettrait moins en danger. Dans les jeux avec ses pairs, les professionnels notent que Malik impose moins ses règles et reste plus en retrait lors de conflit. Les temps d'attentes semblent toutefois beaucoup plus présents: Malik est impatient et coupe davantage la parole.

Scores: Educateur: 276/ 485 Enseignant: 204/ 485



#### Tests

TEACH Mondes contraires: Z = 25s -> 50 % cumulés AA = 35s -> 15 % cumulés

On observe une progression dans le traitement de l'information. Toutefois, les résultats au monde à l'envers atteste encore d'une difficulté dans les capacités d'interférence à une consigne inhabituelle.

TEACH Petits Hommes Verts: I = 6 -> 62% cumulés J = 86 K = 22 L = 3,9 -> 65%

cumulés

Les résultats à cette épreuve montre de nets progrès dans le contrôle attentionnel et la mémoire de travail chez Malik.

LABY 5-12: IGE = -0,8 DS                      II = + 1 DS                      IAD = -0,7 DS.

Les résultats à ce test restent dans la norme mais on note toutefois une certaine augmentation de l'impulsivité (notamment pour l'indice d'aversion du délai).

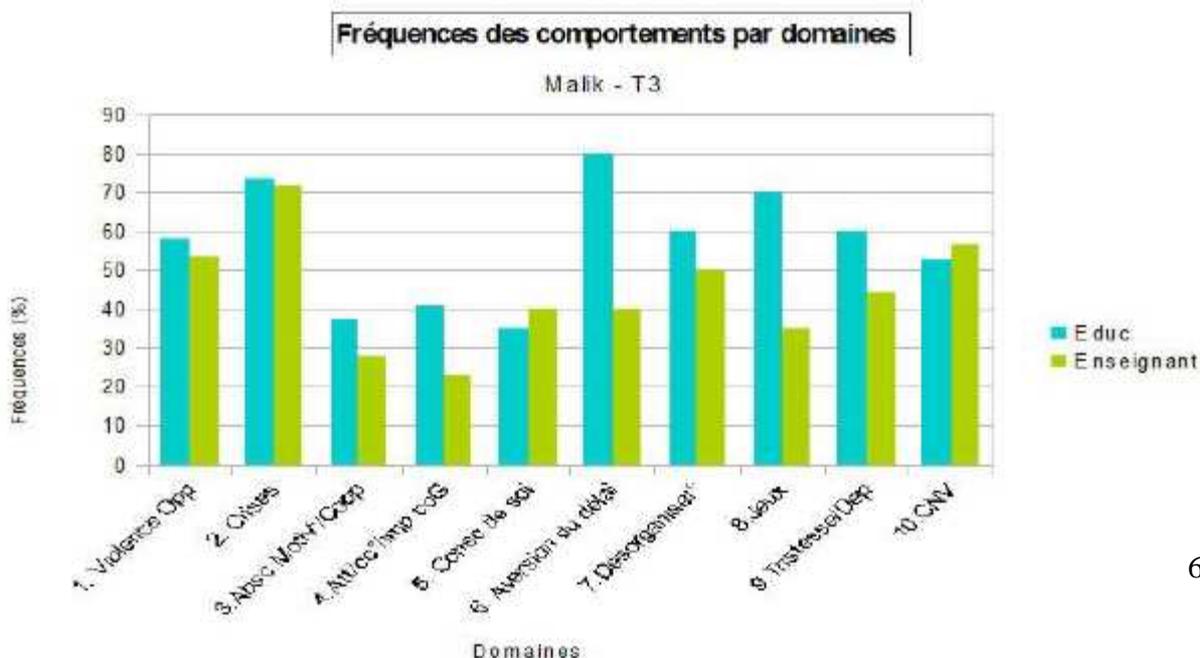
#### iv. Protocole B: Impulsivité motrice et cognitive

Dans l'exercice du tracé, Malik s'applique énormément. Soucieux de bien faire, il redouble d'effort pour se concentrer et trouve difficile de répondre à mes questions en même temps. Malik trouve alors la stratégie de répondre très brièvement et focalise son attention sur le tracé. Au fur et à mesure des séances, Malik est plus à l'aise avec cette consigne de double tâche. Dans le jeu de cartes je remarque lors de la première séance, une impulsivité relativement importante, dont je n'avais pas encore fait l'observation: l'inhibition est difficile et Malik se montre mauvais joueur. L'agitation motrice augmente parallèlement aux différentes manches. Les séances suivantes seront un peu plus apaisées. Pour le Rush-Hour, Malik verbalise spontanément tous ses déplacements et toutes ses réflexions avant même que cette consigne soit donnée. Il n'a pas de difficulté particulière dans l'organisation et la planification.

#### v. Évaluation T3 – Mars 2014

##### Grille d'observation

<b>Scores:</b>	<b>Educateur: 260/ 485</b>	<b>Enseignant: 215/ 485</b>
----------------	----------------------------	-----------------------------



Pour cette dernière évaluation du protocole, les deux professionnels ne remarquent pas de différences particulières avec l'évaluation précédente pour les domaines des crises, de la violence et du comportement dans les jeux. La coopération et la motivation semblent moins présents chez Malik, qui participe moins à la vie de groupe. Il est beaucoup moins en demande exclusive de l'adulte. L'éducateur et l'enseignant note une amélioration du temps de réflexion et de l'organisation.

### } Tests

} **TEACH Mondes contraires:** Z = 24s -> 60 % cumulés AA = 30s -> 50 % cumulés

La difficulté de contrôle de l'interférence semble d'après ces résultats s'être améliorée et sont désormais dans la norme attendue pour son âge.

} **TEACH Petits Hommes Verts:** I = 5 -> 34% cumulés      J = 106 K = 20      L = 5,3 -> 15% cumulés

On constate une régression des capacités de mémoire de travail dans cette 3ème évaluation. Ces erreurs énervent et agacent Malik qui semble être particulièrement distrait et perturbé par des événements de la journée.

} **LABY 5-12:** IGE = -0,9 DS      II = -0,6 DS      IAD = -0,9 DS

L'impulsivité cognitive semble avoir légèrement augmenté en cette 3ème évaluation. Tous ces résultats restent dans la moyenne attendue pour son âge, mais sont toutefois à investir.

→ ***Les graphiques synthétisant les trois évaluations des comportements d'Amin, sont présentés en annexe n°9.***

On constate à l'issue de ces 11 séances de protocole, que Malik a globalement progressé dans la quasi totalité des domaines et notamment dans la conscience de soi et l'ajustement de ses communications non verbales. L'autocontrôle semble, d'après l'ensemble des professionnels, être de plus en plus investi par Malik, qui a trouvé la solution de s'exclure du groupe lorsqu'il sentait la colère l'envahir. Comme pour Amin, le contexte multidisciplinaire est à intégrer à ces résultats.

### 3. Anaël

→ Le bilan complet d'Anaël se trouve en annexe n°5.

#### a. Bilan psychomoteur

##### ***Bilan psychomoteur - septembre 2013 – Anaël 11 ans 2 mois***

Les repères dans le temps sont acquis. La latéralité est installée de manière homogène à droite. Il connaît sa droite et sa gauche sur lui, sur les objets et sur autrui. Il y a un bon relâchement du tonus.

**Capacités visuo-spatiales: Figure de Rey:** le passage à des tâches sur feuilles provoque une grande anxiété chez Anaël qui se met dans un état d'énerverment et de stress important. Il réclame sa mère et se braque. Il acceptera tout de même de réaliser le test.

**Copie: Temps= 3'10** (entre rang percentile 10 et 25)

**DS=-4.8**

Anaël est droitier et sa tenue du crayon est correcte (prise tripodale). Les traits ne sont pas fluides, saccadés, brusques et les arrêts ne sont pas nets. Anaël montre beaucoup d'impulsivité motrice dans ses gestes; il veut faire vite, ne prend pas assez le temps d'observer la figure et donc fait des allers retours incessants au modèle, ce qui l'énerve et se traduit par une hyperexcitabilité. On observe des persévérations sur certains tracés. Le type de copie de figure correspond au type 4: juxtaposition de détails. Anaël ne voit pas le rectangle principal. La perception des éléments géométriques entre eux n'est pas acquise. Les proportions des différents éléments ne sont pas respectées. On sent qu'Anaël veut terminer l'épreuve rapidement car celle-ci lui est coûteuse en termes de concentration. Il refuse d'ailleurs de réaliser la deuxième partie de l'épreuve testant la mémoire.

##### **Planification: Tour de Londres:**

**Score Anderson= +0.4DS**

**Score Krikorian=-1.9DS**

Cette épreuve est marquée par beaucoup d'énerverment chez Anaël. Au départ amusé et impatient de commencer l'épreuve (difficultés à attendre la fin des consignes), la complexité de l'épreuve l'agace et il semble se mettre une pression importante de réussite. Ses réactions sont excessives et impulsives et je suis obligée de reposer sans cesse un cadre. Je note également une hyperdistractibilité aux interférences (bruits dans la cour, voitures,...). Le score Anderson prend en compte les temps de résolution pour chaque item. Anaël est donc tout à fait dans la norme attendue pour son âge. Toutefois, le score Krikorian traduit un nombre important d'erreurs. Celles-ci sont dues à une précipitation de sa part dans ses manipulations (temps de réaction très courts). Cette impulsivité vient entraver la mise en place d'une stratégie de planification.

### Attention sélective → Stroop:

- Score 1= -1.1DS                      Score Erreurs 1= -1.3 DS
- Score 2= -0.8 DS                      Score Erreurs 2= 0 DS
- Score 3= -1.8 DS                      Score Erreurs 3= -0.7 DS
- Score 4= -1.3DS                      Score Erreurs 4= -0.6DS
- Score interférence= -1.8 DS

Anael est stressé par cette épreuve: il montre une agitation importante, de l'énerverment et la lecture est réalisée avec une voix forte. On sent une volonté de bien faire de sa part; il fait un effort pour se concentrer et ralentir son agitation en ralentissant sa lecture pour ne pas faire d'erreurs (ce sont principalement des hésitations). L'attention sélective est tout de même compliquée pour lui et le score d'interférence indique qu'il a des difficultés à inhiber des distracteurs.

### Attention soutenue → D2:

- **Indice de performance quantitative: GZ (RP) = 8.1**
- **Indice de performance qualitative: F% (RP)= 15.9**
- **Performance globale: GZ-F (RP)= 3.5**

Lors de cette épreuve, Anael se précipite. On observe une pression importante sur le crayon et verbalise qu'il est stressé. Les résultats attestent que l'attention soutenue est fortement déficitaire chez Anael. Il obtient un profil "pas attentif & pas concentré". Cette épreuve est très désagréable pour lui et lui demande des efforts de concentration qu'il n'est actuellement pas en capacité de fournir.

### Motricité globale → Lincoln-Oseretsky :

- **Facteur 1 - Contrôle Précision: 4/8 --> 50% de réussite**
- **Facteur 2 - Coordination globale: 7/7 --> 100% de réussite**
- **Facteur 3 - Coordination main/poignet: 3/3 --> 100% de réussite**
- **Facteur 4 - Vitesse mouvements poignet/doigts: 3/7 --> 43% de réussite**
- **Facteur 5 - Équilibre statique: 3/4 --> 75% de réussite**
- **Facteur 8 - Motricité manuelle: 3/3 --> 100% de réussite**

Anael est globalement performant dans les capacités motrices. Cependant il présente des difficultés dans les tâches de contrôle et précision et dans les items de vitesse poignets/doigts. Celles-ci peuvent être rattachées à l'agitation et l'impulsivité d'Anael qui se précipite dans la réalisation. De plus, le facteur "chronomètre" est à prendre en compte, car il est sensible au temps

et à ses performances.

**Écriture → BHK:**

**Vitesse = + 0.7 DS                      Qualité = -0.4 DS**

Il n'est pas repéré de dysgraphie.

**Impulsivité → Appariement d'images:**

- Temps de 1ere réponse = -0.3DS    - Temps total = -0.3DS
- Nombre de réussites = -1.7DS       - Nombre d'erreurs = -2.8DS
- Index d'exactitude = 0DS           - Index d'impulsivité = -1.8DS

Anael fait beaucoup d'erreurs car il ne prend pas le temps d'observer les images et donne des réponses au plus vite. Il trouve cette épreuve compliquée et s'agite fortement sur sa chaise. L'impulsivité est donc massive chez lui .

**Conclusion:** Anael est un garçon souriant et agréable. Il se montre volontaire pour l'ensemble du bilan psychomoteur mais la majorité des épreuves sont marquées par une anxiété de performances et un stress important qui se traduisent par une agitation motrice, une tension musculaire, de l'énerverment et un refus de poursuivre l'épreuve. On note beaucoup d'autodévalorisations de sa part. Il a besoin de renforcements et de toute l'attention de l'adulte. Ses difficultés principales résident dans une instabilité motrice et cognitive, une impulsivité marquée qui entravent l'utilisation adaptée de ses capacités (planification, raisonnement,...). Cette forte agitation engendre un état tonique important; Anael ne semble pas avoir conscience des limites de son corps et se met en danger. Un trouble visuo-spatial est également repéré. Anael a de bonnes capacités motrices et se sert d'ailleurs de ce canal pour relâcher toutes ses tensions internes. En situation duelle avec un adulte, les troubles du comportement ne sont pas majeurs.

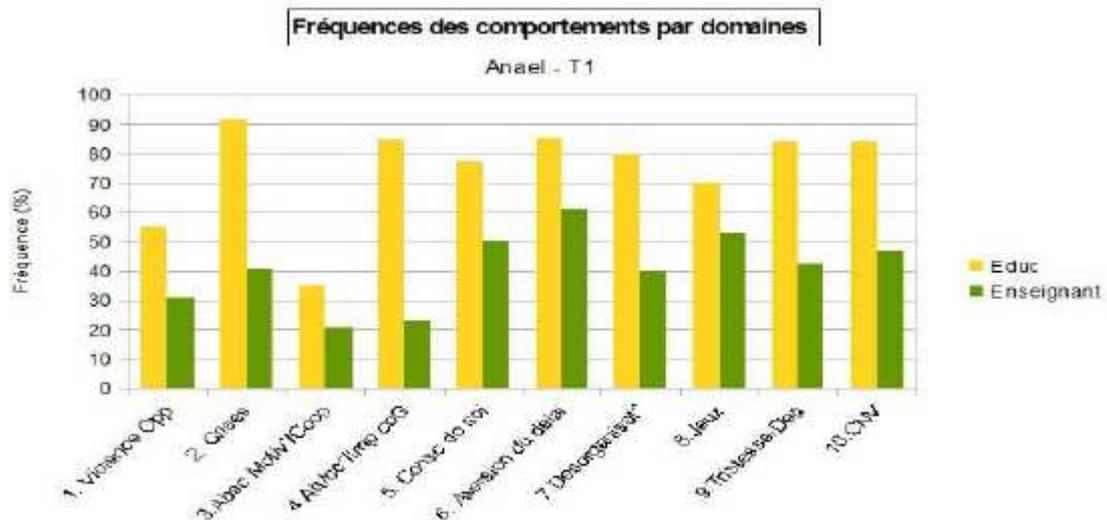
**b. Le protocole**

**i. Évaluation T1 – Décembre 2013**

Tous les professionnels de l'ITEP s'accordent sur le fait que l'impulsivité est majeure chez Anael. Elle est manifeste à l'école, dans la vie quotidienne, en salle de psychomotricité. Ainsi, en accord avec les axes de travail d'Anael, je lui ai proposé et expliqué le protocole. Ce qu'il a accepté volontiers.

## Grille d'évaluation

Scores: Educateur: 356/ 485 Enseignant: 199/ 485



Cette grille nous montre l'important décalage des comportements d'Anael en fonction de la situation: les comportements oppositionnels, violents, impulsifs sont démultipliés sur le groupe. Les crises semblent très fréquentes et entraînent une mise en danger. L'éducateur note que les communications non verbales ne sont pas toujours adaptées à la situation. En classe, il arrive davantage à canaliser son énergie, mais reste cependant facilement distrait notamment par ses pairs. L'attente est difficile pour Anael; il coupe la parole, n'attend pas son tour, s'agite,... Ce garçon n'est pas opposant aux règles mais provoque et alimente le conflit avec ses pairs.

## Tests

TEACH Mondes contraires: Z = 27s -> 30 % cumulés AA = 32s -> 35 % cumulés

Lors de la passation du test, Anael se précipite et persiste dans ses erreurs. La flexibilité cognitive est déficitaire.

TEACH Petits Hommes Verts: I = 5 -> 34% cumulés J = 124 K = 18 L = 6,9 -> 5% cumulés

La mémoire de travail est très déficitaire chez Anael, qui montre beaucoup d'agitation.

LABY 5-12: IGE = -2,8 DS      II = -1,1 DS      IAD = -3,7 DS.

L'impulsivité est massive chez Anael: il n'arrive pas à contrôler ses geste et persiste dans l'erreur.

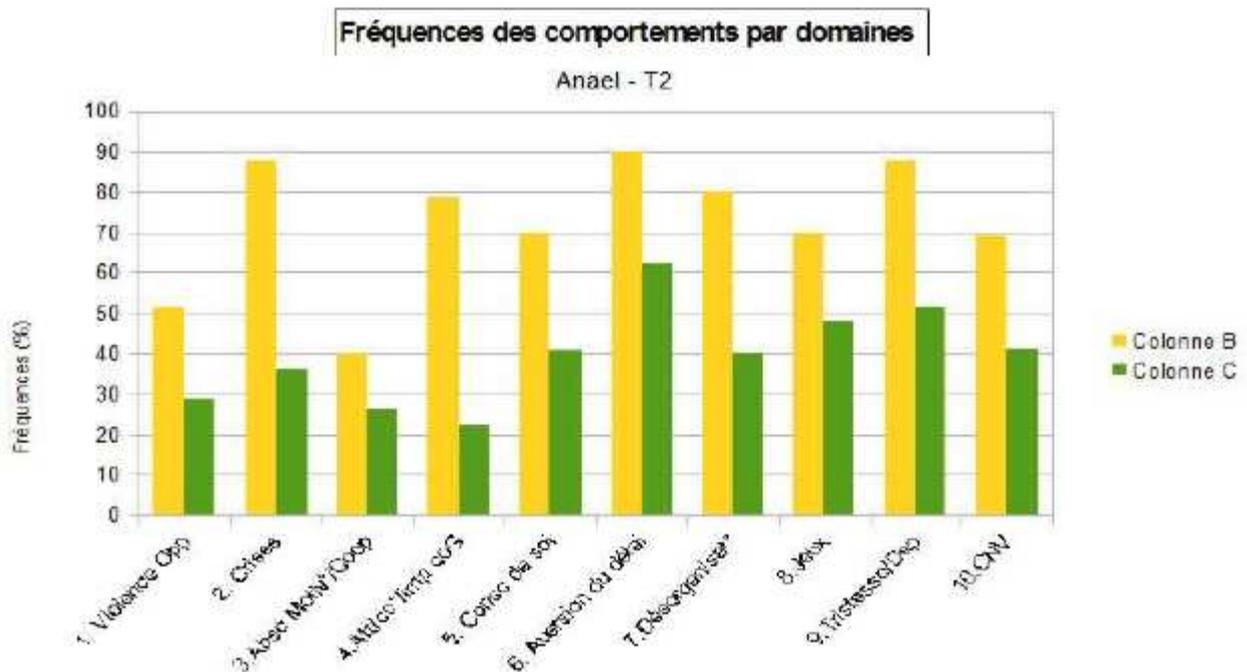
ii. Protocole A: Impulsivité sociale

Les séances axées sur les habiletés sociales, ont été de mon côté, relativement déstabilisantes. La première séance, sur la reconnaissance des émotions, a appuyé les difficultés remarquées par l'éducateur et l'enseignant, dans le maniement des communications non verbales: l'expression et la réception sont très compliquées. Nous avons donc insisté sur un travail de mimiques. En effet, Anael a très vite compris le but de ce travail et ce que nous, adultes, attendions comme "bonnes réponses". Ainsi, dans les différentes mises en situation, Anael jouait l'enfant modèle qui s'excuse, appelle l'éducateur plutôt que de se battre,... Attitude qui, en contexte de groupe, ne s'observe pas spontanément.

iii. Évaluation T2 – Février 2014

Grille d'évaluation

<b>Scores:</b>	<b>Educateur: 336/ 485</b>	<b>Enseignant: 192/ 485</b>
----------------	----------------------------	-----------------------------



Les variations de la fréquence des comportements suivent le profil en fonction de l'éducateur et de l'enseignant: les crises d'Anael sont moins violentes et il semble mieux reconnaître ses difficultés.

Les problèmes de communications non verbales ont légèrement diminuées. Toutefois, l'aversion du délai est encore plus marquée et de la tristesse se fait ressentir chez lui sur le groupe et en classe.

### Tests

} **TEACH Mondes contraires:** Z = 19s -> 90 % cumulés AA = 30s -> 50 % cumulés

Anael a énormément progressé dans cette mesure du contrôle mental et de la flexibilité cognitive.

} **TEACH Petits Hommes Verts:** I = 6 -> 62% cumulés      J = 124    K = 20 L = 6,2 -> 10% cumulés

Ces résultats montrent une légère amélioration de la concentration et de la qualité du contrôle attentionnel. Au niveau de son attitude générale, je remarque également diminution marquée de l'agitation et de l'anxiété liée à ses propres performances.

} **LABY 5-12:** IGE = -2,5 DS                      II = -2,5 DS                      IAD = -2 DS.

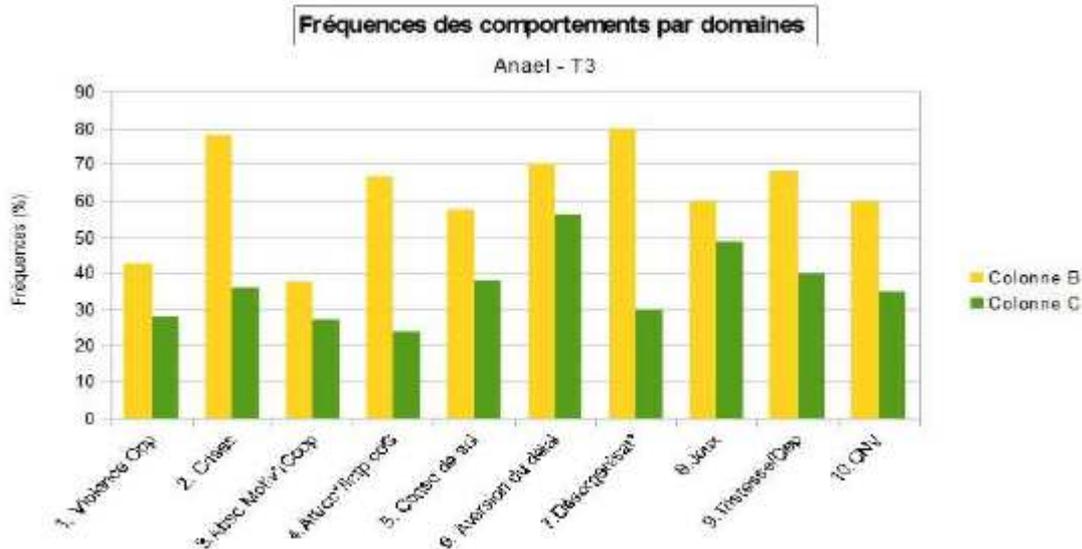
Bien que l'impulsivité soit encore marquée chez Anael, celui-ci a fait des progrès dans la capacité d'inhibition.

#### iv. Protocole B: Impulsivité motrice et cognitive

Ces quatre séances ont semblé être très profitables pour Anael dont la progression du contrôle attentionnel et de l'inhibition a été constante. Dans l'exercice du tracé, Anael est lors de la première séance très distrait quand on lui parle; la double tâche est difficile pour lui et relève systématiquement la tête pour répondre. Mais au fur et à mesure des séances, il maintient son attention sur son tracé et arrive à répondre en parallèle brièvement aux questions. Pour le jeu du Rush Hour, il montre dans un premier temps beaucoup d'impulsivité et de manipulations. Les consignes imposées au fur et à mesure, l'oblige à prendre un temps de réflexion et Anael semble se saisir de cette nouvelle stratégie. Je ressens toutefois une certaine anxiété de réussite: lorsqu'il ne trouve pas tout de suite la solution, s'agace, se dévalorise et manipule de nouveau beaucoup les voitures. Enfin, l'impulsivité dans le jeu de cartes est relativement gérée dès la première séance. L'interférence aux nouvelle consigne le déstabilise légèrement dans un premier temps, mais Anael arrive à être rapide et performant.

} Grille d'évaluation

Scores:	Educateur: 286/ 485	Enseignant: 176/ 485
---------	---------------------	----------------------



Les observations des professionnels montrent que l'ensemble des comportements impulsifs et perturbateurs se sont légèrement atténués ou stabilisés. L'attente reste toutefois très difficile pour Anael, notamment sur le groupe. Son agitation motrice perturbe moins son entourage (observation également relevée en séance de psychomotricité).

} Tests

} **TEACH Mondes contraires:** Z = 23s -> 65 % cumulés AA = 26s -> 75% cumulés

Anael a encore davantage progressé lors de cette évaluation. D'un point de vue clinique, il est également moins agité, moins anxieux et ainsi plus disponible pour réaliser les tests qu'au début de l'année.

} **TEACH Petits Hommes Verts:** I = 6 -> 62% cumulés J = 85 K = 24 L = 3,2 -> 75% cumulés

De même que pour les mondes contraires, Anael est plus à l'aise et plus concentré sur la tâche.

} **LABY 5-12:** IGE = -0,6 DS II = -1,3 DS IAD = 0 DS

Ces résultats montrent que l'impulsivité cognitive s'est énormément atténuée au fil des séances; il semble s'être saisi des outils mis à sa disposition, notamment ceux apportés par le protocole B.

→ Les graphiques synthétisant les trois évaluations des comportements d'Anael, sont présentés

*en annexe n°10.*

Observation partagée par l'ensemble des professionnels, Anael s'est saisi depuis sa rentrée à l'ITEP, de tous les outils mis en place pour l'aider dans sa réussite. Les principales améliorations concernent son agitation motrice, la concentration, l'attention et la prise de conscience de soi. L'anxiété, non mesurée ici mais observée par les différents professionnels, est fortement diminuée. Celle-ci peut d'ailleurs être mise en lien avec des manifestations impulsives.

Je viens de vous présenter le déroulement du protocole A-B pour les trois protagonistes ayant accepté l'aventure. Nous allons maintenant détailler l'analyse globale des résultats et ses difficultés de généralisation.

---

## **II. ANALYSES GLOBALES DES RÉSULTATS**

Pour permettre d'objectiver les observations cliniques de l'évolution comportementale de chaque enfant et ainsi répondre à nos hypothèses, nous nous sommes basées sur les moyennes des notes (globales ou par domaines) des grilles aux différentes évaluations. Nous en avons ainsi dégagé des pourcentages d'évolution. L'ensemble des chiffres présentés, n'ont pas de réelles valeurs en tant que telles. Ils représentent seulement un indice du profil d'évolution des comportements de chaque enfant à la suite des deux types de protocole et, ce que nous aborderons dans la discussion, à la suite des prises en charge multidisciplinaires.

### **1. Effets du protocole A**

Les 4 séances de ce protocole ont été construites dans l'optique d'abaisser les comportements perturbateurs et impulsifs des enfants. Les grilles d'observation sont donc les bases de mesures de ces comportements. Elles concernent les évaluations T2 et T3 des quatre enfants suivis par Maud et les évaluations T1 et T2 des trois enfants que j'ai moi-même pris en charge. Les effets du protocole sur l'impulsivité sociale vont ainsi être mesurés selon:

- l'évolution des pourcentages des notes totales de la grille d'évaluation par enfant
  - l'évolution des pourcentages des notes par domaines de la grille d'évaluation par enfant

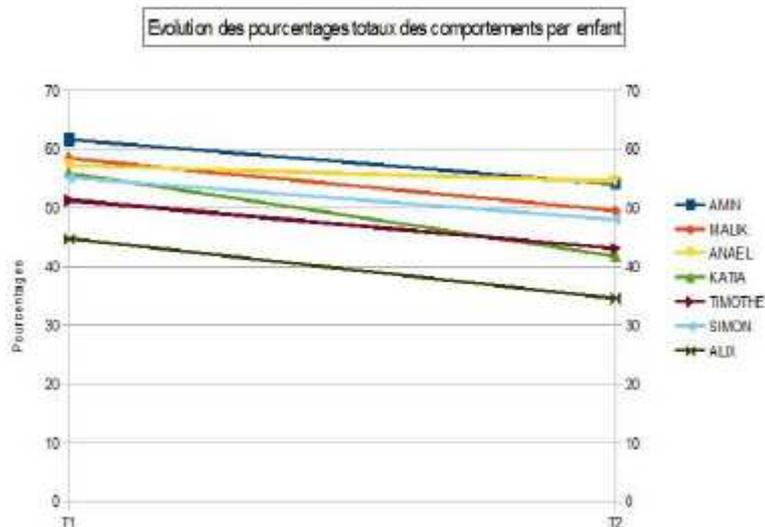
### a. Notes globales

Les pourcentages moyens d'évolution des comportements perturbateurs avant et après le protocole A, sont présentés en Annexe n°7.

Ces résultats totaux vont permettre, pour chaque enfant, d'avoir une image globale de l'évolution de ses comportements avant et après le protocole A.

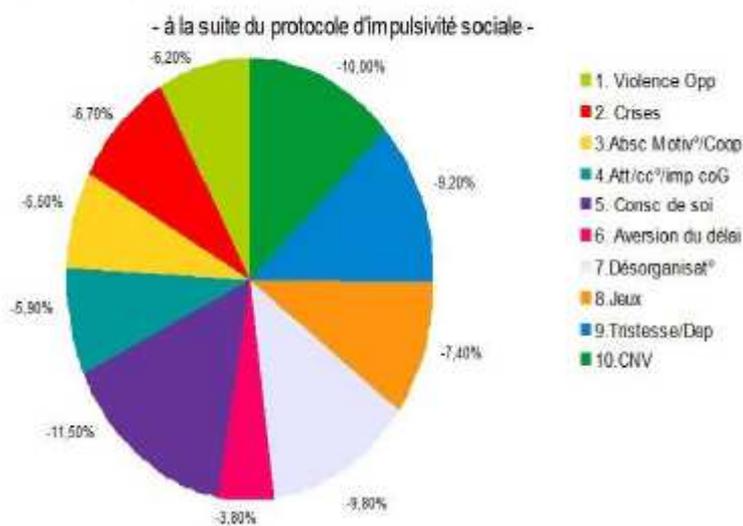
→ Le pourcentage moyen d'évolution des comportements est de: -8,1%

Nous constatons ainsi que les moyennes globales d'évolution des comportements impulsifs et perturbateurs, tendent à baisser pour l'ensemble des enfants. Pour plus de précision, nous allons reprendre ces évolutions par domaines comportementaux.



### b. Notes par domaines

Moyennes des pourcentages d'évolution des comportements par domaine



Les mêmes types de calculs ont été réalisés par domaines.

On remarque d'après ces résultats, que les *communications non verbales*, la *conscience de soi* et les *comportements de tristesse*, sont les trois domaines dont l'évolution est la plus significative à la suite du protocole sur l'impulsivité sociale, domaines fortement liés aux émotions et aux ressentis personnels.

## 2. Synthèse des effets du protocole B

L'analyse des résultats du protocole B, ont montré que 6 enfants sur les 7 présentent une baisse des comportements impulsifs et perturbateurs à la suite de ce protocole sur l'impulsivité motrice et cognitive. L'interprétation des tests (Laby 5-12 et Teach), atteste que pour ces enfants, l'impulsivité motrice et cognitive sur ces tâches avait bien diminué. L'analyse par domaine apporte une précision supplémentaire sur les effets de cette prise en charge: celle-ci semble sensibiliser

particulièrement l'amélioration des comportements se rattachant aux domaines de l'attention/concentration, de l'aversion du délai et de la désorganisation.

### 3. Analyse croisée des protocoles A et B

→ En T3, on observe une amélioration des comportements pour 6 des 7 enfants ayant participé à A-B ou B-A, et ce, de manière plus significative qu'à la suite d'un seul des deux protocoles. Ces résultats sont toutefois à prendre avec de grandes précautions; en effet, le nombre d'enfants est très faible. Ceux-ci présentent des profils et des parcours très différents. Ainsi, présenter les moyennes obtenues afin d'établir l'ordre de prises en charge qui aurait montré le plus de résultats, ne nous a pas semblé très percutant quant aux nombreux biais de l'étude; biais concernant la pertinence de la grille d'évaluation, la subjectivité de l'évaluateur, les différences interindividuelles,...

Il me paraît plus judicieux de considérer les résultats du protocole dans leur ensemble. Nous venons de voir que les domaines améliorés par ces deux types de prise en charge, semblent différents mais aussi complémentaires. La prise en charge globale de l'impulsivité semble donc **pertinente et nécessaire..**

Cependant, même si d'un premier abord, ces enfants aux troubles du comportement, présentent un même profil, il est important de préciser les véritables caractéristiques personnelles de leurs troubles impulsifs: repérer où ils s'expriment, leurs moyens de compensation, leur développement, leurs principales répercussions et surtout leurs interactions avec d'autres troubles. Je pense, que c'est seulement à l'issue de ces observations, que le psychomotricien peut orienter une prise en charge spécifique de l'impulsivité d'un enfant.

## **III. DISCUSSION**

Un des axes de travail du psychomotricien est d'agir sur tout comportement ou déficit mettant à mal une acquisition spécifique. Dans cette perspective, le professionnel trouve toute sa place dans la prise en charge des troubles entravant l'adaptation sociale d'un enfant. Dans la première partie de cette discussion, je reprendrai mes propres hypothèses de départ, leur évolution au fil de l'année et les difficultés que j'ai rencontrées dans la mise en place du protocole sur l'impulsivité sociale. Puis dans un second temps, j'aborderai les points essentiels retirés de cette expérience protocolaire.

Nous venons de présenter l'analyse des résultats du protocole A, basé sur l'impulsivité sociale. Celle-ci montre, pour l'ensemble des enfants ayant participé, une diminution relative de leurs comportements perturbateurs. Ce constat vient appuyer mon hypothèse de départ qui

stipulait qu'un travail axé sur l'impulsivité pourrait permettre d'améliorer la prise de conscience de soi, de stimuler un délai de réflexion, la prise d'information et ainsi permettre un ajustement plus adapté de l'enfant dans une situation donnée.

Il est cependant important d'apprécier ces améliorations dans un cadre plus général de prises en charge pluridisciplinaires, qui dynamisent un projet personnalisé d'accompagnement. Lors de mon stage, j'ai pu découvrir dans le cadre des réunions de synthèse, que le psychomotricien est l'un des maillons d'une chaîne; une chaîne formée par les actions combinées de plusieurs professionnels qui, avec leurs spécificités et technicités, tentent d'apporter à l'enfant des outils pour se construire en tant qu'individu. Mais il ne faut pas oublier que l'acteur principal, celui qui va permettre l'accordage de cette chaîne et de sa réussite, est l'enfant lui-même.

#### *Difficultés, remises en questions, améliorations:*

Entre la théorie et la pratique, il y a parfois un fossé. Imaginer un protocole, le construire et le planifier est une chose, le mettre en place avec des enfants est une autre étape. J'ai beaucoup observé et appris de ces séances axées sur les habiletés sociales, notamment par l'intermédiaire des remises en question et des difficultés rencontrées.

Tout d'abord, il y a la réalité du "terrain". Et la réalité d'un ITEP, c'est beaucoup de mouvements et beaucoup d'imprévus! Il faut donc en séance s'adapter sans cesse à ces enfants dont le contexte de vie est souvent fragile et instable. Dès lors, travailler des habiletés sociales est une tâche délicate: il faut tout d'abord s'assurer de la volonté et de la motivation personnelle de chaque enfant à investir cette prise en charge. C'est également réussir à proposer de nouveaux schémas cognitifs, initialement très restreints et enfermés dans des processus de violence et d'opposition. Cette notion de "proposition" de résolutions de problèmes sociaux m'a amené à une réflexion. Dans ce type de rééducation, il y a deux acteurs: le thérapeute et l'enfant. Certes, la prise en charge de ce dernier, fait suite à un constat déficitaire des habiletés travaillées. Mais en quoi les projections et le vécu du thérapeute constitueraient une norme à laquelle l'enfant doit se référer? Il me semble donc important pour le professionnel, de réfléchir préalablement à ces caractéristiques et à la manière dont il va présenter le travail pour être le plus objectif possible. Le terrain, c'est aussi la complexité d'un manque d'écologie de la séance. J'ai en effet constaté, que la faculté d'imaginer et de se représenter une situation notamment de groupe, est relativement difficile. Aussi, mettre en place une généralisation des habiletés dans un contexte où, la majorité des pairs présentent également ces mêmes difficultés, est assurément délicat. Notre protocole articulé sur quatre séances n'a peut-être pas été suffisant pour établir une généralité des acquis sociaux.

Mon hypothèse initiale isolait la compétence de l'impulsivité. Pourtant, il existe une très forte intrication et interaction des compétences entre elles. Par exemple, l'impulsivité peut entraver,

de par un délai court de réflexion, le choix d'une solution adaptée face à une situation. Toutefois celle-ci est également permise par des capacités d'imagination, de concentration, de planification. Le travail du psychomotricien est alors d'essayer de comprendre la dynamique de ces interactions.

Obtenir des réponses à nos questions, c'est ce que nous souhaitons au début de l'année. Mais au fil des mois, en fonction de la réalité du travail, des rencontres, des échanges, des difficultés mais aussi par la prise de recul, nous nous sommes rendues compte que la mise en place et l'interprétation d'un protocole de travail, ne sont pas aussi faciles et catégorielles que nous pouvions l'imaginer en septembre. Tout d'abord nous avons fait le choix de distinguer les formes de l'impulsivité à savoir une impulsivité motrice, cognitive et sociale. Mais à l'issue de ce travail, je prends davantage conscience de l'intrication de ces trois facettes. On ne peut pas dissocier ce symptôme dans une prise en charge: un acte **socialement** inadapté est souvent induit par une défaillance **cognitive** et s'exprime dans le geste **moteur**. De plus celle-ci peut découler de raisons et de situations multiples comme par exemple l'expression d'émotions telle que la peur, l'anxiété ou la colère.

*Et si c'était à refaire?*

Si c'était à refaire, je prendrai davantage le temps d'observer et de spécifier les axes de travail. De par ces difficultés rencontrées sur le terrain, j'ai compris que, même si les profils observés en ITEP sont visuellement semblables, préciser une prise en charge de l'impulsivité spécifique à l'enfant est indispensable pour le psychomotricien; professionnel qui trouve toute sa place dans la chaîne multidisciplinaire visant l'amélioration des comportements et l'adaptation de l'enfant afin qu'il se développe et s'épanouisse au mieux dans son environnement. Face aux difficultés relationnelles des enfants aux troubles du comportement, il me paraît alors très intéressant de travailler les habiletés sociales et notamment en groupe afin de stimuler la dynamique des séances et de rendre concrètes et écologiques des situations données.

## **CONCLUSION**

Au fil de ces quelques mois, j'ai découvert la dure réalité mais aussi la grande richesse des ITEP. Crier, taper, insulter; c'est le quotidien de ces enfants qui survivent selon leur loi, celle du plus fort et qui semble d'ailleurs s'imposer naturellement entre eux. Elle établit sa hiérarchie, instaure ses règles, impose ses rôles. Et dans un tel système, il est difficile pour ces enfants "terribles" de manier des habiletés sociales déjà fragiles. Alors ils crient, ils tapent, ils insultent encore plus fort.

Face à ces constats, j'ai parfois douté de ces institutions et je me suis questionnée sur la perversité de l'effet de groupe.

Et puis, il y a ces moments, au détour par exemple d'un tournoi de rugby, où, de manière inattendue, on observe avec bonheur un élan de solidarité et de coopération entre ces enfants. Alors on reprend confiance. On se dit que tout le travail réalisé par les professionnels et surtout par les enfants eux-mêmes, commencent à porter leurs fruits et que, même s'il est difficile à appréhender pour ces enfants, l'implication dans un groupe est fondamentale pour établir toute relation sociale. Croire en la potentialité de chaque enfant et leur donner l'opportunité de développer des habiletés pro-sociales et coopératives au dépend du fonctionnement individualiste et violent dans lequel ils tentent actuellement de survivre, est pour eux essentiel.

---

*Et quelques mois plus tard, je repars de cette cour. Oui, je vois et j'entends toujours des coups et des cris. Mais par tous les échanges et partages avec les différents professionnels et avec eux, je vois surtout la richesse et la potentialité des sourires de chaque enfant..*

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Askénazy, F. (2002). Vers une psychobiologie dimensionnelle des conduites à risque de l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 50(6), 480-484.
- Barkley, R.A. (1997) Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 1, 65-94.
- Bilieux, J. (2012). Impulsivité et psychopathologie: une approche transdiagnostique. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 17, 42-65.
- Boivin, M. Hertzman, C. Barr, R. (2012). Le développement des jeunes enfants. Groupe d'experts de la société royale du Canada et de l'Académie canadienne des sciences de la santé.
- Chalfoun, C. (2009). Traitement de l'information sociale en contexte d'interactions hypothétiques avec des pairs: différences sexuelles et comportementales pour des enfants de 6-8 ans.
- Cohen, D. (2008). Vers un modèle développemental d'épigenèse probabiliste du trouble des conduites et des troubles externalisés de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 56(4), 237-244.
- Collective, E. (2005). Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. *INSERM, Paris*.
- Corraze, J. (1997). De la sociobiologie à la pathologie ou de l'agression à la violence. *Evolutions Psychomotrices*. 9, 37, 115-125
- Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques. Journal Officiel du 8 janvier 2005.
- Dodge, K.A., & Crick, N.R. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.

- Dupont, H. (2002). *Evaluation dimensionnelle de l'impulsivité dans le trouble obsessionnel-compulsif*. (Doctoral dissertation, Lyon 2).
- Goldstein, A. P., & McGinnis, E. (1997). *Skillstreaming the adolescent: New strategies and perspectives for teaching prosocial skills*. (Vol. 1). Research Press.
- Gomez, J. M., & Van Der Linden, M. (2009). Impulsivité et difficultés de régulation émotionnelle et de gestion des relations sociales chez l'enfant et l'adolescent. *Développements*. (2), 27-34.
- Gosselin, P. (1995). Le développement de la reconnaissance de l'expression faciale des émotions chez l'enfant. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 27, 107-119.
- Lewis, M., Haviland-Jones, J. M., & Barrett, L. F. (Eds.). (2010). *Handbook of emotions*. Guilford Press.
- Liberman, R. P., & Martin, T. (1988). Social skills training. *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*, 147-198.
- Marquet-doléac, J., Soppelsa, R., & Albaret, J. M. (2006). Validation d'un protocole d'apprentissage de l'inhibition sur une population d'enfants avec Trouble de l'Attention/Hyperactivité. *Entretiens de Psychomotricité*, 90-99.
- Matthys, W., & John, E. (2011). *Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Children*. John Wiley & Sons.
- Pakaslahti, L. (2000). Children's and adolescents' aggressive behavior in context: The development and application of aggressive problem-solving strategies. *Aggression and Violent Behavior*, 5(5), 467-490.
- Rebelle, S., & Lapasset, J. A. (1995). Psychomotricité et entraînement aux habiletés sociales. *Évolutions psychomotrices*. (29), 37-44.
- Schneider B.H., Normand, S., Allès-jardel, M., Provost M-A., George M., Tarabulsy, L.. (2009). Conduites agressives chez l'enfant, perspectives développementales et psychosociales. (Vol. 12). (pp. 24-35).

- Seron X. (1978). Analyse neuropsychologique des lésions préfrontales chez l'Homme. *L'année psychologique*. 78 (1), 183-202.
- Soppelsa, R. (2007). Rôle des communications non verbales dans l'agressivité de l'enfant : gestion des comportements de mise en combat. *Entretiens de Psychomotricité*.
- Tarabulsy, G. M. (2012). *Développement social et émotionnel chez l'enfant et l'adolescent: Applications pratiques et cliniques/sous la direction de George M. Tarabulsy...[et al.]* (Vol.2).
- Van Der Linden, M., Grazia, C. (2008). *Traité de psychopathologie cognitive: Tome II – Etats psychopathologiques*. (pp, 427 à 437).

---

# ANNEXES

---

## Grille d'observation adressée aux éducateurs et enseignants

Points	0	1	2	3	4	5
A des réactions excessives face à des problèmes mineurs						
Ne démarre pas seul une activité						
Laisse la salle en désordre						
S'oppose et a des difficultés à accepter un avis extérieur pour la résolution d'un problème						
Est contrarié par des situations nouvelles						
A des excès de colère explosifs						
Attend qu'on lui dise de commencer une tâche même s'il est d'accord pour la faire						
Le changement de projet le contrarie beaucoup						
A des difficultés à trouver des idées pour jouer ou occuper son temps libre						
S'oppose au changement de routines, d'alimentation, de lieu, d'éducateurs...						
Change d'humeur souvent						
N'a pas conscience de la manière dont son comportement affecte ou dérange les autres						
A des excès de colère pour des raisons anodines						
Se sent dépassé quand il y a beaucoup de choses à faire						
Coupe la parole aux autres						
Parle beaucoup						
A du mal à discerner ses points forts et ses points faibles						
Ne réfléchit pas avant d'agir						
Parle au mauvais moment						
Perd souvent ses affaires personnelles						
Ne termine pas les projets à long terme						
Se mêle à des jeux auquel il n'a pas été invité						
Ne se calme pas spontanément						
Quand l'enfant doit attendre son tour, l'enfant montre son impatience						
Lors d'activités de groupe, impose ses idées						
Se blesse souvent						
Répond improprement quand on le réprimande						
S'empare des objets des autres enfants						
Enfreint les règles élémentaires						
Explose en véritable crise (tape, crie, casse tout)						
S'oppose activement aux règles de l'adulte						
A un comportement agressif, violent voire cruel						
Est extraverti						
Est inconscient de ses difficultés						
Parle beaucoup, peut même couper la parole						
Est susceptible						
Se met en colère, est irritable						
Provoque des dégâts matériels, casse						
Vole						
Ne montre pas de motivation						

Points	0	1	2	3	4	5
A des réactions excessives face à des problèmes mineurs						
Ne démarre pas seul une activité						
Laisse la salle en désordre						
S'oppose et a des difficultés à accepter un avis extérieur pour la résolution d'un problème						
Est contrarié par des situations nouvelles						
A des excès de colère explosifs						
Attend qu'on lui dise de commencer une tâche même s'il est d'accord pour la faire						
Le changement de projet le contrarie beaucoup						
A des difficultés à trouver des idées pour jouer ou occuper son temps libre						
S'oppose au changement de routines, d'alimentation, de lieu, d'éducateurs...						
Change d'humeur souvent						
N'a pas conscience de la manière dont son comportement affecte ou dérange les autres						
A des excès de colère pour des raisons anodines						
Se sent dépassé quand il y a beaucoup de choses à faire						
Coupe la parole aux autres						
Parle beaucoup						
A du mal à discerner ses points forts et ses points faibles						
Ne réfléchit pas avant d'agir						
Parle au mauvais moment						
Perd souvent ses affaires personnelles						
Ne termine pas les projets à long terme						
Se mêle à des jeux auquel il n'a pas été invité						
Ne se calme pas spontanément						
Quand l'enfant doit attendre son tour, l'enfant montre son impatience						
Lors d'activités de groupe, impose ses idées						
Se blesse souvent						
Répond improprement quand on le réprimande						
S'empare des objets des autres enfants						
Enfreint les règles élémentaires						
Explose en véritable crise (tape, crie, casse tout)						
S'oppose activement aux règles de l'adulte						
A un comportement agressif, violent voire cruel						
Est extraverti						
Est inconscient de ses difficultés						
Parle beaucoup, peut même couper la parole						

Points	0	1	2	3	4	5
A des réactions excessives face à des problèmes mineurs						
Ne démarre pas seul une activité						
Laisse la salle en désordre						
S'oppose et a des difficultés à accepter un avis extérieur pour la résolution d'un problème						
Est contrarié par des situations nouvelles						
A des excès de colère explosifs						
Attend qu'on lui dise de commencer une tâche même s'il est d'accord pour la faire						

Points	0	1	2	3	4	5
A des réactions excessives face à des problèmes mineurs						
Ne démarre pas seul une activité						
Laisse la salle en désordre						
S'oppose et a des difficultés à accepter un avis extérieur pour la résolution d'un problème						
Est contrarié par des situations nouvelles						
A des excès de colère explosifs						
Attend qu'on lui dise de commencer une tâche même s'il est d'accord pour la faire						
Le changement de projet le contrarie beaucoup						
A des difficultés à trouver des idées pour jouer ou occuper son temps libre						
S'oppose au changement de routines, d'alimentation, de lieu, d'éducateurs...						
Change d'humeur souvent						
N'a pas conscience de la manière dont son comportement affecte ou dérange les autres						
A des excès de colère pour des raisons anodines						

1. Provocation/ violence/ insolence / non respect des règles élémentaires (injures, mensonges, vols) / Opposition (22) -/110

2. Crises (énervements / colère / changement d'humeur) (12) -/60

3. Absence de motivation – difficultés dans le lancement d'une activité – (8) -/40

4. Attention / achèvement de la tâche / concentration, défaillantes – (21) -/105

5. Difficultés de conscience de soi – (8) -/40

6. Impatience / aversion du délai – (4) -/20

7. Difficulté à s'organiser / perte des affaires personnelles / désordre – (2) -/10

8. Difficultés dans les jeux / imagination (4) -/20

9. Tristesse / dévalorisation / rejet des autres (5) -/25

10. Posture / communications non verbales non adaptées (11) -/55

## PROTOCOLE DE REEDUCATION DES HABILETES SOCIALES

### Déroulement du protocole:

4 séances de 35 minutes environ. Chaque séance traite d'une habileté sociale choisie après une observation clinique des enfants du protocole au sein de l'ITEP.

### Séance 1 : COMPRENDRE LES SENTIMENTS DES AUTRES

Différentes étapes :

- observer l'autre, le ton de sa voix, sa posture, son expression faciale
- écouter ce que la personne est en train de dire et comprendre le contenu
- essayer de comprendre ce que l'autre ressent
- imaginer les différentes façons de montrer à l'autre que vous avez compris ses sentiments
- décider du meilleur comportement à avoir

Mise en situation :

*Cet après-midi, c'est activité sculpture en classe. Sam décide d'offrir la sienne à son meilleur ami pour son anniversaire le lendemain. Mais juste avant de partir en récré, le vent fait tomber sa sculpture qui se casse en mille morceaux.*

Différentes étapes:

- Raconte-moi ce que tu as compris de l'histoire
- A-t-on avis que ressens Sam?
- Qu'est ce qui te fait dire qu'il ressent cette émotion? (mimiques, ton, attitude, discours,...) Quels sont les indices qui te mettent sur cette voie?
- Comment réagiras-tu si tu étais à côté de lui?
- Quelles conséquences ta réaction entraînerait?
- Pourrais-tu imaginer d'autres façons de réagir?
- Quelles en seraient les conséquences?
- Si tu étais à la place de Sam, comment réagiras-tu?
- Quelles seraient les conséquences de ta réaction?
- Comment voudrais-tu que les autres réagissent?
- Pourrais-tu trouver une situation similaire que tu as vécue?
- Travail sur les mimiques:
  - je vais te faire des mimiques et tu vas essayer de trouver quelle émotion je ressens
  - maintenant à toi

## Séance 2 : SELF-CONTROL

Mise en situation :

*Imagine que tu es en train de faire la file à la cafétéria de l'école. Un enfant qui s'appelle Olivier te bouscule. Tu tombes et te fait mal au genou. Quand tu te relèves tu vois qu'Olivier te sourit puis se retourne.*

- Raconte-moi l'histoire
- Pourquoi est-ce que tu penses qu'Olivier t'a poussé ?
- Penses-tu qu'il l'a fait exprès ?
- Comment te sentirais-tu si ça t'arrivait ? Essaie de ressentir ce qui se passe dans ton corps, chaud, tendu agité.
- Comment tu réagirais si ça t'arrivait ?
- Et si tu fais ça que va-t-il se passer ?
- Pense-tu qu'il y aurait d'autres solutions ? (liste des solutions négatives, puis positives)
- Si on te donnait des idées pour réussir à ne pas t'énerver (respiration, animal totem...)
- Peux-tu nous donner des exemples dans la vie de tous les jours où tu pourrais réutiliser ces méthodes ?

Saynète, action de l'enfant, discussion (des observations et des solutions) et généralisation à travers un exemple propre à lui.

## Séance 3 : RESTER EN DEHORS DES CONFLITS

Différentes étapes :

- arrête toi et pense à pourquoi tu veux entrer dans le conflit
- réfléchis à comment la situation va évoluer à long terme ? Quels en seront les résultats ?
- pense aux alternatives à la bagarre par exemple négocier, défendre ses droits, demander de l'aide, rester pacifiste.
- Choisis la meilleure façon de faire évoluer la situation

Mise en situation :

*Tu es tranquillement en train de jouer dans la cours, quand Louis vient te voir et t'accuse d'avoir volé sa casquette. Tu n'y es pour rien. Tu comprends que c'est David qui a commis le vol et t'a fait porter le chapeau !!*

- Qu'est-ce que tu ressens ?
- Comment réagirais-tu ?
- Arrête toi et pense à pourquoi tu veux rentrer dans le conflit ?
- Essaie de comprendre pourquoi Louis est énervé contre toi, et pourquoi David a réagi ainsi.
- Quelles sont les possibilités d'agir et quelles en sont les conséquences pour chacune ?
- Pense aux alternatives à la bagarre. (négocier, défendre ses droits, demander de l'aide, etc)

#### Séance 4: APPRENDRE A NEGOCIER

Mise en situation :

*Imagine que des enfants que tu connais sont en train de jouer au foot. Ils rient et s'amuse beaucoup. Tu aimerais te joindre à eux, tu vas les voir et leur dit je peux jouer avec vous ? Martin un des enfants du groupe te répond « non ».*

- Pourquoi penses-tu que Martin t'a dit non ?
- Comment te sentirais-tu ? Comment réagiras-tu ?
- Quelles seraient les conséquences à long terme si tu réagissais comme ça ?
- Réfléchis à comment tu as formulé ta demande pour jouer avec eux ?
- Mets-toi à la place de Martin et essaie d'imaginer pourquoi il t'a dit non.
- Penses-tu qu'il y aurait d'autres solutions ? (liste des solutions négatives, puis positives) faire appel à la négociation.
- Apprendre les bases de la négociation
  - Affirme ta position et ton ressenti et montre à l'autre que tu as compris la sienne.
  - Utilise le self contrôle (de la séance précédente) pour ne pas t'énerver et rester en dehors du conflit.
  - Propose un compromis qui convient à tout le monde (pour éviter les conflits et situations gênantes).
- La prochaine fois s'il te demande de jouer avec toi que vas-tu répondre ? A ton avis qu'est-ce qu'il ressentirait à son tour ?



## Résumé

---

De par leurs caractères inadaptés, les manifestations impulsives entravent toute l'adaptation de l'enfant présentant des troubles du comportement (trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites, trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité).

Ce mémoire est l'aboutissement de nombreuses réflexions sur le rôle du psychomotricien face à ces comportements inadaptés, sur leurs places dans une prise en charge psychomotrice ainsi que sur les techniques rééducatives existantes. Cette notion d'impulsivité sera abordée dans ses différentes expressions motrices, cognitives et sociales. Cet écrit relate ainsi la mise en place d'un protocole de travail, visant l'amélioration des comportements des enfants par le biais d'un travail sur le versant social des manifestations impulsives.

**Mots clés:** impulsivité, habiletés sociales, trouble du comportement.

## Abstract

---

Impulsive demonstrations, because of their inappropriate character, hinder any adjustment of a child having behaviour disorders (oppositional syndrome with provocation, conduct disorder, attention deficiency syndrome or hyperactivity)

This dissertation is the fruit of numerous reflections on the role of a therapist when confronted with inappropriate behaviours, their part in the psychometric care as well as existing therapy techniques. The notion of impulsiveness will be viewed through its different aspects, motor skills, cognitive and social. This report also deals with the establishment of an experimental procedure aiming at improving children's behaviour through communicational work on impulsive demonstrations

**Keywords:** impulsivity, social skills, behaviour disorder.