

## Traitement spécifique du trouble déficitaire de l'attention à l'adolescence

### Specific treatment of attention deficit disorder at adolescence

Régis SOPPELSA

Psychomotricien (\*)

Frédérique GONZALÈS, Anne TAN HAM

Psychomotriciennes

#### RÉSUMÉ

Le trouble déficitaire de l'attention est une pathologie invalidante qui ne s'achève pas avec l'adolescence. Il se transforme et les symptômes, qui pendant l'enfance étaient premiers, se réduisent et laissent la place à des difficultés spécifiques. Celles-ci étaient bien sûr présentes mais, moins prégnantes, n'entraînaient souvent pas de prise en charge. Cet article envisage les transformations du trouble à l'adolescence et les prises en charge spécifiques que l'on peut mettre en action pour palier aux problèmes qui surviennent à cet âge. La mise en pratique est effectuée dans un institut de rééducation pour adolescent de 12 à 18 ans à partir des travaux de Kendall et de Goldstein adaptés pour la population française et dans le cadre de la rééducation psychomotrice.

**MOTS CLÉS :** trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, adolescence, thérapie psychomotrice

#### SUMMARY

Attention deficit disorder is a disabling pathology that doesn't end at adolescence. It is transformed and the symptoms, that were at the foreground during childhood, lessen and give way to more specific difficulties. Of course, these were already present but, less significant, never led to therapy.

This article looks at the disorder's transformations at adolescence and the specific therapy one can put into motion to palliate the problems that appear at such an age.

The theory is based on Kendall and Goldstein's works, adapted to the french population and is put into practise in a reeducation institute for teenagers, aged 12 to 18, in the frame of a psychomotor reeducation.

**KEY WORDS :** attention deficit/hyperactivity disorder, adolescence, psychomotor therapy



Depuis l'individualisation du trouble, un nombre considérable d'études ont été menées (plus de 7000 articles recensés). Proportionnellement, peu de recherches se sont centrées sur l'adolescence et l'âge adulte. On a tout d'abord considéré que le syndrome hyperkinétique était un trouble spécifique de l'enfance qui disparaissait à l'adolescence. Le concept de retard développemental que soutient Bender (1975) implique l'arrêt de la symptomatologie à la fin des processus de maturation. Ce point de vue a dû être abandonné devant les résultats des études longitudinales menées depuis les années 70. Le pourcentage de trouble déficitaire de l'attention (TDA) dans la population générale évolue sui-

vant les travaux entre 3 et 5% (Barkley 1990). Ce taux est ramené à moins de 3% lors de l'adolescence. Cette baisse du nombre de jeunes souffrant de TDA s'explique par le fait que tous les symptômes déficitaires n'évoluent pas de la même façon. Le DSM III-R (1987) fait état soit d'une disparition de la symptomatologie, soit d'un syndrome réduit à quelques symptômes spécifiques, soit d'une persistance totale de tous les troubles présents durant l'enfance. Abikoff et Gitteman (1985) évaluent à 20-30% le nombre des adolescents qui ont une rémission totale. Il compte respectivement 9% et 31% de troubles résiduels et de syndromes complets. Le trouble résiduel se caractérise par

(\*) Résidence les Pépinières, 17 rue de Venasque, 31400 Toulouse

la disparition de l'hyperactivité et parfois une réduction de l'impulsivité motrice. Les troubles attentionnels et l'impulsivité cognitive sont eux toujours présents. Il faut aussi préciser que plus le milieu fait appel aux fonctions touchées par le syndrome, plus ce dernier s'exprime. L'adolescent puis l'adulte TDA s'arrange toujours pour trouver une niche sociologique où il n'aura pas à affronter les situations déclenchant son instabilité. Plus il avance en âge, plus ce genre de choix est possible. Il existe aussi des différences sexuelles qui amènent à l'adolescence des expressions du trouble spécifiques aux filles. Thorley (1984) fait remarquer que le TDA/H est plus adaptatif chez les filles que chez les garçons ; celles-ci ont plus de difficultés relationnelles avec leurs consœurs mais, bougeant davantage, étant plus vives, elles arrivent à avoir des relations adaptées avec les garçons de leur âge et avec les adultes. Celles qui présentent un TDA sans hyperactivité sont plus sur un versant de retrait, on les qualifie de rêveuses, de tête en l'air. Leur côté silencieux les écarte, la plupart du temps, d'un repérage précoce par les services de soins et leur permet une adaptation toute relative. Il faut aussi prendre en compte la différenciation qui est faite entre le trouble dit situationnel et le trouble invasif. La chance de voir le TDA disparaître à l'adolescence est bien moindre pour les troubles envahissants et l'association avec un trouble des conduites est beaucoup plus fréquente.

### **Caractéristiques générales du TDA/H à l'adolescence**

Malgré les différences notables dans l'évolution du trouble, il existe des caractéristiques générales dans son expression de la mala-

die à l'adolescence. On peut les répartir en 4 groupes principaux de difficultés.

#### **Faible réussite scolaire**

Sur cette question les avis sont partagés. Il semble que pour la population générale des TDA/H le redoublement de 1 à 2 classes pendant la scolarité primaire soit classique (Weiss et coll., 1979). La difficulté vient du fait que si l'on apparie les QI du groupe témoin avec ceux du groupe TDA/H on ne trouve plus alors de différences significatives dans le nombre de redoublements (Mird et coll., 1971). C'est dans la qualité des activités proposées en classe que les TDA/H se différencient. Une des rares difficultés spécifique que rapportent les auteurs serait un moindre réussite en lecture pour les TDA/H (Rappoport et Riddle, 1976). Hélas, leur population n'étant pas appariée, on peut se demander si un biais dû aux différences de QI n'est pas responsable de leurs résultats.

#### **Troubles cognitifs**

Les troubles cognitifs sont les troubles les plus persistants à l'adolescence. Cohen (1972) montre des différences significatives dans la réalisation des tests cognitivo-attentionnels tels que le MFFT, les figures encadrées de Witkin et le Stroop par rapport à une population témoin. Hay et coll. (1978) dégagent des différences de réussite au test d'attention soutenue au LOMDS et au test visuo-moteur de Bender. Toutes ces épreuves tournent autour des concepts d'attention et de contrôle moteur. Il est particulièrement mal aisé de rechercher les causes des difficultés présentées par les TDA/H au niveau cognitif à cause du caractère hétérogène de l'attention.

On se bornera, pour l'heure, à constater que ces déficits persistent à l'adolescence et même à l'âge adulte.

#### **Faible estime de soi**

Le manque d'estime de soi déjà visible dans les classes primaires persiste. Rien de surprenant à cela puisque les expériences passées ont confronté les adolescents TDA/H à leur manque de maîtrise des processus d'apprentissage (Weiss et Trokenberg, 1994). Les adolescents TDA/H ont du mal à maintenir leurs objectifs et ils ont la plupart du temps une absence de projection dans le futur. Ce dernier problème est souvent présent associé à des comportements d'évitement des situations problèmes (situation scolaire, relations avec un groupe structuré). On rencontre parfois une association avec des comportements oppositionnels, bien que cette dernière soit moins fréquente qu'avec les troubles de la conduite.

#### **Difficultés relationnelles**

C'est de loin le trouble le plus invalidant de la période adolescente. L'adolescent TDA/H a des difficultés à communiquer de façon positive avec ses parents, avec les adultes et avec ses pairs (Barkley 1990). Ce problème est exacerbé par l'émergence des comportements déviants classiques durant ces années. Cette situation fait de l'adolescent TDA/H un sujet souffrant dont le suivi devient impératif car le pronostic est mauvais et le rejet social prévisible (Carrol, 1994). Les adolescents TDA/H sont rejetés par leurs pairs de façon très significative contrairement aux adolescents ayant un trouble de la conduite qui peuvent avoir une position privilégiée dans le groupe (Hinshaw, 1987). Cela peut même être utilisé,

comme outil diagnostic, tant est caractéristique ce phénomène. Les filles ont plus de difficultés avec leurs consœurs et sont plus rejetées surtout si elles présentent un type sans hyperactivité. Les garçons ont du mal les sujets de même sexe mais aussi dans leurs relations hétérosexuelles. Ces phénomènes peuvent peut-être s'expliquer par la prépondérance, chez les filles, d'activités et de jeux relationnels et de communication, sphère où les TDA/H sont particulièrement incompetents. Il faut signaler que deux des prédicteurs significatifs d'une mauvaise adaptation sociale à l'âge adulte, présents dans le TDA/H sont la pauvre relation avec les pairs et les problèmes de conduite. Si les problèmes de conduite ont un statut un peu à part dans la description du trouble déficitaire, c'est néanmoins peut être leur présence associée aux difficultés de communication qui est responsable du mauvais pronostic du TDA/H à l'âge adulte (Thorley 1984).

### ***L'adolescent hyperkinétique et le comportement anti-social***

Le rapport entre les deux concepts est complexe (voir Soppelsa, 1995). Si la comorbidité avec le trouble des conduites est évidente elle n'implique pas la superposition des deux notions. Rutter (1988) estime que l'association TDA/H-TC laisse 15,3% de TDA/H pur et 6% de TC pur. De plus la superposition TC et comportement anti-social est elle aussi très partielle. L'adolescence est l'époque de la transgression pour une grande partie de la population. D'après Moffit (1990), sur une population de 100 garçons suivis de 7 à 18 ans, seuls 7% de ceux-ci disent, à 18 ans, n'avoir jamais commis d'acte délictueux. On ne peut donc pas considérer l'acte délictueux

comme signe pathognomonique du TDA adolescent. Il est certain néanmoins que l'adolescent ayant la comorbidité TDA/H et TC est celui qui présente l'un des plus mauvais pronostics. Son repérage ne peut s'envisager qu'au regard d'une anamnèse complète et rigoureuse car si le TC peut se déceler durant l'enfance, il est difficilement repérable à l'adolescence. On considère que l'apparition du symptôme appartenant à la sphère TC avant 8 ans est un signe fort de la présence et de la persistance d'un TC et plus tard d'une personnalité anti-sociale (Moffit, 1990).

### ***Les différentes prises en charge classiques du TDA***

Face au TDA on trouve différents types d'intervention thérapeutiques. L'efficacité des substances médicamenteuses, et particulièrement des psychostimulants, est reconnue. Associée ou non à une action médicamenteuse, il est fréquent de rencontrer la mise en place d'une psychothérapie ayant pour fondement théorique soit la psychanalyse, soit la psychologie cognitivo-comportementale. De cette dernière sont issues différents outils que le psychomotricien peut inclure, organiser et adapter non seulement à toute pratique psychomotrice mais aussi plus spécifiquement face aux symptômes présents chez les sujets porteurs d'un TDA. Il s'agit face à ce trouble de chercher généralement à :

- augmenter progressivement le temps de travail sur une tâche,
- obtenir la focalisation de l'attention le temps de la compréhension des consignes,
- améliorer les tentatives de captage de l'attention en procédant au découpage de l'action à effectuer,
- développer les capacités d'auto-contrôle,

• inhiber l'apparition de certains comportements ou mouvements incompatibles avec la réalisation du travail et la focalisation de l'attention.

Nous pouvons donc dire qu'il existe actuellement une adaptation des techniques cognitivo-comportementales, cette adaptation répondant à 3 impératifs :

- ces méthodes doivent être adaptées au cadre de la rééducation psychomotrice,
- ces méthodes doivent être adaptées afin d'être un moyen d'action sur les symptômes du TDA,
- ces méthodes doivent être adaptées afin de permettre une intervention sur des adolescents.

### ***Les techniques utilisées lors de la prise en charge psychomotrice***

#### ***La fonction pragmatique du langage***

Les recherches sur le développement des processus d'auto-contrôle par la médiation du langage sont redevables aux études de Luria et Vigotsky. Ces études portent sur la manière par laquelle le langage acquiert une fonction "d'auto-régulation" du comportement de l'enfant. Luria, différencie dans le langage, la fonction sémantique ou nominative pour laquelle la parole renvoie à autre chose, donne un sens, de la fonction pragmatique ou directrice où le mot déclenche l'activité et la contrôle. Il fait état de 3 stades de développement du contrôle du mouvement par le langage. Au départ, la direction et le contrôle du mouvement se fait par le langage de l'adulte. C'est le langage qui ordonne, le langage audible. Puis l'enfant règle sa propre action en se donnant des ordres. C'est le langage parlé, égocentrique. Enfin, le langage n'est plus parlé mais caché.

C'est le langage intérieur et auto-directeur.

### ***L'auto-instruction verbale***

Fondée sur ces travaux, et face à la dimension impulsive qui existe dans les réponses motrices et cognitives des sujets porteurs d'un TDA, dérive directement la technique d'entraînement à l'auto-instruction verbale. Meichenbaum et Goodman (1969) décrivent les phases de ce programme d'internalisation du discours comparable à ce qui se passe pour un enfant au cours du développement normal :

Phase 1 : apprentissage par imitation ou par modèle. Le rééducateur exécute la tâche en se parlant à lui-même à haute voix, le sujet observe et écoute.

Phase 2 : le guidage externe. Le sujet exécute la tâche sous la direction verbale du rééducateur.

Phase 3 : l'auto-guidage. Le sujet exécute la tâche seul et se guide à haute voix.

Phase 4 : la voix est réduite à un chuchotement.

Phase 5 : le sujet utilise le langage mental intérieur, c'est l'auto-instruction muette.

Que ce soit pour des activités motrices ou pour des activités perceptives, le langage permet au sujet d'élaborer des stratégies soit de recherches, soit de résolution de problèmes et de focaliser son attention sur la tâche. D'autres instructions verbales extérieures à la nature de la tâche mais pourtant nécessaires à la réalisation de cette dernière sont à prendre en compte. Il s'agit d'auto-instructions permettant au sujet de réguler sa vitesse d'exécution et d'auto-renforcements.

### ***Le "stop, look and listen"***

Les sujets porteurs d'un TDA présentent une difficulté essentielle

qui est l'incapacité à s'arrêter, regarder et écouter (Douglas 1972). Cette constatation a été mise à profit dans la pratique rééducative. Ainsi devant chaque activité le thérapeute donne ces 3 ordres : "Stop! Regarde et écoute" afin que le sujet règle son activité, recherche et analyse tous les paramètres de la tâche nécessaires à sa réalisation. Par la suite cette technique pourra être combinée à celle des auto-instructions verbales, l'adolescent maîtrisant ainsi les comportements parasites (excitation, impulsivité, mouvements désordonnés) qui nuisent à la réalisation de l'exercice.

### ***L'utilisation des renforcements***

#### ***Notion de renforcement***

Le renforcement a pour but de modifier le comportement du sujet selon un processus de conditionnement opérant. Pour Cottraux(1993), le renforcement positif a pour effet d'augmenter la force ou la fréquence du comportement souhaité. C'est aussi selon Bandura (1977), une information et un agent de motivation. C'est cette procédure qui sera utilisée lors d'une rééducation psychomotrice. Les renforçateurs positifs peuvent prendre plusieurs formes. Magerotte (1984) cite les renforçateurs sociaux et les activités intéressantes le sujet. Les premiers ont la particularité d'être faciles à administrer. Ils ne provoquent habituellement pas une interruption du comportement qui est renforcé. De plus ils sont naturels et sont souvent associés à un "feed-back" informatif portant sur le comportement renforcé. Pour Braswell (1984 : cité in Kendall et Braswell, 1985) les phrases d'encouragement telles que "Continuons ce bon travail !" ou "Je peux voir que tu as vraiment essayé avec beaucoup de volonté." ont plus

d'impact, sont associées à plus de réponses positives de la part des sujets que les simples : "C'est correct !" ou "C'est bien !". Avec les activités intéressant le sujet, celles qu'il souhaite faire et qu'il entreprend avec beaucoup de plaisir, on se rapproche du principe de Premack ou de la loi de "bonne-maman". Bien que l'on puisse, d'une certaine façon, considérer ce principe comme une forme de chantage ("Fais ceci et après tu obtiendras cela."), il n'est pas moins vrai que son utilisation s'avère efficace dans certains cas. L'important est d'établir le "contrat" avec le sujet et de le respecter. Magerotte (1984) ajoute, aux deux derniers modes de renforcement, les renforçateurs intermédiaires que le sujet accumule et échange par la suite contre ce qu'il souhaite. Il s'agit là d'une technique nommée contingence des renforcements ou économie de jetons. La mise en place de cette technique comporte quelques impératifs. Il faut s'assurer que le sujet comprend parfaitement l'utilisation des jetons et leur conversion possible en renforçateurs de différentes natures. La cohérence dans la distribution des jetons est nécessaire, et doit se faire dans le respect des conditions spécifiées avec le sujet lors de la mise en place de la technique. De plus les jetons doivent être distribués en quantité adéquate : assez de jetons pour obtenir le résultat souhaité mais sans en donner trop au risque que le sujet arrive à satiété. Il est recommandé d'associer l'économie de jetons à des renforçateurs sociaux, le but étant que seuls ceux-ci subsistent par la suite.

### ***Le retrait d'attention***

Il s'agit d'une procédure visant à faire diminuer voire disparaître un comportement. Le principe est que le fait de ne pas dispenser de renfor-

gement positif après un certain comportement va peu à peu amener la disparition de celui-ci. On pratique donc ce qu'on appelle le retrait d'attention face à tout comportement indésirable, dans la mesure évidemment où celui-ci ne porte pas préjudice à la sécurité du sujet et au déroulement de la séance (comme la destruction de matériel, des comportements agressifs...). Albaret et Corraze (1992) indiquent que l'utilisation des renforcements peut être considérée comme le cadre général de la rééducation psychomotrice d'un TDA. Mais il ne faut jamais perdre de vue le fait que les renforcements ne sont efficaces que s'ils sont positifs, dispensés rapidement après l'exécution de la tâche et de façon continue.

### ***L'entraînement au travail perceptif***

Une des caractéristiques les plus frappantes des enfants porteur du trouble, est leur difficulté à extraire du milieu les éléments pertinent. En cela, on peut dire qu'ils présentent une dépendance pathologique au champ perceptif. Cette défaillance s'inscrit au niveau neuropsychologique par un collage au stimulus saillant et par des mouvements d'exploration oculaires réduits qui tournent toujours autour des même éléments. Associée à cette première difficulté, l'impulsivité se surajoute avec des temps d'observation insuffisants. Pour ces raisons, il semble qu'une éducation de la perception soit primordiale dans la prise en charge du TDA. Les exercices perceptifs forment la base sur laquelle s'applique les autres techniques (auto-instruction, renforcement...). Il existe plusieurs types d'exercice : extractions de détails dans un fond confus, déstructura-

tion, restructurations de modèle, recherches d'incongruités, poursuites visuelles.

### ***La résolution de problèmes impersonnels***

Cette technique appartient à la catégorie des stratégies cognitives qui s'intéressent à la modification des processus de pensées du sujet. Les problèmes de la vie courante peuvent être de natures différentes. Ainsi, on peut distinguer d'une part les problèmes impersonnels, l'exemple le plus classique étant celui du problème de mathématique scolaire, et d'autre part les problèmes interpersonnels liés et inhérents à toute situation de relations sociales. Pour Kendall et Braswell (1985), il n'y a pas de lien, de correspondance, entre le niveau de résolution de problèmes impersonnels et le niveau de résolution de problèmes interpersonnels. Un sujet peut être habile dans un domaine mais chuter dans l'autre. Il semblerait que les structures et les processus cognitifs employés pour l'un ou l'autre de ces domaines ne soient pas les mêmes. Néanmoins, qu'un problème soit matériel ou social, la technique de résolution reste la même, se fonde sur les mêmes principes et étapes.

Pour D'zurilla et Goldfried (1971), la résolution de problèmes est un processus comportemental qui rend valable une variété de réponses potentielles pour faire face à la problématique d'une situation, et qui augmente les probabilités de sélection de la réponse la plus efficace parmi ces différentes alternatives. Des études plus récentes ont, elles, donné une définition du problème. Il s'agirait d'une situation où le sujet doit donner une réponse efficace, mais où un certain nombre de réponses non efficaces sont aussi valables. Si certains individus sem-

blent montrer un déficit dans les habiletés à résoudre un problème, cette technique tente de susciter chez eux, à l'aide d'exercices de plus en plus complexes, une variété de réponses alternatives pour faire face à la situation. Les réponses possibles étant formulées, il faudra ensuite augmenter la probabilité, pour ces individus, de sélectionner la (ou les) plus adaptée(s) à la situation problème.

Mahoney donne les séquences de la résolution :

- spécification du problème,
- collecte des informations et identification des causes,
- recherche et examens des différentes options pouvant répondre au problème,
- rétrécissement du champ des options par élimination progressive de certaines après une étude approfondie de leur conséquences,
- extension, révision ou remplacement de la solution, c'est-à-dire mise en place de la solution et vérification des conséquences de cette dernière.

Quel que soit le problème, chacune de ces étapes est un passage obligé vers la résolution de problèmes. Mais le thérapeute doit tenir compte des difficultés personnelles de chaque individu, difficultés ne se portant pas toujours sur la même étape. Ainsi, certaines personnes ont énormément de mal à générer d'autres solutions que celle qui leur vient immédiatement à l'esprit, d'autres individus éprouvent, eux, beaucoup de difficultés à faire un choix parmi les différentes options... Quand le thérapeute reconnaît quelle étape est la plus délicate pour le sujet, il peut alors approfondir le travail sur celle-ci afin d'améliorer la qualité de la résolution de problème du sujet. L'entraînement à l'auto-instruction verbale (dont nous avons parlé précédemment) tient un grand rôle dans la résolution de problèmes. Grâce à différentes études

relevées par Urbain et Kendall (1980) on a pu constater que des entraînements à la résolution de problèmes de type scolaire utilisant la procédure des auto-instructions verbales ont montré des résultats positifs sur les mesures finales, résultats supérieurs à ceux obtenus lors d'entraînements similaires ne bénéficiant pas de la technique des auto-instructions verbales. Une fois le sujet familiarisé à la tâche, l'auto-instruction lui permet de se guider lors de la réalisation, "entraîner" ses processus cognitifs afin d'obtenir une meilleure habileté à résoudre des problèmes dans des situations multiples. Au bout du compte, on peut parler de succès théorique quand le sujet fait un travail de recherche sur les différentes stratégies, pour considérer toutes les actions, le développement possible de ces actions, leurs conséquences et la prise de décision sur ces options. L'intérêt de la technique porte autant sur la solution finalement choisie que sur le déroulement de l'exercice, les processus permettant de relever les informations pertinentes et la transformation des idées en un programme exécutable. C'est pour cela qu'il faut tenir compte des capacités du sujet, du niveau de ses connaissances, de ses processus d'intégration des informations pour la mise en place du programme. Les informations données par le sujet lors des premiers exercices de résolution de problèmes seront d'une aide précieuse pour le thérapeute dans le sens où elles lui permettront de s'adapter au mieux au niveau de réalisation du sujet.

## **Apprentissage des habiletés sociales**

### **Les techniques**

Alors que les sujets hyper-

kinétiques sont capables de verbaliser des stratégies appropriées en vue de gérer des situations sociales variées lorsqu'on leur soumet un problème verbalement, ils montrent des déficits dans les compétences sociales lorsqu'ils se trouvent réellement en interaction avec d'autres personnes. Ces déficits apparaissent à la fois dans la compréhension des situations interpersonnelles et dans leurs capacités à y répondre par des comportements adaptés (Grenell et coll., 1987). Or il existe un lien étroit entre la compréhension des situations sociales, l'interprétation que le sujet va en faire et les comportements. Meilleure est la compréhension, plus positifs sont les comportements et l'intégration sociale adaptée. Il existe un lien étroit entre les interactions sociales perturbées durant l'enfance et l'adolescence et un mauvais ajustement social ultérieur. C'est pourquoi au-delà de la rééducation visant la disparition des symptômes du TDA, il est important de prendre en considération l'altération des habiletés sociales et de mettre à la disposition des sujets hyperkinétiques un répertoire de réponses et de stratégies appropriées en vue d'améliorer leur fonctionnement social. Pour Ladouceur et coll. (1977) : "L'entraînement aux habiletés sociales vise à implanter des comportements inexistantes ou à faible probabilité d'apparition dans le répertoire de l'individu". Les techniques utilisées en psychomotricité pour l'entraînement aux habiletés sociales ont été inspirées des programmes de restructuration mis en place par Goldstein et coll. (1978) pour des adolescents et de jeunes adultes délinquants ("Structure Learning Therapy"). Cependant certaines de ces techniques comme l'éducation éthique ont été exclues car, bien qu'intéressantes, elles sont hors du champ des compétences du psychomotricien. Comme dans les

apprentissages moteurs, trois principes sous-tendent l'entraînement aux habiletés sociales, à savoir l'imitation, la répétition et la connaissance des résultats.

### **L'imitation**

Pour Ladouceur et coll. (1977) les sujets ont tendance à rejeter les modèles trop divergents. Ce dernier doit donc mettre en place des comportements proches de ceux du sujet mais légèrement plus appropriés. Il insiste sur la nécessité de mettre en place une "maîtrise graduelle de la situation". Ce type de modeling est plus efficace car il permet l'acquisition de moyens de maîtrise face à une situation qui semble insurmontable. De plus la progression, adaptée aux acquisitions du sujet évite le découragement.

### **La répétition**

Dans les apprentissages sociaux, l'exécution répétée d'un acte est nécessaire à son perfectionnement. L'entraînement dans les situations interpersonnelles est la technique la plus efficace. Elle est supérieure aux suggestions de comportements ou de conduites à tenir. Goldstein (1978) insiste sur le fait qu'une réponse émise fréquemment dans le passé a une plus grande probabilité d'apparition dans les situations à venir. Les situations proposées par le psychomotricien en rééducation doivent donc être exécutées plusieurs fois par l'adolescent afin de faciliter leur apparition en milieu naturel.

### **La rétroaction ou la connaissance des résultats**

Il est important que le sujet puisse suivre l'évolution de ses per-

formances. La connaissance de ses progrès constitue un puissant renforcement et une forte motivation pour aller plus loin. Elle permet au psychomotricien de justifier ses demandes et d'augmenter la difficulté des activités. Dans le cadre de l'apprentissage des habiletés sociales la rétroaction peut se faire de 3 façons. Tout d'abord par le sujet lui-même qui commente et discute ses comportements après chaque exercice. Il prend ainsi conscience peu à peu des réponses qu'il donne dans une situation. Le psychomotricien fait également des commentaires sur les composantes de la tâche mais non sur les capacités du sujet qui ne doivent pas être jugées. De plus toute initiative pertinente de la part de l'adolescent, même imparfaite, doit être soulignée et renforcée. Pour cela, conjointement aux renforcements verbaux, le rééducateur utilise des renforcements sociaux comme le sourire, les signes de tête encourageants ou des regards approbateurs. Les sujets porteurs d'un TDA sont très sensibles à ce type de renforcement. Enfin il est important que le sujet puisse comparer sa propre perception à l'information objective extérieure. La vidéo semble être le meilleur moyen. Le feedback visuel est extrêmement utile pour modifier les composantes non verbales de l'interaction.

### **La résolution de problèmes interpersonnels**

Elle est mise en place lorsque l'adolescent a intégré toutes les étapes de la résolution de problèmes impersonnels. Nous pouvons la diviser en 3 phases : Une phase cognitive où le psychomotricien propose verbalement à l'enfant une situation qui a une forte probabilité de se produire dans la vie courante et pour laquelle la solution n'est pas unique, et qui peut dégénérer en conflit

si la réponse n'est pas adaptée. Il reprend alors avec l'adolescent les étapes de la résolution de problèmes :

- quelles sont les réponses possibles ? - quels sont les avantages et les inconvénients de chaque réponse ?
- quelle est la meilleure solution ? Cette démarche oblige l'adolescent à maîtriser son impulsivité, à envisager les conséquences possibles de ses actes. Les problèmes proposés sont :
- Tu regardes la télé, ton frère rentre, prend le télécommande et change de chaîne. Que fais-tu ?
- Tu veux jouer sur la Nintendo mais ton copain qui l'utilise depuis 2 heures ne veut pas te céder la manette.
- Ton éducateur refuse de t'accorder une heure de sortie à cause d'une bêtise que tu n'as pas faite.

Généralement cette étape ne pose pas de problème. Souvent les réponses sont nombreuses et adaptées, mais démenties par les comportements des adolescents au sein de l'institut. Les cognitions sont en place mais il est nécessaire de faire un apprentissage social permettant l'expression des comportements adaptés. La phase suivante nécessite la présence de 2 adultes. On utilise également un feedback visuel avec la vidéo. La séance se déroule de la façon suivante : l'adolescent regarde une scène jouée par les rééducateurs, scène qui est filmée. Cette scène est courte, d'une durée de 2 à 5 minutes. Lorsqu'elle est terminée, l'adolescent dirigé par les adultes commente ce qu'il a vu. Puis on visionne le film qui a été fait. Il s'ensuit une discussion entre l'adolescent et les rééducateurs sur ce qui est bien et qu'il faut garder et ce qu'il faut changer ou améliorer. C'est l'acte qui est jugé, jamais les intervenants. Après accords sur les modifications à mettre en place, la scène est rejouée par les adultes. Si tout le monde est d'accord sur les

qualités de cette dernière, les acteurs se félicitent mutuellement et s'auto-renforcent. On passe alors à la dernière phase. L'adolescent sort de sa position de spectateur pour prendre le rôle d'un adulte. Le déroulement est identique à la phase précédente. Après avoir visionné la scène, l'adolescent est invité à dire ce qu'il pense de sa prestation, ce qu'il croit devoir modifier. Les adultes renforcent toujours l'adolescent et ne présentent jamais ce qui ne va pas comme une mauvaise chose mais comme une bonne chose qui peut devenir meilleure. Le fait d'être filmés inhibe beaucoup les adolescents au début, bien qu'ils aient l'habitude de travailler sous l'œil de la caméra. Certains ont du mal à se regarder. Mais en règle générale ils sont très vite rassurés par le fait que les jugements ne sont pas portés sur leur personne mais sur leurs actes. Comme pour les résolutions de problèmes impersonnels, les situations sont simples au départ pour se complexifier ensuite. Celles que nous avons choisies ont été empruntées à Goldstein (1977). Il s'agit de scène de salutation, de scène de demande et de scène de refus à une demande.

### **Le problème de la généralisation**

#### **Le choix des problèmes**

Le processus de généralisation des comportements acquis en milieu artificiel à un milieu naturel n'est pas simple. De nombreuses situations maîtrisées en salle de rééducation deviennent difficiles à gérer dès que le sujet se retrouve à l'extérieur. La généralisation elle-même devrait être enseignée. Une façon d'aider la généralisation à se mettre en place est d'apprendre des comportements dans un contexte et de les réapprendre dans des contextes plus larges (Kendallet Braswell, 1985). Goldstein et coll. (1978)

insistent sur le fait que plus la situation d'apprentissage présente des éléments identiques à la situation naturelle plus le transfert d'apprentissage est facilité. Il faut donc faire bien attention en rééducation de choisir des situations qui se rapprochent le plus possible de celles rencontrées quotidiennement par l'adolescent. De plus pour multiplier les chances de voir apparaître des comportements adaptés en milieu naturel il faut que les situations pendant l'apprentissage soient multiples, variées, élargissant ainsi le répertoire de réponses des sujets. La répétition des situations en milieu artificiel augmente la probabilité d'apparition des comportements désirés en milieu naturel. Une autre difficulté réside dans le fait que les mécanismes de résolutions de problèmes interpersonnels et les méca-

nismes de résolution de problèmes interpersonnels ne sont pas liés. Les apprentissages faits dans des situations impersonnelles ne sont pas transférés dans les situations sociales (Kendall et Braswell, 1985). Nous avons pu constater ce fait à l'institut de rééducation "La Convention" à Auch (32) où les adolescents pris en rééducation pour un TDA ont vu leurs symptômes s'atténuer significativement ou disparaître alors qu'ils continuaient à montrer dans les interactions sociales des réponses impulsives et violentes allant jusqu'à l'agression physique.

L'éducation éthique consiste à former des groupes de discussion où chacun peut s'exprimer sur un sujet donné (un des sujet donné par Goldstein est : "Que feriez-vous si vous étiez sur un bateau qui fait naufrage et qu'il manque 10 places dans

le canot de sauvetage ?"). Les propositions émises ne sont pas jugées mais le thérapeute encourage les participants à argumenter leurs idées. L'important est de pouvoir arriver à débattre d'un sujet avec quelqu'un qui a une opinion différentes. Ces discussions présentent l'avantage de mettre à la disposition des individus plusieurs solutions en leur laissant le choix de garder leur opinion ou de se rallier aux idées émises par les autres membres du groupe. Cette technique est également utilisée pour les dépressifs qui face à problème choisissent toujours une réponse dans le registre émotionnel de la dépression. Mais si plusieurs solutions sont proposées sans que soit émis le moindre jugement, leur choix s'oriente vers la réponse la mieux adaptée. ■

---

## BIBLIOGRAPHIE

- ABIKOFF H. et GITTELMAN R.**, Hyperactive children treated with stimulants : is cognitive training a useful adjunct ?, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1985, 42, 953-961.
- ALBARET J.M. et CORRAZE J.**, Le syndrome déficitaire de l'attention face à la rééducation psychomotrice, *Entretiens de Psychomotricité 1991*, Paris : Expansion Scientifique Française, 1991, 79-87.
- BANDURA A.**, *Social learning theory*, Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall, 1977 (Trad. Franç. *L'apprentissage social*, Bruxelles : Mardaga, 1980).
- BARKLEY R.A.**, ed. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : A handbook for diagnosis and treatment*. New York : The Guilford Press, 1990.
- BENDER L.A.**, Carrer in clinical research in child psychiatry, In ANTHONY E.J. (ed.), *Exploration in child psychiatry*, New York : Plenum Press, 1975.
- CARROL A.**, The effect of interactive versus linear video on the levels of attention and comprehension of social behavior by children with attention disorders, *School Psychology Review*, 1994, 23, 1, 29-43.
- COHEN N.J.**, Cognitive style in adolescents previously diagnosed as hyperactive, *Journal of Child Psychology*, 1972, 13, 203-209.
- COTTRAUX J.**, *Les thérapies comportementales et cognitives*, Paris : Masson, 1993.
- DOUGLAS V.I.**, Stop look and listen : The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children, *Canad. J. Behav. Sci.*, 1972, 4, 259-282.
- DSM III-R**, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3<sup>e</sup> ed. révisée, Washington, DC : American Psychiatric Association, 1987 (Trad. Franç. Paris : Masson, 1989).
- D'ZURILLA T.J. et GOLDFRIED M.R.**, Problem solving and behavior modification, *Journal of Abnormal Psychology*, 1971, 78, 107-126.
- GOLDSTEIN A.P., SHERMAN M., GERSHAW N.J., SPARKFIN R.P. et GLICK B.**, Training agressive adolescent in prosocial skills, *Journal of Youth and Adolescence*, 1978, 7, 1, 73-92.
- GRENNELL M.M., GLASS C.R. et KATZ S.**, Hyperactive children and peer interaction : knowledge and performance of social skills, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1987, 15, 1, 1-13.
- HAY E., WEISS G., MINDE K. et COHEN N.**, The hyperactive child at adolescence : cognitive emotional and social functioning, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1978, 6, 311-324.

- HINSHAW S.P.**, On the distinction between attentional deficits/hyperactivity and conduct problems/agression in child psychopathology, *Psychol. Bull.*, 1987, 101, 443-463.
- KENDALL P.C. et BRASWELL L.**, *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children*, New York : Guilford Press, 1985.
- LADOUCEUR R., BOUCHARD M.-A. et GRANGER L.**, *Principes et applications des thérapies comportementales*, Québec : Edisem, 1977.
- MAGEROTTE G.**, *Manuel d'éducation comportementale clinique*, Liège : Mardaga, 1984.
- MEICHENBAUM D. et GOODMAN J.**, Reflection impulsivity and verbal control of motor behavior, *Child Development*, 1969, 40, 785-797.
- MIRD K., LEWIN D., WEISS G., LAVIGUEUR H., DOUGLAS V. et SYKES E.**, The hyperactive child in elementary school : a 5 year controlled follow-up, *Exceptional Children*, 1971, 38, 219-221.
- MOFFIT T.E.**, Juvenile delinquency and attention deficit disorder : developmental trajectories from 3 to 15, *Child Development*, 1990, 61, 893-910.
- RAPPOPORT J.L. et RIDDLE K.D.**, A 2-year follow-up of 72 hyperactive boys, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1976, 162, 126-134.
- RUTTER M.**, The role of cognition in child development and disorder, In CHESSE S., THOMAS A. Et HERTZIG M., *Annual progress in child psychiatry and child development*, New York : Brunner/Mazel, 1988.
- SOPPELSA R.**, Labyrinthes de Porteus et trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : tentative de validation, *Evolutions Psychomotrices*, 1995, 7, 12-17.
- STROOP JR.**, Studies of interference in serial verbal reactions, *J. Exp. Psychol.*, 1935, 18, 643-662.
- THORLEY G.**, Review of follow-up and follow-back studies of childhood hyperactivity, *Psychol. Bull.*, 1984, 96, 116-132.
- URBAIN E.S. et KENDALL P.C.**, Review of social-cognitive problem solving interventions with children, *Psychol. Bull.*, 1980, 109-143.
- WEISS G., HECHTMAN L.T., PERLMAN T., HOPKINS J. et WENER A.**, Hyperactive as young adults, *Arch. Gen. Psychiat.* 1979, 36, 675-681.
- WEISS G. et TROKENBERG L.**, *Hyperactive children grown up*, 2<sup>ème</sup> ed., New York : Guilford Press, 1994.