



HAL
open science

“ Du calme! ” : comprendre et traiter l’instabilité psychomotrice chez l’enfant

Nadège Cambon

► **To cite this version:**

Nadège Cambon. “ Du calme! ” : comprendre et traiter l’instabilité psychomotrice chez l’enfant. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03297767

HAL Id: dumas-03297767

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03297767>

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Institut de Formation en Psychomotricité
de la Pitié Salpêtrière
Faculté Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 Paris



« Du calme ! »

Comprendre et traiter l'instabilité psychomotrice chez l'enfant

Mémoire présenté par Nadège Cambon

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien

Maître de mémoire :

Ingrid Zammouri

Session Juin 2021

Remerciements

Je tiens à remercier Madame Ingrid Zammouri, ma maître de stage et maître de mémoire, pour son accompagnement tout au long de cette année. Sa bienveillance, sa disponibilité, sa qualité d'écoute et de conseil, la finesse de son regard et de ses interventions, ont soutenu mon cheminement d'étudiante, et marqueront bien certainement ma pratique professionnelle.

Merci à Julie, ma binôme de stage, pour cette magnifique épopée que nous avons traversée ensemble, main dans la main. Merci pour la confiance et l'aide mutuelle qui ont teinté toutes nos séances, nos bilans, notre travail et nos partages.

Merci à mes autres maîtres de stage, qui m'ont transmis leur savoir-faire et savoir-être, sans compter leur temps.

Merci à mes collègues stagiaires et camarades de promotion, pour leur bonne humeur, les réflexions partagées et le soutien qu'ils m'ont apporté durant ces trois années.

Merci à mon mari, Florian, de m'avoir portée et supportée au quotidien pour l'écriture de ce mémoire, avec compréhension et humour. Merci pour ta patience et ta gentillesse.

Merci à mes parents et à mon frère Damien, sans qui cette reconversion n'aurait jamais été possible. Merci de m'avoir toujours accompagnée sur mon chemin, de m'avoir encouragée et soutenue de mille manières.

Merci enfin à tous les enfants et patients que j'ai rencontrés durant ma formation, qui m'ont appris à regarder le monde à travers leurs yeux. Merci à Yaya, Lucas et Mahina.

Sommaire

Introduction	7
PARTIE CLINIQUE	9
I. Présentation du cadre d'observation	9
I.1. L'organisation du service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent	9
I.2. L'unité psychopédagogique	10
I.2.1. Processus d'admission des enfants pris en charge	11
I.2.2. Cadre spatial de l'unité de jour psychopédagogique	11
I.2.3. Cadre temporel de l'unité de jour psychopédagogique	11
I.3. Les séances de psychomotricité	12
I.3.1. Déroulement des prises en charge en psychomotricité	12
I.3.2. Prises en charge des enfants présentés dans ce mémoire	12
I.3.2.1. Le groupe « rythme »	12
I.3.2.2. Le groupe « graphisme »	13
I.3.2.3. La prise en charge individuelle de Lucas	14
II. Cas cliniques	14
II.1. Yaya	14
II.1.1. Anamnèse, suivis et bilans	15
II.1.2. Bilan psychomoteur et projet thérapeutique	16
II.1.3. Admission et parcours de Yaya à l'unité	17
II.1.4. Première rencontre	18
II.2. Lucas	18
II.2.1. Anamnèse, suivis et bilans	19
II.2.2. Bilan psychomoteur et projet thérapeutique	20
II.2.3. Admission et parcours de Lucas à l'unité	21
II.2.4. Première rencontre	22
II.3. Mahina	22
II.3.1. Anamnèse, suivis et bilans	23
II.3.2. Bilan psychomoteur et projet thérapeutique	24
II.3.3. Admission et parcours de Mahina à l'unité	25
II.3.4. Première rencontre	26
PARTIE THEORIQUE	28
I. Le TDA/H, un trouble neuro-développemental	28

I.1. Evolution nosographique du TDA/H	28
I.2. Le TDA/H selon le DSM-5	29
I.2.1. Critères diagnostiques	29
I.2.2. Triade symptomatique, sous-types et degrés de sévérité	30
I.3. Epidémiologie du TDA/H	30
I.3.1. Prévalence et sex ratio	30
I.3.2. Facteurs de risque	30
I.3.3. Comorbidités	31
II. Le TDA/H, un trouble des fonctions exécutives	32
II.1. Le TDA/H selon Brown : une altération des fonctions exécutives	32
II.1.1. Définition des fonctions exécutives	32
II.1.2. Nature de l'altération dans le TDA/H	33
II.1.3. Evolution et traitements	33
II.2. Les fonctions exécutives	34
II.2.1. Le modèle neuroscientifique de Brown	34
II.2.2. Développement ordinaire des fonctions exécutives	35
II.3. Impact de l'altération des fonctions exécutives dans le TDA/H	36
II.3.1. Difficultés dans l'autogestion	36
II.3.2. Difficultés liées à la priorisation et à la motivation	38
III. L'instabilité psychomotrice, hypothèses psychodynamiques	39
III.1. L'instabilité psychomotrice, pathologie plurifactorielle	39
III.1.1. Le syndrome d'instabilité selon Joly	39
III.1.2. Perturbations dans les interactions précoces des enfants instables	40
III.2. Aux sources de l'instabilité : le développement psychoaffectif et les interactions précoces	40
III.2.1. Le holding et la capacité d'être seul selon Winnicott	40
III.2.2. Les conséquences d'un holding défectueux	41
III.3. L'instabilité, une difficulté à être seul en présence de l'autre	42
III.3.1. L'instabilité comme défense contre des angoisses archaïques	42
III.3.2. L'instabilité comme mise à distance de l'autre	42
DISCUSSION	45
I. L'instabilité, un trouble psychomoteur	45
I.1. Psychomotricité et troubles psychomoteurs	45
I.1.1. La psychomotricité	45
I.1.2. Les troubles psychomoteurs	45

I.1.3. L'instabilité, syndrome psychomoteur par excellence _____	46
I.2. Sémiologie psychomotrice de l'enfant instable _____	47
I.2.1. Troubles toniques _____	47
I.2.2. Troubles praxiques _____	48
I.2.3. Troubles de la représentation du corps _____	49
I.2.4. Troubles d'organisation spatio-temporelle _____	50
II. Le rôle du psychomotricien dans la prise en charge de l'instabilité _____	51
II. 1. L'évaluation psychomotrice, contribution à la démarche diagnostique _____	51
II.1.1. Le dépistage de l'instabilité, un travail pluridisciplinaire _____	51
II.1.2. Le bilan psychomoteur et les fonctions évaluées _____	52
II.1.3. L'apport spécifique du bilan psychomoteur dans l'établissement du diagnostic _____	54
II.2. La prise en charge psychomotrice de l'enfant instable _____	56
II.2.1. Les différentes modalités de prise en charge et leurs indications respectives _____	56
II.2.1.1. Les prises en charge en groupe _____	57
II.2.1.2. Les prises en charge individuelles _____	58
II.2.2. Quelques axes thérapeutiques et médiations employées _____	59
II.2.2.1. Régulation tonique _____	59
II.2.2.2. Motricité fine et praxies _____	61
II.2.2.3. Intégration du schéma corporel _____	63
II.2.2.4. Organisation spatio-temporelle _____	64
II.3. Evolution de Yaya, Lucas et Mahina à travers leur prise en charge _____	67
II.3.1 Yaya _____	67
II.3.2. Lucas _____	70
II.3.3. Mahina _____	72
Conclusion _____	75
Annexes _____	I
Annexe 1 : Bilan psychomoteur de Yaya _____	I
Annexe 2 : Bilan psychomoteur de Lucas _____	VI
Annexe 3 : Bilan psychomoteur de Mahina _____	X
Annexe 4 : Troubles psychiatriques diagnostiqués chez des enfants présentant ou non un TDA/H _____	XV

Introduction

L'agitation est un symptôme croissant chez les enfants de notre société moderne, et devient un motif de consultation majeur en psychomotricité. Dans mes différents lieux de stage auprès d'enfants, que ce soit en cabinet libéral ou en institution (CAMSP pour les plus jeunes, hôpital de jour pour les enfants d'âge scolaire), la proportion d'enfants agités était largement dominante. Au-delà des services de pédopsychiatrie, les études sociologiques abondent sur l'impact des écrans, l'accélération et l'hyperactivité de notre société, l'intolérance au délai qu'engendrent nos mœurs modernes, ou encore le rôle des nouveaux modèles familiaux et éducatifs. Il semblerait que l'agitation psychomotrice soit le mal d'un monde qui s'accélère, qu'elle frappe les enfants d'une société qui ne sait plus prendre le temps de vivre. Pourtant elle n'a rien d'un symptôme récent, et a été l'objet de recherches depuis plusieurs siècles.

Devant ce constat, j'ai voulu m'atteler, moi aussi, à la compréhension de ce trouble qui, malgré la profusion d'écrits à son sujet, demeure encore bien énigmatique. En témoignent les querelles, encore ouvertes de nos jours, qui ont divisé les scientifiques à son sujet. En témoignent aussi les longues prises en charge de nos patients, la « solution miracle » n'ayant pas encore été trouvée. Qu'est-ce donc que l'agitation, de quoi est-elle le symptôme, la manifestation clinique ?

Plusieurs modèles de compréhension se sont succédé, et avec eux, diverses modalités de prise en charge. Longtemps sur le devant de la scène, il semble aujourd'hui reconnu que l'agitation ne soit que la partie la plus visible d'un trouble plus large touchant essentiellement les capacités attentionnelles, le Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDA/H). Deux conceptions de ce trouble se font face : les modèles anglo-saxons considèrent surtout l'altération des fonctions exécutives qui le constituent, là où les modèles psychodynamiques s'attachent davantage à la construction identitaire défailante dont il est l'image et l'expression. La psychomotricité se situe à la croisée de ces chemins, elle puise dans ces différents modèles pour proposer une vision globale de ce trouble polymorphe, dénommé à juste titre « instabilité psychomotrice », de par ses composantes tant psychiques que somatiques.

Mon cheminement m'a ainsi menée de l'agitation, bruyante et accaparante, que je voyais chez les enfants sur mon lieu de stage, à l'instabilité, syndrome psychomoteur dont l'agitation n'est qu'une des manifestations. Une fois cette entité décelée, que peut en faire le psychomotricien ? Quelle est sa contribution à la prise en charge, thérapeutique et rééducative, des enfants instables ? Comment peut-il redonner de la stabilité à ces enfants qui en manquent ?

J'ai élaboré mon mémoire dans une démarche clinico-théorique. J'exposerai d'abord le cadre de mes observations et réflexions, l'unité psychopédagogique de jour où j'ai fait mon stage cette année. Je présenterai ensuite les trois enfants que j'ai suivis cette année, leurs troubles et leur histoire de vie jusqu'à notre première rencontre.

Dans une seconde partie théorique je reviendrai aux modèles de compréhension de l'instabilité psychomotrice, pour éclairer le mode de fonctionnement particulier de nos trois patients. Je m'attacherai à présenter l'état des lieux actuel sur les connaissances relatives au TDA/H, ses étiologies et sa symptomatologie. Je détaillerai davantage un modèle de compréhension neuroscientifique, puis je développerai quelques points d'une approche psychodynamique.

Je discuterai dans une dernière partie des aspects proprement psychomoteurs de ce trouble. Après avoir rappelé ce qu'est la psychomotricité et en quoi l'instabilité peut être qualifiée de trouble psychomoteur, j'aborderai la prise en charge psychomotrice de l'instabilité, ses spécificités, ses apports au sein d'un suivi pluridisciplinaire des enfants instables. Je montrerai l'évolution de la prise en charge des trois enfants présentés dans ce mémoire pour appuyer mon propos.

PARTIE CLINIQUE

I. Présentation du cadre d'observation

J'ai été accueillie au sein d'un service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent d'un hôpital parisien pour un stage long au cours de ma troisième année de formation en psychomotricité, à raison d'un jour par semaine, de septembre 2020 à juin 2021.

I.1. L'organisation du service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Le service est composé de trois sites : un site hospitalier, un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile situé dans un Centre Médico Psychologique (CMP), et une unité parentale. Ses domaines d'expertise sont les pathologies psychotiques, les troubles thymiques sévères, les pathologies à forte intrication sociale chez l'adolescent, les troubles complexes du développement chez l'enfant (troubles du langage et des apprentissages, troubles du spectre autistique, retard mental), et les troubles de la parentalité.

Le site hospitalier comporte deux secteurs : un secteur d'hospitalisation à temps plein et un secteur d'hospitalisation de jour. Le secteur d'hospitalisation à temps plein dispose de 66 lits répartis dans cinq unités (une unité d'urgence et de soins intensifs, une unité pour enfants, deux unités pour adolescents et une Unité Sanitaire Interdépartementale d'Accueil Temporaire d'Urgence (USIDATU) pour les patients atteints d'autisme). Conduites suicidaires, dépressions graves, conduites pathologiques, épisodes psychotiques aigus, troubles envahissants du développement, situations familiales en crise, représentent une grande part des motifs d'hospitalisation. Le secteur d'hospitalisation de jour accueille des enfants et adolescents soit dans un but d'évaluation et d'orientation thérapeutiques, soit pour des prises en charge de longue durée. Il a une capacité d'accueil de 37 enfants, répartis en trois unités (une unité pour enfants présentant des troubles envahissants du développement, une unité pour adolescents présentant des troubles graves de la personnalité, et une unité psychopédagogique pour enfants en échec scolaire et présentant des troubles des fonctions cognitives et d'apprentissage). C'est dans cette dernière unité que j'ai effectué mon stage.

Tous les enfants et adolescents soignés dans le service ont la possibilité de continuer leur scolarité, grâce à la présence d'un centre scolaire intégré à l'hôpital. Seize enseignants

y dispensent un enseignement adapté aux difficultés de chacun, en petits groupes ne dépassant jamais six élèves.

Chaque unité est placée sous la responsabilité d'un médecin référent, qui prescrit les prises en charge avec les psychomotriciens, psychologues, orthophonistes et ergothérapeutes du service. Outre ce médecin référent, l'équipe est composée d'internes et d'externes, d'infirmiers et d'aide-soignants, et d'éducateurs spécialisés qui encadrent les patients. Un conseiller d'orientation et une assistante sociale interviennent également.

Le service comporte aussi une activité de consultations et de traitements externes pour l'ensemble des troubles psychologiques, psychopathologiques et du développement dans l'enfance et l'adolescence, ainsi que des consultations spécialisées pour des pathologies plus spécifiques (troubles du spectre autistique, troubles intellectuels et cognitifs, troubles du langage et de l'apprentissage, troubles obsessionnels compulsifs ou troubles de la parentalité). Il est reconnu officiellement comme Centre Référent Troubles du Langage et des Apprentissages, Centre diagnostic autisme et troubles envahissants du développement, et Centre Référent maladies rares à expression psychiatrique. Il comporte également un Accueil d'Urgence.

Six psychomotriciennes travaillent dans le service à temps plein. Chacune est référente d'une unité. Elles réalisent des suivis individuels ou en groupe, sur prescription du médecin référent de leur unité. Elles effectuent également des bilans pour les enfants pris en charge dans le service afin d'objectiver leur évolution, ainsi qu'en ambulatoire.

I.2. L'unité psychopédagogique

L'unité de jour psychopédagogique accueille douze enfants de six à douze ans, en échec scolaire et présentant des troubles des fonctions cognitives et d'apprentissage. Les enfants sont encadrés par deux éducatrices spécialisées et une aide-soignante. Ils bénéficient de consultations médicales et paramédicales régulières, inscrites sur leur emploi du temps personnalisé, en plus des activités éducatives et temps de vie commune prévus dans l'unité. Ils suivent un enseignement dans le groupe scolaire de l'hôpital, à temps complet ou à temps partiel avec une possibilité de temps d'inclusion en école externe.

1.2.1. Processus d'admission des enfants pris en charge

Les enfants pris en charge sont d'abord reçus dans l'unité pour une période de deux semaines d'observation. Durant cette période, différents bilans sont réalisés sur prescription médicale (bilan psychomoteur, orthophonique, psychologique, neuropsychologique...). Une réunion de synthèse a lieu à l'issue de cette période pour mettre en commun les observations et bilans établis par les différents acteurs de l'équipe pluridisciplinaire. La pertinence d'une éventuelle admission pour une prise en charge de longue durée est étudiée, et, le cas échéant, un projet de soins personnalisé est défini pour chaque enfant. Une rencontre est alors organisée avec les détenteurs de l'autorité parentale pour leur exposer le projet d'admission, en fonction des places disponibles dans l'unité.

1.2.2. Cadre spatial de l'unité de jour psychopédagogique

L'unité se situe au rez-de-chaussée du bâtiment hospitalier abritant le service de pédopsychiatrie. C'est une unité ouverte, disposant d'une grande salle dédiée aux temps d'activités communes et aux repas, ainsi que de plusieurs salles pour des ateliers spécifiques (cuisine, salle de repos...). Un espace en plein air est accessible pour les temps de récréation, reliant les unités du service au centre scolaire hospitalier.

Un bassin thérapeutique situé au sous-sol du bâtiment permet des prises en charge spécifiques. On trouve également un petit gymnase, trois salles de psychomotricité, différentes salles pour les consultations psychologiques, ainsi que les bureaux des professionnels paramédicaux.

1.2.3. Cadre temporel de l'unité de jour psychopédagogique

L'unité est ouverte du lundi au vendredi. Elle accueille les enfants de 8h30 à 16h30 les lundi, mardi, jeudi et vendredi, et de 8h30 à 13h00 le mercredi. Les enfants pris en charge de longue durée sont admis pour une ou plusieurs années scolaires, avec une semaine de vacances à la Toussaint, à Noël, en février et à Pâques, et un mois en été.

Les journées des enfants sont composées d'activités pédagogiques (cuisine, activités manuelles...), de temps libres dans les locaux de l'unité, de sorties en-dehors de l'hôpital, de temps de classe en petits groupes dans le centre scolaire hospitalier et pour certains de temps d'inclusion en école classique. Les prises en charge thérapeutiques (psychomotricité,

psychothérapie, orthophonie...) sont incluses dans l'emploi du temps de chaque enfant en fonction de son projet de soins personnalisé.

L'équipe pluridisciplinaire organise une réunion de synthèse deux fois par semaine, pour faire le point sur un patient et réajuster si nécessaire son projet thérapeutique. Des réunions institutionnelles sont organisées régulièrement pour traiter de l'organisation des soins et des problèmes inhérents au fonctionnement de l'unité.

I.3. Les séances de psychomotricité

I.3.1. Déroulement des prises en charge en psychomotricité

Les prises en charge en psychomotricité sont prévues en fonction des indications de chaque enfant, à raison d'une séance hebdomadaire, organisée soit individuellement soit en groupe, assurée par la psychomotricienne référente de l'unité et ses stagiaires. Deux stagiaires sont présentes le lundi, et deux stagiaires le mercredi.

Yaya, Lucas et Mahina¹, les trois enfants présentés dans ce mémoire, sont pris en charge dans le cadre des séances organisées le mercredi, que je décrirai ici brièvement. Ma binôme et moi avons dans un premier temps observé les séances animées par notre maître de stage, puis nous avons peu à peu participé à l'élaboration des propositions faites aux enfants, pour enfin les animer de manière de plus en plus autonome. Au début de l'année notre maître de stage participait à l'intégralité des séances, puis elle s'est placée davantage en position d'observateur et nous a progressivement laissé, ma binôme et moi, seules avec les enfants pendant une partie puis la totalité des séances. Nous avons ainsi été amenées à prendre une part de plus en plus active dans l'élaboration de trois prises en charge : deux prises en charge en groupe et une individuelle.

I.3.2. Prises en charge des enfants présentés dans ce mémoire

I.3.2.1. Le groupe « rythme »

Le groupe « rythme » réunit cette année trois enfants : Yaya et Mahina, que je présenterai plus bas, ainsi qu'une autre jeune fille de 11 ans. L'objectif principal de ce groupe est de renforcer l'organisation spatio-temporelle des enfants, et de soutenir la planification

¹ Les prénoms ont été modifiés pour préserver l'anonymat des enfants.

d'un projet moteur. Pour cela, le cadre est très structuré : le groupe a lieu chaque mercredi pendant 45 minutes dans le gymnase situé en sous-sol de l'unité, et il suit toujours le même déroulement. Les enfants sont invités à enlever leurs chaussures dans le vestiaire et à s'asseoir le long du mur du fond du gymnase pendant que nous expliquons les consignes. La séance comporte quatre parties : d'abord un exercice de rythme pur (discriminer et reproduire un rythme frappé ou marché, s'adapter aux changements de rythme, etc.), puis un exercice d'organisation spatiale (propositions variées autour de la perception, l'orientation, l'adaptation et la structuration spatiale, de type parcours moteurs), un exercice d'inhibition et planification motrice (réaliser une séquence motrice à un signal précis), et enfin un petit temps de relaxation (les enfants sont invités à s'allonger sur un tapis et nous exerçons des pressions corporelles, passage de balle à picots, etc.). En deuxième partie d'année nous intégrerons à nos séances l'élaboration d'une chorégraphie inventée par les enfants, constituée d'un enchaînement de numéros de cirque sur fond musical. Lors de nos propositions, nous veillons également à renforcer l'intégration du schéma corporel et la latéralité.

I.3.2.2. Le groupe « graphisme »

Le groupe « graphisme » réunit deux enfants : Mahina et un autre jeune garçon de 12 ans. Tous deux sont en fin de parcours à l'unité, ils ont intégré des temps d'inclusion en école classique à temps partiel, et l'équipe pluridisciplinaire les prépare pour une éventuelle sortie de l'unité et une reprise de leur scolarité en milieu ordinaire l'an prochain. Pour cela ils ont besoin d'un soutien particulier au niveau du geste graphique, tous deux présentant une dysgraphie entravant leur accès aux apprentissages. Ce groupe se déroule pendant 45 minutes dans une salle de classe du groupe scolaire du service, après le groupe « rythme » (ces deux groupes sont séparés par une récréation de quinze minutes). En première partie d'année nous proposons aux enfants diverses activités pour développer leur motricité fine à l'aide de supports variés : pâte à modeler, jeux de dextérité manuelle, ateliers créatifs (réalisation de décorations à l'occasion de fêtes), etc. En deuxième partie d'année nous introduisons le support papier et l'outil scripteur de manière plus orientée, et nous reprenons le graphisme à l'aide de supports d'écriture scolaires. Nous continuons aussi à l'aide d'activités plus ludiques le travail de déliement digital, de coordination oculo-manuelle, de dextérité manuelle, etc.

I.3.2.3. La prise en charge individuelle de Lucas

Une prise en charge individuelle de 30 minutes suit ces deux groupes : elle concerne Lucas, que nous présenterons plus bas. L'objectif de ce suivi individuel est d'amener Lucas à une meilleure régulation tonico-émotionnelle, de soutenir ses capacités de planification motrice, d'inhibition et d'attention, dans une relation ajustée à l'autre. Cette prise en charge évoluera durant l'année mais sera souvent composée de deux temps : un temps de relaxation (à sa demande), et un temps d'activités. Au début de l'année nous travaillerons la sensorialité et plus particulièrement l'équilibre, puis nous tenterons de l'amener vers des propositions de jeux moteurs impliquant l'inhibition et la planification de l'action.

II. Cas cliniques

Je vais maintenant présenter Yaya, Lucas et Mahina, rencontrés dans le cadre de leur prise en charge, en groupe pour Yaya et Mahina (Yaya participe au groupe « rythme », Mahina participe aux groupes « rythme » et « graphisme »), et individuelle pour Lucas. Tous les trois présentent une grande agitation motrice, une impulsivité et un déficit attentionnel entravant leur développement et leur entrée dans les apprentissages. Leurs histoires de vie et l'expression de leurs symptômes sont cependant bien singuliers, et leur prise en charge le sera aussi, car l'instabilité psychomotrice qu'ils ont en commun se décline pour chacun de manière spécifique.

II.1. Yaya

Yaya est un jeune garçon de 11 ans, admis à l'unité psychopédagogique de jour à temps plein en septembre 2019. Il habite à Paris avec ses parents, d'origine malienne, et ses trois frères et sœurs. Yaya est le deuxième de la fratrie. Il a une sœur aînée de 13 ans (elle-même suivie en CMP pour un retard de langage), un petit frère de 6 ans et une petite sœur de 5 mois. Très enjoué, curieux et dynamique, Yaya participe à de nombreux ateliers dans l'unité (pâtisserie, sport, etc.). Il aime beaucoup les activités sportives, notamment le foot qu'il pratique en club. Ses relations aux autres enfants sont souvent conflictuelles, mais il est très sensible à la valorisation des adultes et aux responsabilités, et il effectue les tâches qui lui sont confiées de manière très appliquée.

II.1.1. Anamnèse, suivis et bilans

Yaya est né le 27 décembre 2009. Il est né à terme, après une grossesse déroulée sans complication. Il fait ses premiers pas à l'âge de 10 mois. A 20 mois il subit un traumatisme crânien à la suite d'une chute du premier étage, compliqué d'une hémorragie cérébrale et d'une fracture des os du crâne. Il est hospitalisé quatre jours, sans prise en charge chirurgicale. Yaya présente également un eczéma.

Dès la petite section de maternelle un retard d'acquisition du langage est rapporté, ainsi que des troubles du comportement légers (Yaya a du mal à suivre les consignes). En grande section, il présente une instabilité psychomotrice et des difficultés relationnelles entraînant des conflits avec ses pairs.

Yaya débute en janvier 2014 une prise en charge en orthophonie. A partir de septembre 2015 il est suivi au CMP de son secteur. Il intègre le groupe « lecture/langage », où il se montre en difficulté dans de nombreux domaines et a besoin d'un étayage important. Son attention est labile, il se montre lent, présente un geste encore maladroit, une tenue du scripteur crispée, il a du mal à reproduire une forme au niveau de l'orientation spatiale. En 2016 Yaya fait une deuxième année de CP en milieu ordinaire avec présence d'une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS), et différents bilans sont réalisés dans le cadre de son suivi au CMP :

- Un bilan psychomoteur montre des compétences hétérogènes, avec un bon niveau de motricité globale, faciale et gnosopraxique distale, un bon niveau de représentation du schéma corporel, de bonnes capacités de latéralisation. En revanche, on note des coordinations encore en cours d'acquisition, des capacités d'organisation grapho-perceptives un peu justes, des difficultés d'organisation temporelle, un graphisme insuffisant et un manque de confiance. A la suite de ce bilan, il intégrera le groupe « psychomotricité/langage » au sein du CMP.

- Un bilan psychologique montre un ensemble très hétérogène au WISC IV, avec des capacités de conceptualisation, d'abstraction et d'organisation spatiale situées dans la zone subnormale à normale. En revanche ses capacités de mémoire de travail, de séquençage de la chaîne orale et de vitesse de traitement sont très entravées. Le bilan met également en évidence des angoisses de nature narcissique.

- Un bilan orthophonique révèle un léger sigmatisme, un retard de parole important ainsi qu'un retard de langage tant sur le versant de l'expression que de la compréhension. La rétention auditive est faible. La conscience phonologique n'est pas en place et Yaya n'est pas du tout entré dans l'apprentissage du langage écrit.

Les difficultés de Yaya ne lui ont pas permis d'entrer suffisamment dans les apprentissages, en lecture comme en mathématiques, à la fin de son deuxième CP. Il intègre donc une Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) pour son CE1 en 2017-2018. L'année est très difficile sur le plan comportemental (agitation, opposition). En octobre 2018, Yaya est admis à l'unité psychopédagogique de jour pour une période de deux semaines d'observation, où plusieurs bilans sont réalisés :

- Le bilan psychologique met en évidence une grande fatigabilité et un besoin d'évoluer dans un cadre très structuré, une bonne capacité de raisonnement non verbal, mais un raisonnement verbal plus fragile, une lenteur ainsi qu'une grande labilité émotionnelle qui limitent les capacités d'apprentissage. L'exploration visuelle et la coordination visuo-graphique apparaissent très ralenties, Yaya a des difficultés à faire preuve de planification visuo-spatiale et on note une certaine impulsivité.

- Le bilan orthophonique conclut à un trouble sévère du développement du langage oral associé à la non acquisition du langage écrit, avec un graphisme très immature, des défaillances des capacités mnésiques, une lenteur ainsi que des mécanismes de persévération.

II.1.2. Bilan psychomoteur et projet thérapeutique

Le bilan psychomoteur² met en évidence : un niveau praxique gestuel correct, une bonne intégration du schéma corporel avec un bon investissement de l'image du corps, une latéralité homogène fixée à gauche, une bonne intégration des notions de droite et de gauche avec maîtrise de la réversibilité, une bonne intégration des notions spatio-temporelles de base, de bonnes capacités d'organisation spatiale, des capacités visuo-perceptives dans la moyenne pour l'âge et une boucle audio-motrice fonctionnelle.

² Par soucis de clarté, nous présentons ici uniquement la conclusion du bilan psychomoteur. L'intégralité du bilan se trouve en annexe 1, p.I.

En revanche, Yaya présente :

- un retard de maturation neuromotrice : immaturité du geste (prise en ratissage), faible contrôle moteur (le mouvement de la main entraîne le bras), faible contrôle des muscles faciaux, lenteur ;
- une gêne importante au niveau de la sphère visuelle, qui entraîne directement d'importantes difficultés d'analyse visuospatiale et des coordinations oculo-manuelles peu fiables ;
- des difficultés au niveau de la sphère auditivo-verbale : difficultés de compréhension massives nécessitant une reformulation, difficultés de discrimination auditive, et manque du mot ;
- un retard d'acquisition de certaines compétences psychomotrices : manque d'équilibre (hyperlaxité ligamentaire au niveau des chevilles), absence de repérage dans le temps social, écriture cursive non mise en place.

Une prise en charge en psychomotricité soutenue et régulière est préconisée afin de stimuler le développement psychomoteur de Yaya, pallier le manque de maturation neuromotrice et veiller à la bonne installation des compétences en retard, en particulier de l'écriture.

II.1.3. Admission et parcours de Yaya à l'unité

A l'issue de cette période d'observation en octobre 2018, Yaya poursuit sa scolarité en CE2 en ULIS avec un accompagnement du Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD), dans l'attente d'une admission à l'unité psychopédagogique de jour.

Il entre à l'unité en septembre 2019 avec pour motif d'admission : troubles des apprentissages et troubles de la gestion des émotions. Il ne sait alors ni lire ni écrire, il a conscience de ses troubles et montre une tristesse réactionnelle. Il présente une dysrégulation émotionnelle importante se traduisant par des troubles du comportement et une agitation psychomotrice. Il éprouve une grande difficulté à gérer la frustration ou les conflits avec ses pairs, pouvant générer de l'hétéro-agressivité. Il peut aussi manifester une anxiété en lien avec les unités fermées du service et la crainte d'une contention, ainsi que des difficultés d'orientation temporelle.

Malgré de grandes difficultés relationnelles avec ses pairs à son arrivée, Yaya a su s'adapter au groupe et y trouver sa place. Volontaire, il s'investit dans les temps d'activités

et ateliers éducatifs. Au cours de l'année 2020, on note une amélioration globale de son anxiété, une meilleure organisation de son action (lors d'ateliers culinaires par exemple), une meilleure tenue à table, une plus grande estime de soi. Des difficultés de compréhension persistent, ainsi qu'une impulsivité et une grande agitation motrice. Son attention reste très fluctuante, et sa progression dans les apprentissages est lente.

La mise en place d'une médication (psychostimulant) est proposée par l'équipe au cours de l'année 2020-2021.

II.1.4. Première rencontre

Yaya intègre le groupe « rythme » en septembre 2020, composé de trois enfants cette année : une jeune fille qui participe pour la deuxième année consécutive, Yaya et Mahina qui découvrent. Ma binôme et moi-même sommes en posture d'observatrices pour la première semaine, puis nous encadrerons progressivement le groupe. Yaya manifeste dès la première séance qu'il n'a pas envie de participer car il est le seul garçon. Cette opposition persistera tout au long de l'année, Yaya mettant du temps à venir en séance ou refusant certains exercices parce que, dit-il, « c'est pour les filles ». Lors de cette première séance, Yaya teste régulièrement le cadre, se suspend à l'espalier (que la psychomotricienne demande de ne pas utiliser), ou s'agite lors de l'énonciation des consignes. Son impulsivité le pénalise, car il se précipite dans les exercices sans avoir bien écouté la consigne ou sans planifier son action et ne peut alors pas aller jusqu'au bout sans se tromper. Il est cependant plein d'enthousiasme, s'écriant quand il réussit « c'est facile ! », ou quand il s'est trompé : « Oh non, je recommence ! ». Il est également très curieux, prenant le matériel apporté et demandant à quoi il sert. Dans les couloirs, pour aller ou repartir de la séance, il court et zigzague, parfois en regardant derrière, et se cogne à tous les murs.

II.2. Lucas

Lucas est un jeune garçon de 10 ans. Il commence sa troisième année à temps plein à l'unité psychopédagogique lorsque je le rencontre. Il vit avec ses deux mamans (sa mère biologique et sa compagne, rencontrée pendant la grossesse) et son frère jumeau. C'est un enfant très sensible, qui a du mal à se faire des amis et a tendance à se réfugier dans son monde imaginaire, nourri de personnages de mythologie et de jeux vidéo. Il aime dessiner, écouter des histoires, et pratique l'escrime depuis quatre ans.

II.2.1. Anamnèse, suivis et bilans

Lucas est né le 14 juin 2010, il est issu d'une grossesse désirée mais compliquée, et a été hospitalisé une semaine en néonatalogie, seul, à sa naissance. Dès les premiers mois, des troubles alimentaires apparaissent et jalonnent ses premières années de vie (refus alimentaire puis difficultés à la diversification). De ce fait, Lucas a connu de nombreux suivis pédopsychiatriques et psychologiques depuis sa petite enfance, dans diverses institutions, et il a également été hospitalisé à deux ans.

L'acquisition de la marche s'est faite à un an, et le langage oral a été acquis normalement. Lucas a développé dans un premier temps de bonnes compétences en motricité fine, jusqu'à l'apparition d'une grande maladresse. Le sommeil a toujours été perturbé : insomnies, cauchemars, anxiété au réveil. Il présente une énurésie nocturne, encore aujourd'hui. Il manifeste également une instabilité motrice : agitation, cris, précipitation, désorganisation, et se montre hyperémotif et intolérant à la frustration, pouvant entrer dans de grandes colères marquées de violence et d'hétéro-agressivité.

Des difficultés scolaires apparaissent dès la grande section de maternelle, dans l'apprentissage du langage écrit. Les troubles des apprentissages se confirment en CP et CE1, principalement en lecture, écriture et mathématiques, associés aux troubles du comportement et à un déficit attentionnel. Lucas bénéficie alors d'une AVS et de certains aménagements scolaires.

Une série de bilans est effectuée en 2016 :

- Un bilan psychologique montre un fonctionnement intellectuel moyen fort et hétérogène (QI de 111 au WISC-IV), les aptitudes supportées par le langage étant supérieures aux autres capacités. Les tests de personnalité ont montré un lien à la réalité de bonne qualité mais une confusion entre réalité interne et externe, une capacité d'observation très minutieuse de l'environnement, le déploiement d'un imaginaire très riche, une forte créativité demandant à s'exprimer, une grande sensibilité avec instabilité du vécu affectif, une intolérance à la frustration, une tendance à l'introversion et au perfectionnisme. Un TDA/H a été mis en évidence et une proposition de prise en charge psychologique a été faite.

- Un bilan sensori-moteur ne montre pas de trouble majeur dans l'investissement de l'espace oral. Il indique cependant une mauvaise intégration des ancrages corporels qui se

traduit par des difficultés tonico-émotionnelles, un manque d'autonomisation et une fragilité dans l'investissement de l'image du corps.

- Un bilan orthoptique ne révèle pas de problème particulier.

En 2017 Lucas entame un suivi pédopsychiatrique au sein d'un CMP, et participe au groupe thérapeutique « amuse-bouche », qui lui permettra d'apaiser ses difficultés alimentaires. Il commence également un suivi en psychomotricité en libéral.

En février 2018, il est reçu à l'unité de jour psychopédagogique du service de pédopsychiatrie pour deux semaines d'observation. Les motifs de son admission sont : troubles des apprentissages, troubles de la gestion émotionnelle et difficultés comportementales et relationnelles. Il y réalise plusieurs bilans, à la demande du médecin référent, en vue d'une admission dans l'unité en septembre prochain.

Le bilan psychologique (tests projectifs) rend compte d'une hétérogénéité de fonctionnement avec des modalités défensives multiples, témoignant de ressources psychiques bien présentes. Des envahissements fantasmatiques angoissants avec débordement de l'imaginaire sur la réalité, ainsi qu'une fragilité dans le maintien des limites dedans-dehors ont été observés.

Le bilan orthophonique conclut à des difficultés sévères de l'acquisition du langage écrit touchant la lecture et la transcription, et un niveau graphique préoccupant. A ce moment Lucas ne sait ni lire ni écrire.

II.2.2. Bilan psychomoteur et projet thérapeutique

Le bilan psychomoteur³ a pu mettre en évidence un bon niveau de maturation neuromotrice, des capacités praxiques gestuelles correctes, une bonne intégration du schéma corporel, une latéralité homogène fixée à droite, une boucle audio-motrice fonctionnelle, ainsi que de bonnes capacités de discrimination et de rétention auditives.

En revanche on retrouve :

- des difficultés dans la sphère visuelle : vision quasi exclusivement périphérique,

³ Le bilan psychomoteur complet se trouve en annexe 2, p.VI.

coordinations oculo-manuelles approximatives, faibles capacités d'analyse visuo-spatiale, conduites de facilitation (ferme un œil lors du dénombrement d'une collection de points par exemple), doute sur la vision

- un retard d'acquisition dans certains secteurs : notions de droite et de gauche non acquises, non-repérage dans le temps social
- une dysgraphie (en lien avec une lecture non maîtrisée)
- un retard des acquisitions motrices (difficile à évaluer précisément du fait d'une non-adhésion aux consignes)
- une agitation, une impulsivité et une difficulté à maintenir son attention qui impactent les résultats.

Le bilan conclut qu'il est important de maintenir le suivi psychomoteur de Lucas. Une approche psycho-corporelle des troubles relationnels et du comportement est tout à fait judicieuse. Il conviendrait également de veiller à la bonne mise en place des fonctions non acquises (en particulier le repérage spatio-temporel et l'écriture).

II.2.3. Admission et parcours de Lucas à l'unité

Faisant suite à l'analyse des bilans de sa période d'observation, Lucas a été admis à temps plein à l'unité psychopédagogique de jour en septembre 2018. Il s'y est bien intégré, montrant de bonnes capacités adaptatives et investissant ses différentes prises en charge.

En septembre 2020, Lucas entame sa troisième année à l'unité. Ses difficultés alimentaires ont nettement diminué, il participe à l'atelier cuisine hebdomadaire avec beaucoup de plaisir. Il présente toujours des troubles du sommeil (insomnie d'endormissement, réveils multiples, cauchemars) et une anxiété, aggravée par un accident survenu en juin 2019 où il a été percuté par une voiture. Son comportement est marqué par des signes d'impulsivité et d'agitation motrice, en particulier dans ses relations avec les autres enfants. Il investit mieux les relations duelles. A la maison il passe beaucoup de temps sur les écrans, et manifeste une grande intolérance à la frustration (colère, violence). Il souffre toujours d'énurésie nocturne et montre une fatigabilité importante. Au niveau scolaire, il progresse difficilement dans l'apprentissage du langage écrit et des mathématiques, son niveau actuel correspondant à un début de CP.

Depuis 2019, Lucas prend de la mélatonine pour apaiser ses troubles du sommeil, ainsi qu'un anxiolytique. Un psychostimulant est introduit en décembre 2020.

II.2.4. Première rencontre

En psychomotricité, Lucas bénéficie d'une prise en charge individuelle de 30 minutes hebdomadaire. L'an dernier il a travaillé sur tablette dans le cadre d'un projet de rééducation graphique, puis un travail axé sur la contenance et la sensorialité a été entrepris. Nos premières séances se réalisent avec la psychomotricienne, puis ma binôme et moi les assurerons progressivement seules.

La première séance avec Lucas commence difficilement : dans l'unité, il ne veut pas venir en séance, s'écroule sur une chaise puis au sol. La psychomotricienne parvient à le faire se relever, il part alors en courant et en frappant les meubles, portes et murs tout au long du trajet jusqu'à la salle de psychomotricité. Il tape dans le gros ballon de psychomotricité installé dans la salle, le faisant rebondir contre tous les murs, puis s'effondre sur le matelas au sol. La psychomotricienne commence alors un temps de relaxation avec une balle à picots : il choisit la plus dure. Il s'agit et en même temps se laisse faire avec une certaine avidité, se retourne pour présenter son dos, etc. Le contraste est saisissant entre l'opposition qu'il donne à voir et à entendre par son comportement violent et ses paroles négatives (« c'est nul ici », « c'est ennuyeux », « elle est moche cette salle », etc.) et son corps en recherche de détente, qui se précipite sur le matelas et au contact de la balle. Après cela la séance se poursuit par quelques propositions sensorielles (équilibre sur le gros ballon, puis passes avec une balle à grelots les yeux bandés). Lucas nous demande alors de participer, lui qui ne nous avait pas encore adressé la parole. A la fin de la séance, il dit « c'est déjà fini ? » puis repart en courant dans l'unité sans nous dire au revoir.

II.3. Mahina

Mahina est une jeune fille de 11 ans. Elle est à l'unité de jour psychopédagogique depuis septembre 2019. Elle y a effectué une année à temps plein, et elle est présente cette année à temps partiel, avec inclusion à mi-temps dans un collège de petit effectif. Elle a une grande sœur de 12 ans qui présente des troubles anxieux et une dyscalculie. Ses parents sont séparés. Les deux sœurs vivent une semaine chez leur mère et l'autre semaine chez leur père. Mahina est une jeune fille coquette, souriante et curieuse, qui pose beaucoup de questions et entre facilement en relation avec l'adulte. Elle apprécie beaucoup les activités manuelles et

créatives, elle aime dessiner, confectionner des colliers de perles et des décorations. Elle joue également au football dans un club.

II.3.1. Anamnèse, suivis et bilans

Mahina est née le 11 janvier 2010. Elle a acquis la marche à 9 mois, sans passer par la phase du quatre pattes. A 15 mois elle parle de façon bien compréhensible. Elle présente des difficultés pour la motricité fine : elle sera décrite comme maladroite, mettra souvent ses affaires à l'envers. Des troubles du sommeil sont également relevés, avec des difficultés d'endormissement et un sommeil agité.

Dès la petite section de maternelle, elle présente des troubles du comportement à l'école (fugues et crises de colère), ainsi qu'une avance au niveau de l'acquisition du langage oral. Un bilan psychologique réalisé en octobre 2013 met en évidence une précocité sur le plan verbal, Mahina étant en avance sur son âge chronologique dans toutes les compétences utilisant l'outil langage. Elle commence une prise en charge en psychomotricité. Elle saute une classe de maternelle, mais les difficultés persistent. Mahina est isolée, n'a pas d'amis, elle présente une instabilité émotionnelle, et verbalise auprès de sa mère un désir de mourir.

Dans ce contexte, elle est orientée en CP vers une école spécialisée pour les enfants diagnostiqués précoces. Les journées sont adaptées, avec des temps de classe multi-niveaux le matin et des activités l'après-midi. Mahina y est mieux intégrée et ne tient plus de propos morbides. Elle réalise une série de bilans à son entrée dans cette structure, en septembre 2016 :

- Un bilan neuropsychologique montre un profil hétérogène (WISC IV), d'importantes difficultés dans la sphère attentionnelle, une répercussion sur certaines fonctions exécutives (flexibilité) et la mémoire de travail, ainsi qu'une forte anxiété.

- Un bilan psychomoteur met en évidence une forte distractibilité par les stimulations sensorielles extérieures, un manque de limites corporelles, des difficultés de planification constructive et de contrôle moteur, ainsi qu'un trouble de la régulation tonico-émotionnelle.

- Un bilan orthophonique montre également un profil hétérogène avec d'excellentes compétences de langage oral mais un langage écrit non fonctionnel, ainsi que des difficultés sur le plan exécutif et attentionnel.

En 2017, sa psychomotricienne note un développement psychomoteur hétérogène avec une instabilité motrice et une impulsivité prédominantes, et des difficultés dans la connaissance du schéma corporel, les notions spatio-temporelles et la planification, ainsi qu'une dysgraphie. Un suivi avec une orthophoniste est mis en place. Après deux semaines, celle-ci spécifie que les difficultés de Mahina témoignent d'un dysfonctionnement dans l'apprentissage du langage écrit, cependant le manque de motivation de Mahina dans sa prise en charge a mené à l'arrêt de celle-ci, en commun accord avec Mahina et sa mère.

En mars 2018, Mahina est reçue pour deux semaines d'observation à l'unité de jour psychopédagogique, en vue d'une éventuelle admission, pour les motifs suivants : hyperactivité avec déficit de l'attention sévère, troubles instrumentaux (langage écrit, dyspraxie) et trouble de la régulation émotionnelle. Divers bilans y sont réalisés :

- Le bilan psychologique rend compte d'un niveau d'efficacité hétérogène avec des résultats dans sa tranche d'âge et d'autres supérieurs à sa tranche d'âge. Les tests projectifs montrent que la fonction régulatrice des émotions est encore insuffisamment installée.

- Le bilan orthophonique conclut à un langage oral de bon niveau, un trouble important du langage écrit (en lecture et en transcription), aggravé par des difficultés attentionnelles.

A la suite de cette période d'observation, une prise en charge en orthophonie et en psychomotricité sont préconisées, Mahina continuant sa scolarité dans son école spécialisée (elle y effectuera son CP, CE1 et CE2). Son traitement est également réajusté. Depuis 2016 un psychostimulant lui est prescrit pour son TDA/H. A ce traitement sont alors ajoutés un neuroleptique et un antidépresseur.

En septembre 2019, elle est admise à l'unité psychopédagogique à temps plein.

II.3.2. Bilan psychomoteur et projet thérapeutique

Dans le cadre de l'admission de Mahina à l'unité psychopédagogique, en septembre 2019, un nouveau bilan psychomoteur est effectué⁴. Il met en évidence un bon niveau moteur, un très bon niveau de maturation neuromotrice, un bon niveau praxique gestuel, une

⁴ L'intégralité du bilan se trouve en annexe 3, p.X.

bonne intégration des notions de droite et de gauche avec maîtrise de la réversibilité, une bonne intégration des notions spatio-temporelles de base, de bonnes capacités d'organisation spatiale, d'excellentes capacités de perception visuelle, une boucle audio motrice efficace et de bonnes capacités de discrimination et de rétention auditive.

En revanche, on retrouve :

- de façon discrète : une intégration du schéma corporel à renforcer, avec des lacunes dans la connaissance du vocabulaire relatif au corps ;
- une dysgraphie mixte (qualitative et quantitative) due en grande partie à une situation de double tâche, Mahina se trouvant encore très en difficulté sur le plan du langage écrit ;
- une agitation/impulsivité qui la pénalisent si elle répond trop vite ou s'il faut fournir une action qui demande de la précision. Ces moments d'agitation/impulsivité alternent avec des moments d'apathie où Mahina semble au contraire réaliser l'action au ralenti. Elle peut même s'arrêter complètement dans son action pour poser sa tête sur la table ou même par terre, se plaignant d'être fatiguée ;
- une grande difficulté à maintenir son attention sur la tâche en cours (elle peut perdre la consigne en cours de route), ce qui la fait paraître très étourdie, la tâche en elle-même ne posant plus aucune difficulté lorsque Mahina a pu se remobiliser au niveau attentionnel.

Le bilan conclut qu'une prise en charge en psychomotricité serait bénéfique à Mahina. Cela lui permettrait de renforcer ses repères corporels et spatiaux. Un travail sur le couple impulsion/inhibition lui permettrait également d'expérimenter ses mouvements autrement que dans l'agitation et donc d'obtenir une motricité mieux maîtrisée.

II.3.3. Admission et parcours de Mahina à l'unité

Mahina s'est rapidement adaptée à l'unité et a su nouer des relations de qualité tant avec les adultes qu'avec ses pairs. Elle a manifesté son enthousiasme d'être accueillie dans l'unité, sans difficultés de séparation. Mahina a cependant beaucoup de mal à gérer les moments de solitude, entrant alors dans un relationnel adhésif. Elle investit beaucoup les activités ludiques, même si elle a tendance à ne pas terminer ce qu'elle entreprend, passant d'une activité à une autre. Elle peut employer à certains moments un langage cru, sans filtre, ne semblant pas avoir conscience de l'impact de ses propos. Son agitation corporelle est encore bien présente mais elle a une meilleure gestion de ses émotions, et gagne de la

confiance en elle. Des angoisses importantes, avec des idées morbides voire suicidaires réapparaissent vers la fin de sa première année à l'unité (correspondant au premier confinement de 2020).

En septembre 2020, elle intègre un collège à mi-temps. Elle y est très investie, manifestant un grand désir de réussir. Présente à mi-temps à l'unité, elle s'y montre très indépendante, peu en lien avec l'équipe. Elle veut souvent faire les choses selon sa propre idée, dans les activités éducatives comme dans ses prises en charge. Elle est beaucoup dans l'anticipation et peu dans l'instant présent, et a tendance à faire plusieurs choses à la fois.

II.3.4. Première rencontre

Mahina intègre deux groupes en septembre 2020 pour son suivi en psychomotricité : le groupe « rythme » avec Yaya et une autre jeune fille, et le groupe « graphisme » avec un jeune garçon. Le jour de notre première rencontre, Mahina se montre très réservée lors du groupe « rythme ». Elle nous observe beaucoup, ma binôme et moi. Elle réalise les différentes propositions sans faire beaucoup d'erreurs, et lorsqu'elle en fait elle se reprend et réussit vite ensuite. Elle teste beaucoup le cadre, la psychomotricienne devant lui dire « non » à de nombreuses reprises. Elle manifeste aussi une anxiété qui l'empêche d'être présente à la séance, étant sans cesse dans l'anticipation : « qu'est-ce qu'on va faire dans le deuxième groupe ? », « est-ce que ce sera toujours comme cela ? », etc. Elle demande souvent à passer alors que ce n'est pas son tour. Pour le groupe « graphisme » Mahina est beaucoup plus animée et il semble que toute timidité l'ait quittée. Nous faisons un jeu de société faisant travailler la reconnaissance tactile d'animaux. Elle parle beaucoup et a tendance à se précipiter. Elle est très motivée pour gagner, au point d'oublier parfois de jouer son tour, ne pensant qu'à avancer son pion. Son comportement contraste fort avec l'heure précédente, cependant dans les deux groupes elle a tendance à accaparer l'attention de l'adulte sur elle.

Yaya, Lucas et Mahina frappent de prime abord par leur agitation excessive, désordonnée, non productive, gênante. Gênante pour l'adulte et pour leur entourage certes, mais premièrement pour eux. Dès le jour de notre rencontre, j'ai été frappée par la

tempétoosité de ces enfants, qui créent un véritable tourbillon d'agitation autour d'eux, accaparant toute l'attention de l'adulte pour les canaliser. Ils ont suscité en moi une agitation interne majeure pour tenter de maîtriser leur mouvement incessant, à deux doigts de la violence souvent, et j'ai été en quelque sorte entraînée par cette tornade qui les habite.

Ce chaos qu'ils créent autour d'eux m'a paru être le reflet de leur manière d'être au monde, la manifestation externe de ce qu'ils vivent intérieurement. L'agitation et l'impulsivité entravent leurs actions et leur comportement, et accaparent leur activité psychique. A cause de ce mode de fonctionnement, ils ont peu d'amis, leur parcours scolaire a été jalonné d'embûches (allant jusqu'à la déscolarisation), ils font l'objet de rebuffades constantes de la part de leurs parents et proches... ils sont bien les premières victimes de ce comportement qui les déborde. Comment, en psychomotricité, approcher ces enfants agités, comment comprendre le mode de fonctionnement qui est le leur, pour les aider au mieux ? Tel a été mon premier questionnement.

Mes recherches m'ont amenée à considérer l'agitation comme symptôme d'un trouble désormais largement connu sous le nom de TDA/H – Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité. La source serait donc ailleurs : dans les fonctions exécutives gérant les capacités attentionnelles pour les uns, ou bien dans l'environnement et plus particulièrement dans les interactions précoces pour d'autres. La psychomotricité puise dans ces deux courants. Sa vision tient compte du capital génétique et neurobiologique de l'homme mais aussi de l'impact de l'environnement sur son développement.

Je présenterai donc l'état actuel des connaissances sur le TDA/H et les principaux modèles de compréhension de ce trouble, du côté neuroscientifique d'une part, et psychodynamique d'autre part, pour tenter de les unir dans une vision psychomotrice. Je proposerai enfin une réflexion sur l'accompagnement spécifique des enfants instables en psychomotricité, une fois remis en lumière le caractère éminemment psychomoteur de ce trouble, en étayant mon propos de vignettes cliniques.

PARTIE THEORIQUE

I. Le TDA/H, un trouble neuro-développemental

L'agitation est un symptôme, un signe clinique - observable et bruyant s'il en est - d'un trouble plus complexe dont les modèles de compréhension ont fait débat depuis trois siècles. Je retracerai brièvement leur évolution pour exposer les principales caractéristiques du TDA/H tel qu'il est présenté dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, le DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2016), utilisé largement dans le monde médical aujourd'hui.

I.1. Evolution nosographique du TDA/H

Dès le XVIIIème siècle on trouve des descriptions dans les publications médicales d'adultes agités, instables, impulsifs, inattentifs. A la fin du XIXe siècle, le neurologue Bourneville présente des tableaux cliniques d'enfants où les signes d'agitation motrice et d'impulsivité dominant, associés à des troubles d'inattention ou « étourderies ». Nous voyons dès lors apparaître le trépied symptomatique du TDA/H (Bange, 2014). Ces signes cliniques ne sont donc pas récents ; cependant la recherche étiologique sur leur cause, le lien qui les unit et leur ordre de prédominance, fait encore débat à l'heure actuelle.

Au début du XXe siècle, Emile Dupré (1913) propose une première définition de *l'instabilité psychomotrice* impliquant l'étroite association de signes moteurs et psychiques : l'agitation motrice et l'incapacité d'attention. Plusieurs écoles voient ensuite le jour. Les unes, d'origine anglo-saxonnes, optent pour une origine du trouble principalement organique, provenant de lésions cérébrales *a minima*. On parle alors de syndrome hyperkinétique, dans lequel l'accent est mis sur l'hyperactivité motrice, accompagnée de distractibilité au second plan, et d'une instabilité de l'humeur. Ces théories sont aujourd'hui critiquées et leur emploi se raréfie au profit de la classification en vigueur du DSM-5 (Haute Autorité de Santé [HAS], 2015). D'autres sont en faveur de facteurs socio-environnementaux. C'est le cas d'Heuyer puis d'Ajuriaguerra en Europe. Certains défendent un modèle de l'hyperkinésie avec une cause purement psycho-affective et réactionnelle à l'environnement, écartant toute étiologie organique. Ce courant est défendu par certains

psychanalystes dont Winnicott en Angleterre. Ce courant psychodynamique s'étiolo dans les années 1980 dans les pays anglo-saxons, mais perdue en France.

En 1980, le DSM-III formalise le Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité. Le trouble est alors considéré en premier lieu comme un trouble attentionnel, l'hyperactivité passant au second plan. Les révisions du DSM-IV puis du DSM-5 achèveront l'évolution nosographique du TDA/H, qui quitte la catégorie des troubles du comportement pour figurer aujourd'hui parmi les Troubles Neuro-développementaux. Ces troubles affectent les grandes fonctions du cerveau, ont un début précoce, et une influence génétique (Bouvard, 2016).

I.2. Le TDA/H selon le DSM-5

I.2.1. Critères diagnostiques

La querelle nosographique autour du TDA/H n'est pas close, et il n'y a pas à l'heure actuelle de consensus permettant de délimiter ce trouble de manière exhaustive. En effet, les variations de sa triade symptomatique caractéristique : « inattention, impulsivité, hyperactivité » sont si grandes selon les patients, qu'il est impossible d'en établir un tableau clinique unique. Nous sommes en présence d'un trouble complexe. Le DSM-5 (APA, 2016) fournit cependant des critères diagnostiques permettant d'en saisir les contours principaux :

- A. Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, caractérisé par 6 (ou plus) symptômes d'inattention et/ou 6 (ou plus) symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité persistant depuis au moins 6 mois.
- B. Plusieurs symptômes d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité étaient présents avant l'âge de 12 ans.
- C. Plusieurs symptômes d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité sont présents dans au moins deux contextes différents.
- D. On doit mettre clairement en évidence que les symptômes interfèrent avec ou réduisent la qualité du fonctionnement social ou scolaire.
- E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

1.2.2. Triade symptomatique, sous-types et degrés de sévérité

Le TDA/H se définit donc comme un trouble tridimensionnel associant inattention, hyperactivité et impulsivité. L'attention est définie par William James (1950) comme « *la sélection sous forme claire et précise d'une information ou d'un événement extérieur à la pensée et son maintien dans la conscience* ». L'hyperactivité, ou instabilité psychomotrice, correspond à l'incapacité à rester en place dans une situation de contrainte : c'est une agitation désorganisée et sans but. L'impulsivité est définie par une incapacité à inhiber une réponse, se manifestant par une réponse trop rapide aux stimuli, souvent inadaptée ou exagérée (Bouvard, 2016).

Le DSM-5 spécifie trois sous-types de TDA/H : la présentation inattentive prédominante, la présentation hyperactive/impulsive prédominante, et la présentation mixte.

De plus, il distingue trois degrés de sévérité : léger (seuls les symptômes requis au minimum pour poser le diagnostic sont présents, entraînant des altérations mineures du fonctionnement social ou scolaire), moyen (les symptômes ou l'altération fonctionnelle sont présents sous une forme intermédiaire), ou sévère (plusieurs symptômes sont présents au-delà de ceux requis pour poser le diagnostic, ou bien ils entraînent une altération fonctionnelle marquée).

I.3. Epidémiologie du TDA/H

1.3.1. Prévalence et sex ratio

La prévalence des enfants et adolescents souffrant du TDA/H varie d'une étude à l'autre, notamment en fonction de la méthodologie utilisée pour diagnostiquer le trouble. Elle serait comprise entre 3,4% et 5,5% (ce qui représente en moyenne un enfant par classe). Le sex-ratio est déséquilibré, comme dans d'autres troubles neuro-développementaux. Il varie de 2 à 4 garçons pour une fille (Polanczyk et al., 2015).

1.3.2. Facteurs de risque

Les facteurs de risque du TDA/H et leur importance respective divisent encore les chercheurs, mais il semble acquis à un grand nombre que ce trouble soit d'origine multifactorielle (Anciaux et al., 2013). Il résulterait de l'implication de facteurs biologiques, génétiques, environnementaux et épigénétiques (soit la modification de l'expression des

gènes en fonction de l'influence environnementale). Parmi les facteurs environnementaux, on distingue des facteurs pré et périnataux, tels que l'exposition à des produits toxiques in utero, le stress maternel ou la prématurité, les facteurs psycho-sociaux (doublement du risque dans les familles de bas statut socio-économique, négligence, abus, conflits parentaux) et des facteurs diététiques (Bouvard, 2016).

1.3.3. Comorbidités

Plus de la moitié des enfants atteints de TDA/H présentent une comorbidité. Parmi les plus fréquentes, on retrouve les troubles spécifiques des apprentissages : ils concernent 46,1% des enfants avec TDA/H, contre 5,3% des enfants sans TDA/H (Larson et al., 2011). Les troubles des conduites, les troubles anxieux ou encore les dépressions sont également sur-représentés parmi la population avec TDA/H, ainsi que les Troubles du Spectre Autistique (TSA)⁵. Les troubles de la régulation émotionnelle, eux, concerneraient de 25% à 45% des enfants avec TDA/H (Brown, 2019).

Devant de tels chiffres, les chercheurs ont tenté d'apporter des explications. J'en retiendrai essentiellement deux : d'une part, les facteurs de risque du TDA/H sont partagés par les autres troubles neuro-développementaux. Les enfants atteints d'un trouble neuro-développemental sont ainsi malheureusement plus vulnérables et susceptibles de développer des comorbidités que les autres. Cet argument expliquerait en partie notamment la sur-représentation d'enfants souffrant de troubles des apprentissages ou encore de TSA parmi la population TDA/H. Comment expliquer en revanche l'importance des troubles de l'humeur, des troubles des conduites ou Troubles Oppositionnels avec Provocation (TOP) chez nos patients ? Qu'ont en commun ces troubles aux symptomatologies diverses ? Tous ont à voir avec les fonctions exécutives. Celles-ci, impactées dans le TDA/H, créeraient des effets néfastes en cascade, atteignant non seulement la sphère attentionnelle, mais aussi les sphères comportementale et émotionnelle.

⁵ Voir tableau en Annexe 4, p.XV, comparant les statistiques des troubles psychiatriques chez des enfants avec TDA/H et chez des enfants sans TDA/H.

II. Le TDA/H, un trouble des fonctions exécutives

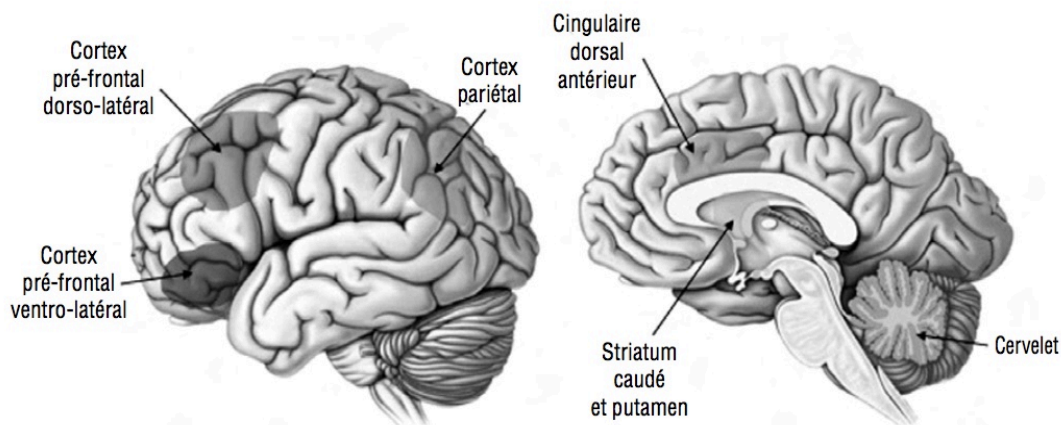
Au-delà de sa dénomination actuelle de Trouble Déficitaire de l'Attention, il convient de considérer le TDA/H comme une altération des fonctions exécutives pour saisir toute son ampleur et ses conséquences sur le fonctionnement global du sujet. Nous allons donc à présent détailler cette vision en précisant la nature et le rôle des fonctions exécutives, pour comprendre les impacts de leur dysfonctionnement.

II.1. Le TDA/H selon Brown : une altération des fonctions exécutives

Au cours des trente dernières années, de nombreuses études cliniques et neuroscientifiques ont permis de mieux cerner le TDA/H, et d'en présenter de nouveaux modèles. Je m'appuierai ici spécialement sur les travaux du psychologue Thomas E. Brown (2019). Selon lui, le syndrome du TDA/H est un trouble complexe du système cérébral d'auto-contrôle que sont les fonctions exécutives.

II.1.1. Définition des fonctions exécutives

Thomas E. Brown définit les fonctions exécutives comme des « *clusters (ou ensembles) de fonctions cognitives dynamiques et interactives du cerveau, essentielles à la plupart des aspects de l'autogestion* » (*Ibid.*, p. 12). Grâce à ces facultés cérébrales, nous pouvons identifier les tâches que nous devons effectuer, nous y appliquer avec la motivation adéquate, planifier et organiser notre action, en initier les différentes étapes au bon moment et maintenir notre effort tout au long de leur réalisation. De nombreuses structures cérébrales sont impliquées dans leur fonctionnement, notamment le cortex préfrontal, les circuits limbiques et les structures cérébelleuses.



Principales structures cérébrales impliquées dans les fonctions exécutives⁶

II.1.2. Nature de l'altération dans le TDA/H

L'altération des fonctions exécutives correspond à un défaut de maturation de ces différentes structures chez les patients atteints de TDA/H, de trois façons principales : l'anatomie et la maturation cérébrales, la maturation de la connectivité neuronale fonctionnelle dans le cerveau, et la dynamique des connections électrochimiques dans le cerveau. Des études d'imagerie ont montré un retard de trois à cinq ans dans la maturation des zones du cortex impliquées dans la gestion cognitive du cerveau chez les patients TDA/H (Shaw et al. 2017). La connectivité entre différents réseaux fonctionnels, qui permet la focalisation sur une tâche, présente elle aussi un retard. Enfin la transmission synaptique est défaillante chez ces patients, en raison d'une insuffisance de dopamine ou d'un problème de sa recapture.

II.1.3. Evolution et traitements

Ces considérations nous permettent de comprendre deux éléments importants concernant l'évolution et le traitement du TDA/H. D'une part, le TDA/H n'est pas une

⁶ Reproduit de « Le cerveau de l'hyperactif : Entre cognition et comportement », par Habib, M., 2011, *Développements*, 9(3), 26-40.

affection statique. S'il s'agit d'un retard de maturation cérébrale présentant une importante composante héréditaire, celui-ci peut être plus ou moins amélioré ou aggravé en fonction des situations, tout au long de la vie. Un environnement soutenant, une évaluation adéquate et un traitement efficace, ainsi que la mise en place de stratégies compensatoires, peuvent grandement soulager l'enfant et atténuer les symptômes. Au contraire, un soutien familial ou scolaire insuffisant, des critiques ou punitions trop sévères, le stress engendré par des facteurs environnementaux néfastes, l'absence de diagnostic et de traitements appropriés peuvent contribuer à l'aggravation des symptômes.

D'autre part, la découverte du problème de transmission dopaminergique ouvre la voie à un traitement médicamenteux du TDA/H, par des psychostimulants permettant de rétablir une bonne communication inter-neuronale. Largement prescrits depuis les années 1990 aux Etats-Unis, leur usage est très controversé en France. Leur prescription y est très encadrée : ce traitement n'est recommandé qu'en seconde intention, associé à une thérapie. Il est administré à partir de six ans, et de manière séquentielle (habituellement, les jours d'école uniquement). En effet, si ces traitements améliorent la qualité de vie des patients – on estime qu'ils sont efficaces dans 60% à 95% des cas – ils agissent sur les symptômes mais n'apportent pas de guérison au TDA/H. Il est donc important de maintenir un suivi thérapeutique pour l'enfant et sa famille afin de les aider au mieux à vivre avec le TDA/H (Revol & Blanc-Lapierre, 2018).

II.2. Les fonctions exécutives

Difficultés attentionnelles, impulsivité et hyperactivité sont dues à une altération des fonctions exécutives. Quel est le lien entre ces trois dysfonctionnements ? Que recourent donc les fonctions exécutives, que gèrent-elles exactement, et en quoi diffèrent-elles dans le TDA/H ?

II.2.1. Le modèle neuroscientifique de Brown

Il apparaît important, à ce stade de notre réflexion, de nous appuyer sur un modèle théorique des fonctions exécutives pour comprendre plus précisément leur organisation. J'ai choisi le modèle proposé par Brown (2019). Il décrit six *clusters* de fonctions cognitives apparentées interagissant de façon dynamique dans l'auto-contrôle.

1. **Activation** : organisation, priorisation et initiation d'une tâche

2. **Concentration** : focalisation, maintien de l'attention sur les tâches et déplacement de l'attention au besoin
3. **Effort** : régulation de la vigilance, maintien de l'effort et ajustement de la vitesse de traitement
4. **Emotion** : gestion de la frustration et modulation des émotions
5. **Mémoire** : utilisation de la mémoire de travail et accès à la mémoire de rappel
6. **Action** : monitoring et autorégulation de l'action

Ces six ensembles de fonctions interagissent de façon dynamique, en général sans que nous n'y apportions de réflexion ou de délibération consciente. Par exemple lorsque nous conversons avec une personne, conduisons une voiture ou préparons un repas, tous ces processus sont automatisés.

II.2.2. Développement ordinaire des fonctions exécutives

Les structures cérébrales soutenant les fonctions exécutives sont parmi les aspects du cerveau humain se développant le plus lentement. On observe l'émergence des premières capacités d'auto-contrôle chez l'enfant à partir de deux ans, mais celles-ci sont encore élémentaires et devront opérer un long développement pour parvenir à complète maturité vers l'âge de vingt ans. Au cours de l'enfance et de l'adolescence, le sujet apprend à gérer des tâches de plus en plus complexes et grandit ainsi en autonomie. Chaque enfant avance à son rythme, et l'éventail de la « normalité » est très large dans le domaine des fonctions exécutives. Il existe cependant un certain seuil à partir duquel on peut convenir qu'un enfant présente un retard pour l'acquisition d'aptitudes nécessaires habituellement attendues pour faire face à la vie quotidienne.

Par exemple, on attend généralement des enfants d'âge préscolaire qu'ils sachent s'habiller sans aide excessive, éviter les risques majeurs (comme ne pas se mettre en danger en traversant la rue ou en manipulant un couteau tranchant), coopérer dans un jeu partagé avec d'autres enfants, et moduler leurs réactions émotionnelles extrêmes. Des enfants allant à l'école primaire sont normalement capables de maintenir leur concentration et leur effort sur les tâches assignées même lorsque celles-ci ne leur semblent pas particulièrement intéressantes, d'organiser leur matériel nécessaire pour l'école et les activités, ou encore de développer des amitiés avec leurs pairs. Ces capacités d'adaptation représentent des défis considérables pour les enfants atteints de TDA/H.

II.3. Impact de l'altération des fonctions exécutives dans le TDA/H

II.3.1. Difficultés dans l'autogestion

Les retards de développement liés au TDA/H peuvent altérer ces fonctions, et créent alors des difficultés que nous retrouvons fréquemment chez nos patients. En voici quelques exemples, classés par fonctions.

Activation : difficultés chroniques à organiser ses affaires, établir des priorités et organiser son temps, à se motiver pour débiter une tâche.

Les changements d'activité lors du groupe « rythme » sont souvent l'occasion de décrochages pour Yaya. Lors d'une séance axée sur le jonglage, il ne débute pas l'exercice avec les autres. Les autres s'entraînent à jongler seuls, pour ensuite faire des passes en binômes. Yaya, qui erre dans le gymnase pendant le temps d'entraînement, ne semble pas voir qu'il se trouvera en difficulté quand il nous rejoindra pour les passes à deux.

Concentration : difficultés à maintenir son attention sur une tâche spécifique, grande distractibilité.

Les séances du premier semestre avec Lucas sont une succession de propositions, Lucas ne parvenant pas à persévérer plus de quelques minutes sur une activité. Avant Noël, nous lui proposons une activité plus longue, la réalisation d'une boule de Noël. Devant la difficulté il se désorganise vite, s'énerve et renverse sa boule et son contenu, se lève de table et tape avec divers objets contre les murs de la salle.

Effort : difficultés à réguler son sommeil et sa vigilance (aller se coucher le soir, se réveiller le matin, rester éveillé lors d'activités statiques), difficultés à maintenir l'effort sur des projets à long terme, et à ajuster la vitesse de traitement de l'information (lenteur).

Mahina oscille entre un état de grande excitation et une lassitude extrême. Au groupe « graphisme », elle est très motivée par les activités créatives, qui changent à chaque séance. Elle s'y montre vive et attentive, très appliquée. En revanche pour les exercices de graphisme pur, repris en début de chaque séance au deuxième semestre, elle est très lente à se mettre à table et elle écrit sans s'appliquer, effondrée sur la table.

Emotion : difficultés de gestion des réactions émotionnelles impulsives en particulier liées à la frustration, la colère, la déception, le désir ou l'inquiétude.

Mahina a toujours beaucoup de propositions pour le groupe « rythme ». Elle aime particulièrement les jeux avec éliminations. Lorsqu'elle propose de faire des éliminations dès le premier exercice de la séance, nous refusons en lui expliquant que l'objectif est premièrement d'être tous ensemble. Elle se renfrogne alors et participe à peine, montrant ostensiblement sa frustration et sa déception. Elle ne sortira de cet état qu'à la fin de la séance.

Mémoire : difficultés de mémoire à court terme, de mémoire de travail, difficultés en situation de double-tâche.

Un exercice proposé au groupe « rythme » consiste à mémoriser la position de différents objets, de différentes couleurs, disposés dans le gymnase. On enlève un objet et les enfants doivent retrouver lequel, sa position et sa couleur. Puis les enfants doivent retrouver deux objets enlevés simultanément. Yaya et Mahina sont perdus et se désorganisent à ce moment, la difficulté est trop grande.

Action : difficultés à gérer son niveau d'activité générale (activité physique effrénée, activité verbale surabondante), à réguler son impulsivité (comportements ou paroles initiés

sans tenir compte des conséquences potentielles), à considérer une situation dans son ensemble.

Yaya ne peut rester assis, comme il est demandé, pendant que nous énonçons les consignes d'un exercice. Lorsqu'il arrive à ne pas se lever, il tortille ses chaussettes, ses manches, ou manipule un objet. Lorsque nous faisons des exercices avec des balles il ne peut s'empêcher, après quelques minutes, de les lancer à travers le gymnase. Quand il n'a pas de matériel entre les mains, il tente régulièrement de se suspendre à l'espalier (ce qui est normalement interdit).

II.3.2. Difficultés liées à la priorisation et à la motivation

A travers ces exemples, nous voyons apparaître des difficultés qui dépassent la stricte triade symptomatique du TDA/H, ainsi qu'un aspect très aléatoire dans les capacités d'autogestion de ces enfants. En effet, quand ils sont motivés par une tâche, ils peuvent l'accomplir avec grande attention, faire preuve d'une bonne mémoire de travail et sont capables de maintenir leurs efforts sur une longue période. C'est ce que Brown appelle « *le mystère central du TDA/H* ». Selon lui, les patients TDA/H souffrent d'un déficit chronique dans la motivation pour de nombreuses tâches quotidiennes, expliqué par leur défaut de mémoire de travail. En effet, la mémoire de travail permet de garder à l'esprit le contexte plus large d'une situation et les possibilités futures, ce qui permet d'y trouver une motivation. Les patients TDA/H auront au contraire tendance à être submergés par leur émotion présente et incapables de garder en tête d'autres pensées et émotions pertinentes pour guider leurs actions (Brown, 2019).

Nos patients n'arrivent souvent à se mobiliser pour une action que lorsqu'il leur semble que les conséquences leur seront immédiatement très agréables (ou très pénibles s'ils ne la font pas). Ils n'agissent que dans l'urgence. Certains chercheurs ont développé le concept de « *l'aversion au délai* » pour décrire cette tendance à privilégier un plus petit gain reçu immédiatement plutôt que d'attendre pour obtenir un gain plus conséquent (Sonuga-Barke, 2005). Selon cette théorie les symptômes d'inattention ou d'hyperactivité, plutôt que de représenter la cause des difficultés, seraient destinés à réduire la perception du délai.

III. L'instabilité psychomotrice, hypothèses psychodynamiques

Si les facteurs neurobiologiques impactant les fonctions exécutives dans le TDA/H sont aujourd'hui largement reconnus, il n'en reste pas moins que d'autres facteurs, psycho-affectifs, peuvent exercer une influence considérable sur l'expression de ce trouble. La prise en compte de facteurs environnementaux semble essentielle pour une compréhension globale du fonctionnement de l'enfant instable.

III.1. L'instabilité psychomotrice, pathologie plurifactorielle

Il est important de ne pas réduire le TDA/H à un seul modèle étiopathogénique car ce trouble, nous l'avons dit, est un trouble complexe et polyfactoriel. Sa prise en charge doit être globale et tenir compte de l'ensemble des facteurs qui le constituent. Pour cette raison je lui préférerai dans ce mémoire la dénomination d'« instabilité psychomotrice », qui me semble mieux rendre compte de la complexité clinique et psychopathologique de nos patients en s'appuyant sur une pensée neurocognitive d'une part, et sur une certaine pensée psychanalytique d'autre part.

III.1.1. Le syndrome d'instabilité selon Joly

Fabien Joly (2005) parle ainsi des « *trois instabilités* » pour évoquer la triade symptomatique de l'enfant instable : instabilité motrice (hyperkinésie, agitation motrice), instabilité psychique (difficultés attentionnelles), instabilité psycho-affective (impulsivité). Ces trois instabilités s'articulent de façon singulière pour chaque patient, et forment la partie visible du syndrome d'instabilité. S'y ajoutent des « troubles associés », dont la fréquence⁷ laisse à supposer qu'ils sont plus que des comorbidités. Fabien Joly les considère comme « *la face immergée d'un iceberg dont le seul manifeste émergé rentre dans les trois signes pathognomoniques évoqués ci-dessus* » (*Ibid.*, p. 113). Parmi eux, on trouve : les troubles instrumentaux, les troubles oppositionnels et relationnels, les troubles anxio-dépressifs et une grande fragilité narcissique. Ces troubles révèlent une structuration psychique

⁷ Cf. *infra*, p.31.

défaillante chez les enfants instables, qui expliquerait leur difficulté à supporter le délai ou la frustration, à investir et exploiter leurs capacités exécutives.

III.1.2. Perturbations dans les interactions précoces des enfants instables

Diverses hypothèses ont été émises pour tenter de rendre raison du fonctionnement psychique des enfants instables. Maurice Berger (2013) montre que leur problématique principale se situe dans la difficulté d'entrer en relation avec l'environnement primaire. Sur une étude menée sur 60 patients instables, il constate que 54 ont eu des interactions précoces défectueuses. La plupart de ces enfants ont subi des interactions précoces violentes, incohérentes ou carencées, et ont dû être séparés de leurs parents. Plus de 30% des enfants instables ont dû faire face à une dépression maternelle précoce. D'autres ont été soumis à un forçage éducatif, manifesté par des dysrythmies (inadaptation des exigences parentales avec le rythme de l'enfant). D'autres enfin ont connu des mères instables, dont le maternage a pu être discontinu. Ces différentes situations aboutissent à un dysfonctionnement relationnel qui entrave la construction identitaire du tout-petit et le dépassement de certaines angoisses archaïques.

III.2. Aux sources de l'instabilité : le développement psychoaffectif et les interactions précoces

Nous nous appuyerons ici sur Winnicott et ses travaux sur le développement affectif du nourrisson (1969), pour éclairer l'impact d'un trouble des interactions précoces sur la structuration psychique.

III.2.1. Le holding et la capacité d'être seul selon Winnicott

La première année de vie constitue une période fondamentale dans le processus du développement affectif du nourrisson. Elle lui permet, lorsque les conditions sont suffisamment bonnes, d'acquérir la capacité à être seul en présence de l'autre. A la naissance, le bébé se trouve dans une dépendance absolue à l'égard de son environnement physique et affectif. S'il est en présence d'une mère qui sait suffisamment s'adapter à ses besoins, il passe graduellement d'un état primaire non intégré à une intégration de sa personnalité. Ce passage se fait notamment par l'acquisition d'un sentiment de sécurité procuré par sa mère dans la façon dont elle le tient. Le *holding* pour Winnicott consiste en un portage physique mais aussi psychique du nourrisson : « *c'est à la fois physiquement mais aussi par des*

moyens plus subtils que la mère maintient (hold) le nourrisson en un tout » (Ibid., p. 313). L'intégration aboutit à la construction du *self*, de la personnalité, c'est-à-dire à l'accordage de la psyché et du corps.

Vers le cinquième mois, lorsque l'enfant a pu bénéficier de soins maternels suffisamment bons, il fait une expérience fondamentale : celle d'être seul en présence de sa mère. Cette capacité repose sur la conscience qu'a le petit enfant de l'existence ininterrompue de sa mère, à qui il peut se fier : il est suffisamment en sécurité pour jouer seul, en présence de sa mère, pendant un temps limité. La maturité affective est en relation étroite avec la capacité d'être seul, capacité fondée sur cette expérience du tout-petit suffisamment sécurisé et soutenu par sa mère.

Durant ces premiers mois de la vie, période dite du narcissisme primaire, le bébé éprouve une expérience d'omnipotence. Il pense que les objets environnants sont là pour lui, et qu'il en est l'origine, qu'il les a créés. Cette étape permet à l'enfant de dépasser des angoisses archaïques telles que se morceler ou encore chuter sans fin. Associé à ce processus d'omnipotence, le jeune enfant acquiert progressivement le sentiment de continuité de l'existence.

III.2.2. Les conséquences d'un holding défectueux

Lorsque les interactions précoces ne se déroulent pas de manière adaptée et suffisamment bonne pour l'enfant, les processus qui en découlent dans son développement psychomoteur en sont affectés. Nous en relèverons particulièrement trois (Berger, 2013).

- Premièrement l'intégration dans le temps et l'espace est perturbée. En raison de la dysrythmie des interventions parentales, l'enfant éprouve une tension permanente, source d'hyperkinésie. Il lui est également difficile de se différencier de l'autre, en raison d'un sentiment de continuité corporelle insuffisant.

- Ensuite la personnalisation, c'est-à-dire l'intégration des pulsions dans la vie psychique, ne peut s'opérer. Les pulsions restent non intégrées, sources de désorganisation massive.

- Enfin l'instauration de la relation d'objet ne peut s'établir, car l'illusion d'omnipotence créatrice ne peut pas advenir en présence d'un environnement inadapté à l'enfant.

III.3. L'instabilité, une difficulté à être seul en présence de l'autre

III.3.1. L'instabilité comme défense contre des angoisses archaïques

Face à un *holding* défectueux, en proie à des angoisses archaïques insurmontables, angoisses de morcellement ou d'effondrement, incapable de se constituer un sentiment de continuité d'existence, l'enfant trouverait dans l'agitation une réponse pour sortir de l'angoisse. L'enfant n'ayant pas intégré la fonction porteuse des soins maternels va alors « lâcher » les objets dans une agitation motrice improductive, ou « lâcher » ses pensées dans une distractibilité excessive. Il aura du mal à dépendre d'un autre, à entrer en relation, car être porté - physiquement et psychiquement - équivaut à prendre le risque d'être lâché, et de perdre le contrôle de la relation.

Quand la fonction maternelle échoue à calmer l'angoisse, l'enfant pourra rechercher dans son comportement moteur une fonction pare-excitante : un retour au calme, par l'épuisement faisant suite à l'excitation. Le besoin de bouger en permanence pourrait être interprété comme un processus auto-calmant : l'enfant n'ayant pas trouvé d'objet extérieur capable de l'apaiser au cours des interactions précoces, aura recours au mouvement externe pour calmer ses mouvements pulsionnels internes.

III.3.2. L'instabilité comme mise à distance de l'autre

Maurice Berger (2013) propose un modèle de compréhension de l'instabilité comme une difficulté à être seul en présence de l'autre. Cette difficulté signe une défaillance de maturation affective de l'enfant.

Par son agitation physique et psychique, l'enfant instable immobilise en quelque sorte l'autre. Il s'impose et accapare l'autre, il « prend toute la place ». Ce comportement peut être lu comme une tentative de maîtrise de l'objet, perçu comme menaçant en soi, traduisant une incapacité à être seul, de façon sécurisée, en présence de l'autre. Ainsi pour l'enfant instable, s'agiter permettrait d'immobiliser l'autre, et ainsi de le neutraliser.

Lors d'une séance autour du rythme, nous utilisons divers instruments à percussions. Lucas commence par bouder : « je n'aime pas la musique ». Puis il s'empare de la proposition en la détournant. Il prend le rôle du chef d'orchestre, désignant qui jouera quand. Il peut ainsi s'investir dans la séance.

L'enfant instable, n'ayant pu établir de relation d'objet à cause d'une défaillance dans les interactions précoces, se sentirait menacé par l'objet, envahi en sa présence. Le mettre à distance serait alors le moyen de vaincre cette menace. Le mouvement, l'agitation motrice et psychique, constitue alors une défense en mettant l'autre à distance, permettant de se protéger contre son intrusion.

Lorsque Yaya est en difficulté dans un exercice, il lâche la proposition et s'agite dans le gymnase. Si une balle ou un objet se trouve dans la pièce, il s'en empare pour le jeter. S'il ne trouve rien d'accessible immédiatement, il se met à tourner sur lui-même et à faire le tour de la salle. Si ma binôme ou moi le laissons faire, il peut revenir dans le groupe après quelques instants. Si nous tentons de le ramener dans le groupe, verbalement ou physiquement en nous approchant de lui, nous ne faisons qu'augmenter son agitation et son opposition.

L'instabilité psychomotrice est donc un trouble complexe, que l'étude de différents modèles de compréhension nous aide à mieux cerner. Les neurosciences mettent en lumière l'altération des fonctions exécutives générant l'instabilité psychomotrice, et l'approche psychodynamique montre la fonction défensive que l'instabilité revêt pour l'individu, en constituant son unique mode d'être-au-monde possible.

Comment, en psychomotricité, peut-on participer au traitement de l'instabilité ? A quel niveau le psychomotricien intervient-il ? Comment peut-il aider l'enfant instable à mieux utiliser ses fonctions psychomotrices défaillantes et à découvrir un mode d'être-au-

monde plus ajusté et fonctionnel ? Pour répondre à ces questions, nous ferons d'abord un bref rappel sur ce qu'est la psychomotricité et nous verrons comment l'instabilité peut être qualifiée de trouble psychomoteur, en passant en revue sa sémiologie psychomotrice. Puis, nous discuterons du rôle que peut avoir le psychomotricien dans la prise en charge des enfants instables : rôle dans l'évaluation du trouble, et dans la prise en charge des items psychomoteurs défaillants. Je m'appuierai pour cela sur l'évolution des trois enfants présentés dans ce mémoire à travers les différentes médiations et modes de prise en charge qui leur ont été proposés cette année.

DISCUSSION

I. L'instabilité, un trouble psychomoteur

I.1. Psychomotricité et troubles psychomoteurs

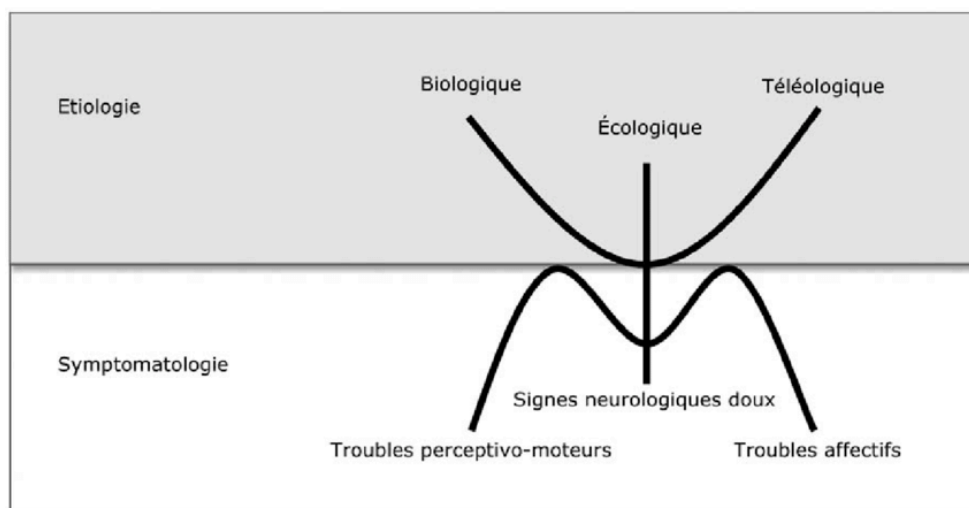
I.1.1. La psychomotricité

Afin d'évaluer la spécificité de l'apport psychomoteur dans la prise en charge de l'instabilité, il convient tout d'abord de rappeler ce qu'est la psychomotricité, quel est son regard et son domaine d'intervention propre. Je m'appuierai ici sur une définition proposée par R. Delaroche (2018), psychomotricien, qui me semble rendre compte de la richesse de notre discipline de manière synthétique.

Selon lui, la psychomotricité est une « *approche thérapeutique concevant le sujet humain comme le produit dynamique de ses interactions physiques, affectives, cognitives, avec son environnement, son entourage et les différents niveaux dont il est constitué* ». Cette « *construction dynamique* » est en perpétuelle évolution, elle peut se faire ou se défaire tout au long de la vie et le psychomotricien intervient alors pour la relancer, grâce à une lecture psychomotrice du sujet. Il évalue et agit sur les grands items du développement psychomoteur : « *tonus, axe, structuration spatio-temporelle, gestualité, sensorialité, enveloppe, représentations de soi, cohérence psycho-émotionnelle* » (*Ibid.*, p.109).

I.1.2. Les troubles psychomoteurs

Les troubles psychomoteurs se rapportent à la fois aux interactions du sujet avec son environnement et à sa manière de s'engager dans l'action (Scialom et al, 2017). D'origine neurodéveloppementale, ces troubles complexes entravent les mécanismes d'adaptation du sujet en affectant ses capacités perceptivo-motrices. Pour bien les traiter, le psychomotricien doit prendre en compte toutes leurs caractéristiques étiologiques et symptomatologiques, et leurs interdépendances. Cette vision globale du trouble psychomoteur a été modélisée par Corraze (2010).



Trépied symptomatologique et pluralité étiologique des troubles psychomoteurs⁸

L'étiologie des troubles psychomoteurs est plurielle, elle comprend des aspects organiques, environnementaux et téléologiques (liés au caractère intentionnel de l'action de l'individu). Les symptômes des troubles psychomoteurs appartiennent à trois grands ensembles : les troubles perceptivo-moteurs, les troubles psycho-affectifs et les signes neurologiques doux. Ces derniers, par opposition aux signes neurologiques durs, suggèrent la présence d'un dysfonctionnement cérébral *a minima* et sont mis en évidence par l'examen psychomoteur (mouvements anormaux, troubles du tonus, de l'équilibre, des coordinations motrices, etc.).

1.1.3. L'instabilité, syndrome psychomoteur par excellence

Nous retrouvons toutes les caractéristiques du trouble psychomoteur dans le tableau clinique de l'instabilité psychomotrice. Ce trouble s'exprimant sur les deux versants, moteur et psychique, peut à juste titre être qualifié de syndrome psychomoteur. Pour Ajuriaguerra (1972) : « *l'instabilité psychomotrice est la figure psychomotrice sur un fond désorganisé* ». Selon lui, l'instabilité psychomotrice ne peut être considérée uniquement sous son aspect moteur ni uniquement sous l'angle psychoaffectif du développement de l'enfant. Elle ne doit être abordée ni sous un abord purement neurologique, ni purement psychiatrique, mais bien

⁸ Reproduit de « Manuel d'enseignement de psychomotricité : tome 1 », par Scialom, P. et al., 2017.

dans une approche tenant compte de sa complexité, appartenant proprement au domaine psychomoteur.

Nous avons déjà abordé les diverses étiologies de l'instabilité psychomotrice. Sa triade symptomatique (inattention, impulsivité, agitation) relève des trois ensembles symptomatologiques constituant les troubles psychomoteurs. Les troubles perceptivo-moteurs sont nombreux. On relève de fréquents troubles perceptifs, en lien avec le déficit attentionnel qui entrave l'extraction d'informations, dans différents domaines tels que les sensations, l'espace ou le temps. Les troubles moteurs touchant la motricité globale, les coordinations et l'équilibre, ainsi que la motricité fine et la dextérité manuelle, sont aussi manifestes chez les enfants instables. Les troubles psycho-affectifs ont également été évoqués, avec les problèmes de motivation et de gestion émotionnelle d'une part, et l'importance des comorbidités d'autre part. Il peut s'agir des troubles externalisés comme le Trouble Oppositionnel avec Provocation ou des troubles internalisés de type anxio-dépressifs. Enfin les signes neurologiques doux sont également présents chez les enfants instables : les difficultés d'organisation tonique en sont un exemple.

Nous allons maintenant détailler la sémiologie proprement psychomotrice des enfants instables, mise en lumière par l'observation et l'évaluation des items psychomoteurs. Je m'appuierai ici sur le travail d'Ingrid Zammouri, psychomotricienne (2011), que j'illustrerai par des vignettes cliniques.

I.2. Sémiologie psychomotrice de l'enfant instable

I.2.1. Troubles toniques

On observe des difficultés d'organisation tonique. L'enfant peut présenter un profil hypertonique, accompagné de blocages respiratoires et de mouvements saccadés, procédant en « tout ou rien » : l'enfant peut retenir une tension extrême jusqu'à devoir la déverser en une décharge tonique explosive. Ou bien l'enfant est hypotonique, et manifeste des difficultés à agir dans un cadre donné, il recherche sans cesse la limite, corporelle et psychique.

Yaya éprouve de grandes difficultés à se relâcher lors des temps calmes qui clôturent le groupe « rythme ». Toujours en mouvement et en tension, il lui est très coûteux, voire anxiogène, de s'immobiliser et de garder le silence quelques instants. Il cherche souvent à fuir le temps calme, retournant dans le vestiaire et remettant ses chaussures avant les autres. Quand il accepte ce temps, il reste assis (les autres enfants sont allongés) et ne veut pas fermer les yeux. Son fond tonique reste élevé quelles que soient les mobilisations proposées. Il a du mal à recevoir les mobilisations passives, aussi nous l'invitons à faire des auto-mobilisations de type percussions corporelles avec un objet médiateur dur. Sa respiration reste saccadée, et il tourne la tête en permanence. Il repart comme une flèche dès la fin du temps calme, en ayant retiré peu de bénéfices.

Les fonctions du tonus sont multiples dans le développement psychomoteur du sujet. Lié à la proprioception, il participe à la perception et à la conscience de soi, et permet une première représentation unifiée du corps propre (Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J. M., 2017). Toile de fond de nos postures et de nos actions, il soutient notre engagement dans la relation à l'autre, et marque toutes nos coordinations motrices (locomotion, équilibre, etc.). Les répercussions d'un trouble tonique sont donc vastes et se manifestent chez les enfants instables dans de nombreux domaines, d'une motricité globale entravée par un manque d'aisance et d'équilibre à un défaut d'intégration de l'axe, ou encore une difficulté de gestion émotionnelle.

1.2.2. Troubles praxiques

On observe une maladresse, liée à un défaut d'élaboration du projet moteur chez l'enfant instable. Une intégration corporelle défaillante ainsi qu'un manque d'adaptation gestuelle aux contraintes de l'environnement conduisent à cette « *improductivité de l'instable* », selon I. Zammouri (*Ibid*, 2011).

Lucas, à 10 ans, ne sait toujours pas bien faire ses lacets. Il préfère rentrer ses lacets à l'intérieur de ses chaussures plutôt que de devoir faire et défaire les nœuds, car il doit alors s'y reprendre à plusieurs fois avant de réussir. Lors d'une séance particulièrement agitée, il a trop chaud et enlève son gilet. Lorsqu'il s'agit de le remettre à la fin de la séance il doit s'y reprendre à trois fois, retourne les manches deux fois avant de trouver le bon sens, etc. Il porte souvent une chaussette à l'envers, l'autre à l'endroit.

1.2.3. Troubles de la représentation du corps

Le schéma corporel des enfants instables est souvent mal intégré. En effet leur agitation motrice, leur modalité d'être dans un incessant mouvement empêche l'intégration de nombreuses informations sensorielles. Or le schéma corporel se fonde sur la perception de nos différentes sensations tactile, visuelle, kinesthésique et vestibulaire (Scialom et al., 2011). Il demeure donc souvent incohérent et inachevé dans sa construction chez l'enfant instable. Cette insuffisance de repères corporels s'accompagne d'une image du corps fréquemment dévalorisée. Outre les troubles anxiodépressifs fréquemment associés à l'instabilité, on observe une tendance à se sous-estimer chez nos patients, un manque de confiance en eux et en leurs compétences psychomotrices. Ce phénomène est souvent amplifié par l'accumulation d'expériences négatives, d'échecs, de remontrances, accumulés au sein de leur environnement familial ou scolaire.

Mahina et Yaya, à 11 ans, ne reconnaissent pas encore bien certaines parties du corps. Certaines somatognosies, normalement intégrées entre 5 et 8 ans, ne sont toujours pas acquises pour eux : ils se trompent régulièrement lors d'exercices de type « Jacadi » où il faut toucher son coude, sa cheville, son poignet, ou ses hanches. Ils ont toujours besoin d'un rappel en début d'exercice pour ne pas se tromper. Lors de ces exercices ils ont particulièrement besoin d'étayage verbal, d'encouragements et de félicitations de notre part, pour soutenir leurs efforts.

1.2.4. Troubles d'organisation spatio-temporelle

On note en conséquence des difficultés dans l'élaboration de repères spatiaux et temporels. La perspective du temps, de la durée, l'intégration des rythmes et des notions temporelles de base, font défaut à nos patients. L'altération de leurs fonctions exécutives, et particulièrement de la mémoire de travail, rend la considération d'une situation dans sa globalité extrêmement coûteuse pour eux. Ainsi ils vivent dans l'immédiateté, incapables de différer leur action (impulsivité) ou de se projeter dans un futur proche (intolérance au délai). Ils ont des difficultés à saisir le déroulement d'une action et à se situer dans le temps.

A la fin d'une séance, en sortant du gymnase, Yaya voit les autres enfants de l'unité déjà dans la cour de récréation. Il se précipite vers une porte donnant directement sur la cour, mais celle-ci est fermée à clé. Il va rester à frapper cette porte et à crier plusieurs minutes avant de se résoudre à remonter dans l'unité, chercher son manteau au passage, et redescendre dans la cour par l'autre porte, qui est normalement utilisée. Il ne semble pas réaliser qu'il perdrait moins de temps de récréation en prenant l'autre chemin, plus long mais où la porte est toujours ouverte.

De même, leur représentation de l'espace est défaillante. L'orientation spatiale est laborieuse, et l'absence de repères bien intégrés engendre un défaut de structuration de l'espace et d'adaptation spatiale. Le cadre de leurs actions étant ainsi peu délimité, il leur est difficile de s'y mouvoir de façon organisée et adaptée. De plus, l'intégration de l'espace implique celle des distances, or nous constatons chez nos patients une difficulté fréquente dans l'instauration de la juste distance relationnelle.

En milieu d'année, nous devons changer de salle pour la séance hebdomadaire de Lucas. Pendant 4 semaines après le changement de salle, Lucas se trompe dans les couloirs, tournant aléatoirement à gauche ou à droite, n'ayant pas repéré où se trouve sa nouvelle salle et comment s'y rendre.

II. Le rôle du psychomotricien dans la prise en charge de l'instabilité

Dans l'instabilité, syndrome psychomoteur par excellence, le psychomotricien tient une place particulière dans la démarche diagnostique d'abord, puis dans le traitement des symptômes évalués. Quel est l'apport spécifique de son intervention par rapport à celle des autres professionnels impliqués dans la prise en charge des enfants instables ?

II. 1. L'évaluation psychomotrice, contribution à la démarche diagnostique

II.1.1. Le dépistage de l'instabilité, un travail pluridisciplinaire

Les troubles attentionnels, l'agitation et l'impulsivité sont souvent repérés en premier lieu dans le milieu scolaire. L'instituteur qui constate un comportement particulièrement perturbateur dans le groupe-classe, des lâchages attentionnels récurrents ou une incapacité notoire à freiner ses impulsions chez un enfant, fait part de ses inquiétudes aux parents. Bien souvent, celles-ci ne font pas l'objet d'une découverte de la part des parents, mais confirment plutôt leurs propres observations et questionnements sur le fonctionnement particulier de leur enfant dans le milieu familial. Ceux-ci vont alors se tourner vers des professionnels de santé afin d'aider au mieux leur enfant.

Il convient tout d'abord d'établir un diagnostic du trouble de l'enfant. Le diagnostic de l'instabilité psychomotrice est clinique, et étant donné ses multiples expressions, il est important de préciser le profil de l'enfant instable de la manière la plus fine possible. Il s'agit de discerner parmi ses symptômes ce qui relève du trouble ou de la comorbidité, de cerner au plus près son fonctionnement et son vécu psychocorporel, afin de lui proposer une prise en charge thérapeutique adaptée. Ce travail ne peut être celui du seul pédiatre ou pédopsychiatre. La pluralité d'expression du syndrome d'instabilité, l'intrication de ses étiologies et symptomatologies, rendent un travail pluridisciplinaire nécessaire pour l'établissement de son diagnostic.

Le médecin va procéder à un entretien approfondi avec l'enfant et ses parents, et prescrire une série de bilans. Ce n'est qu'après avoir confronté les résultats de tous les bilans, en lien avec les observations cliniques faites par chaque professionnel, que le médecin pourra poser le diagnostic et proposer, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire, un projet

thérapeutique. Parmi les bilans indiqués, on retrouve classiquement un bilan psychologique comportant deux volets : les épreuves cognitives (telle l'échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants) et les épreuves projectives (telles le test de Rorschach ou le T.A.T, qui établissent le profil psychoaffectif de l'enfant). Un bilan neuropsychologique permettra de cibler davantage les troubles des fonctions attentionnelles et exécutives de l'enfant. Un bilan orthophonique est souvent indiqué afin d'évaluer le langage oral et écrit, et permet de repérer des troubles instrumentaux associés (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie ou dysphasie). Des examens de la sphère visuelle et auditive permettent d'évaluer les capacités perceptives et d'écarter d'éventuelles sources de gêne et de fatigabilité. Enfin, un bilan psychomoteur est requis afin de préciser la nature des troubles observés, leur composante motrice ainsi que leur contexte d'apparition. Il repère également la présence éventuelle de troubles associés. Nous allons détailler cette exploration des fonctions psychomotrices et les conditions de passation d'un bilan psychomoteur.

II.1.2. Le bilan psychomoteur et les fonctions évaluées

Un bilan psychomoteur permet de passer en revue tous les domaines du développement psychomoteur. Il utilise des tests standardisés pour évaluer les compétences psychomotrices de l'enfant par comparaison statistique avec celles d'un groupe-contrôle suffisamment représentatif ayant servi à l'étalonnage du test. On peut ainsi situer l'enfant par rapport à une norme établie, en définissant son écart par rapport à la moyenne selon la loi de Laplace-Gauss.

Chaque psychomotricien est libre d'établir la liste de tests constituant son bilan, et de faire passer le même bilan à tous ses patients ou bien de modifier la composition de son bilan en fonction de la pathologie du patient. Quelle que soit sa composition, le bilan demeure cependant incontournable pour débiter une prise en charge psychomotrice : celle-ci se fait exclusivement sur prescription d'un médecin, et s'appuie sur les observations et conclusions du bilan psychomoteur. De plus, il paraît plus pertinent que le psychomotricien propose une trame commune à tous les bilans qu'il fait passer. En effet il doit systématiquement évaluer tous les domaines de développement psychomoteur afin de repérer des points de fragilité pouvant rendre compte des erreurs possibles, et ne pas se concentrer uniquement sur le symptôme apparent.

A titre d'exemple, nous allons détailler la composition du bilan proposé à Yaya, Mahina et Lucas lors de leur période d'observation à l'unité psychopédagogique. Ce bilan évalue toutes les sphères de leur développement psychomoteur à travers des tests sélectionnés pour leur pertinence et correspondant à leur tranche d'âge. La même trame de bilan est utilisée pour tous les enfants de l'unité, ce qui permet de mieux repérer le profil particulier de chacun. Voici la composition de ce bilan, les items psychomoteurs passés en revue et les tests choisis pour les évaluer :

- **Présentation, motricité spontanée** : à partir des observations psychomotrices tout au long du bilan.
- **Niveau moteur, coordinations** : la motricité globale, les équilibres, la motricité fine et la coordination oculo-manuelle sont évalués par la batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant (M-ABC 2) de Soppelsa et Albaret. L'épreuve de motricité faciale de Kwint évalue la maturation neuromotrice.
- **Les praxies** sont évaluées par l'évaluation de la motricité gnosopraxique distale (EMG) de Vaivre-Douret.
- **Le schéma corporel** est évalué par le test des somatognosies de Bergès et le dessin du bonhomme de Goodenough.
- **La latéralité** : les épreuves d'extensibilité et de ballant évaluent la latéralité neurologique, le test de Bergès évalue la latéralité gestuelle innée et le test de dominance latérale de Zazzo évalue la latéralité fonctionnelle. Le test d'orientation droite-gauche de Piaget-Head évalue l'intégration des notions de droite et de gauche, la réversibilité et la position relative des objets.
- **L'organisation spatiale** : le test d'adaptation à l'espace et d'orientation spatiale de Marthe Vyl évalue les capacités d'organisation spatiale. Les capacités d'analyse visuo-spatiale et la coordination visuo-manuelle sont évaluées par le test de développement de la perception visuelle de Frostig et l'épreuve graphique d'organisation perceptive de Bender.
- **L'organisation temporelle** : le test d'adaptation au rythme de Soubiran évalue la boucle audio-motrice, les épreuves de rythme de Stambak évaluent la discrimination et la rétention auditive et l'accès au symbolisme.
- **Le graphisme** : l'épreuve d'évaluation rapide de l'écriture chez l'enfant (BHK-F) de Charles, Soppelsa et Albaret évalue l'organisation gestuelle, le geste graphique et la vitesse d'écriture.

Un tel bilan peut se réaliser en deux heures environ. Une passation unique ou fragmentée en deux, voire trois séances, est possible. Le choix d'une passation unique, plus coûteuse en énergie pour l'enfant, me semble préférable lorsque cela est possible. En effet, la fatigue ne va pas faire apparaître de nouvelles difficultés susceptibles de fausser les résultats, elle servira plutôt de révélateur : elle fera ressortir des difficultés déjà existantes, qu'il est bon de mettre en lumière. Un enfant peut arriver, au prix de nombreux efforts, à compenser une difficulté dans un temps restreint, mais ne plus pouvoir la gérer sur une durée plus longue. Or dans le milieu scolaire par exemple, il est demandé aux enfants de maintenir leur attention pendant plusieurs heures d'affilée. Il est bon que le bilan psychomoteur mette l'enfant dans une situation aussi coûteuse qu'à l'école pour faire apparaître ses difficultés, et ainsi pouvoir proposer une éventuelle prise en charge ou des aménagements scolaires.

II.1.3. L'apport spécifique du bilan psychomoteur dans l'établissement du diagnostic

Le psychomotricien va ainsi pouvoir dresser une liste de points forts et de points de fragilité de l'enfant au fur et à mesure de son avancée dans le bilan, item par item. Il doit les mettre en lien avec ses observations qualitatives sur le fonctionnement psychomoteur de l'enfant tout au long de la passation : ses capacités d'ajustement, d'anticipation, de planification, de régulation tonico-émotionnelle, etc. Son raisonnement clinique lui permet de dresser un profil psychomoteur de l'enfant, de comprendre au mieux son fonctionnement global. Il s'agit à la fois de repérer les troubles et de comprendre si possible leur contexte d'apparition, ou du moins d'en proposer des hypothèses. Le psychomotricien peut alors proposer un projet thérapeutique et dégager des axes de travail prioritaires en fonction des besoins de l'enfant.

Ce bilan, mis en relation avec les autres bilans établis, va permettre au médecin de poser le diagnostic d'instabilité psychomotrice. Il révèle la symptomatologie proprement psychomotrice du trouble, ainsi que ses éventuels troubles associés. Les différents tests passés durant le bilan peuvent ainsi mettre en lumière un retard des acquisitions motrices, un défaut de maturation neuromotrice, un trouble praxique, un défaut d'intégration du schéma corporel, un trouble tonique ou encore un trouble visuo-spatial. Ils peuvent également faire apparaître un profil anxieux, dépressif ou impulsif, autant de difficultés qui peuvent apparaître en amont ou en aval des trois signes fonctionnels de l'instabilité psychomotrice.

Pour illustrer ce propos, je reprendrai ici des éléments de sémiologie psychomotrice de l'instabilité mis en lumière par les bilans de Yaya, Mahina et Lucas.

Troubles toniques

Mahina présente des tics importants tout au long de la passation du bilan (mouvements de tête, bruits de gorge, soupirs profonds). De plus, elle alterne entre une grande lassitude où elle effectue ses actions au ralenti, et une grande impulsivité. Cela révèle un trouble de la régulation tonico-émotionnelle.

Troubles praxiques

Yaya obtient un score très faible aux épreuves de dextérité manuelle du M-ABC. On note un geste immature et de grands gestes peu maîtrisés. Son agitation motrice entrave fortement la qualité et le contrôle des gestes fins.

Mahina obtient des scores faibles dans plusieurs épreuves de tracé (trajet du M-ABC, Bender), du fait d'une grande précipitation qui nuit à la précision de son geste et de ses coordinations oculo-motrices.

Troubles de la représentation du corps

Mahina montre des lacunes dans la connaissance des somatognosies lors du test de Bergès. Au test du dessin du bonhomme, elle représente un personnage stéréotypé de type manga, incompatible avec une intégration correcte du schéma corporel (tête deux fois plus grande que le corps, oreilles au sommet de la tête, etc.).

Troubles d'organisation spatio-temporelle

Lucas se montre impulsif et agité lors des épreuves de visés/atrapés et d'équilibre du M-ABC. Il est donc difficile d'évaluer ses compétences motrices objectives, cependant il est manifeste que son agitation nuit à ses capacités d'adaptation spatiale. De plus, le test d'orientation de Piaget-Head révèle qu'il ne maîtrise pas encore les notions de droite et de gauche.

Aux épreuves de rythme de Stambak, Yaya fait beaucoup d'erreurs dans la reproduction des rythmes proposés. Cela traduit des difficultés de discrimination auditive

ainsi qu'une difficulté à maintenir son attention. Ce test est en effet coûteux attentionnellement, d'autant plus qu'il est réalisé en fin de bilan.

L'épreuve graphique de Bender montre que Yaya a de faibles capacités d'analyse visuo-spatiale et de coordination visuo-manuelle. Ces difficultés peuvent être dues à une gêne au niveau de la sphère visuelle, mais aussi à de l'impulsivité et à un défaut de planification motrice.

A la suite de l'évaluation, le psychomotricien devra faire un travail de mise en lien pour tenter de cerner le fonctionnement de son patient dans sa globalité. Grâce à ses observations sur les conditions d'apparition, de renforcement ou de diminution des troubles, en s'appuyant aussi sur les points forts de l'enfant révélés dans le bilan, il va établir le profil psychomoteur de l'enfant et émettre des propositions d'accompagnement. Il en rend compte au médecin référent de l'enfant et à l'équipe soignante.

II.2. La prise en charge psychomotrice de l'enfant instable

Si une instabilité psychomotrice est diagnostiquée, un suivi pluridisciplinaire va être mis en place, accompagné ou non d'un traitement médicamenteux. Parmi les différentes prises en charge proposées, la psychomotricité tient une place essentielle. Nous nous pencherons maintenant sur les modalités que celle-ci peut recouvrir, puis sur quelques axes de travail que le psychomotricien peut proposer. Nous verrons ainsi, à travers l'évolution de Lucas, Yaya et Mahina dans leurs prises en charge respectives, la pertinence d'un suivi en psychomotricité pour les enfants instables.

II.2.1. Les différentes modalités de prise en charge et leurs indications respectives

Dans la conception du projet thérapeutique de l'enfant, il convient d'établir un cadre précis à sa prise en charge. L'enfant instable, nous l'avons vu, a particulièrement besoin de repères clairs, qui constitueront pour lui une source de stabilité. Fixer le cadre spatio-temporel des séances ainsi que certaines règles fondamentales est une base indispensable. Le choix d'une prise en charge individuelle ou en groupe est également essentiel. En fonction des troubles de l'enfant et des priorités établies en lien avec l'équipe soignante, il peut être davantage indiqué de réaliser un suivi individuel ou en groupe.

Yaya conteste souvent l'indication qui a été posée pour sa prise en charge cette année au sein du groupe « rythme ». Il se plaint régulièrement de n'être qu'avec des filles, dit que le groupe ne sert à rien, et se montre opposant avant ou pendant les séances. Lorsque ma binôme ou moi faisons un exercice en duo avec Yaya, il est souvent appliqué et persévérant. C'est lorsque nous faisons un exercice tous ensemble qu'il s'agite, s'oppose et se désorganise. Il apparaît donc que les difficultés de Yaya ressortent davantage en groupe que dans la relation duelle. Si nous voulons l'aider à progresser, il est important de maintenir l'indication du groupe.

II.2.1.1. Les prises en charge en groupe

Les prises en charge en groupe sont particulièrement indiquées pour travailler la régulation tonico-émotionnelle et l'ajustement des capacités relationnelles entre pairs. La gestion des émotions et de la frustration est souvent difficile pour nos patients, et cette difficulté est souvent majorée en collectivité. De manière générale, pour toutes les fonctions exécutives, qui sont des capacités d'auto-contrôle, il est plus coûteux d'arriver à se maîtriser en situation de groupe qu'individuellement. Le groupe va donc permettre de travailler les fonctions exécutives de façon plus intense.

En groupe, les capacités attentionnelles des enfants sont davantage mises à l'épreuve, ils doivent apprendre à rester concentrés sur une tâche malgré l'agitation d'un autre enfant à côté d'eux par exemple. Ils doivent également maîtriser leur impulsivité, laisser la parole aux autres ou respecter le tour de chacun. La motivation, qui fait défaut à beaucoup d'enfants instables, est accrue par le phénomène de groupe : les exercices proposés peuvent prendre la forme de compétitions ludiques, où l'instauration d'un système de points aide les enfants à rester concentrés et à s'appliquer pour gagner.

Les séances de groupe permettent aussi la réalisation d'une œuvre commune par tous les membres du groupe. Trouver sa place dans un groupe, pouvoir aider un camarade et se faire aider par un autre, pour réussir ensemble une tâche d'équipe, accompagne la construction identitaire et revalorise l'image du corps souvent défaillante chez nos patients.

Mahina est très impulsive, elle a beaucoup de mal à laisser parler les autres sans les couper ou à attendre son tour pour un exercice. Cependant au cours de l'année elle va apprendre à laisser davantage de place à une autre participante du groupe « rythme », plus inhibée. Lors d'un parcours psychomoteur, elle passe la première (comme à son habitude) puis, au lieu de détourner son attention comme souvent, elle regarde attentivement la progression de sa camarade, en commentant tout haut les étapes du parcours et en lui donnant des conseils. Elle est ainsi capable de rester investie dans la proposition pour aider ses camarades, même quand elle n'est pas directement concernée.

Cependant la réalisation d'un groupe n'est pas toujours indiquée. Quand l'enfant est trop agité en présence de ses pairs et ne peut pas fixer son attention ou inhiber des comportements gênants pour lui et pour le groupe, quand la dysrégulation émotionnelle est trop importante, ou encore face à un comportement d'hétéro-agressivité massive, le suivi doit être pratiqué sous forme de séances individuelles. L'importance des troubles, mais aussi le stade de prise en charge et les objectifs thérapeutiques visés sont à prendre en compte. En effet, un enfant peut avoir besoin dans un premier temps d'un suivi individuel, puis rejoindre un groupe après quelques mois de suivi. La présence d'un nombre suffisant de thérapeutes est aussi un facteur non négligeable : pour un petit groupe d'enfants un seul thérapeute peut suffire, mais il me semble qu'au-delà de trois ou quatre enfants, la présence d'un deuxième soignant est nécessaire.

II.2.1.2. Les prises en charge individuelles

Une prise en charge individuelle permet une plus grande adaptation du psychomotricien aux besoins spécifiques de l'enfant et la mise en place d'un projet thérapeutique individualisé, évoluant au rythme de l'enfant.

La capacité à être seul en présence de l'autre peut être travaillée de manière privilégiée dans un tel suivi. Certains enfants passent, par exemple, d'une période d'opposition et de refus systématique à une entrée dans la relation et une certaine coopération, à travers une médiation. Une fois la relation établie, le projet thérapeutique peut

évoluer vers des axes de travail variés, au travers desquels le psychomotricien veillera à renforcer les capacités d'auto-contrôle et de régulation tonico-émotionnelle de l'enfant. Certaines médiations pourront aussi être particulièrement adaptées à une prise en charge individuelle, par exemple la relaxation psychomotrice.

Au cours du suivi individuel de Lucas durant l'année, il entre de plus en plus dans la relation avec ma binôme et moi. Les premières séances, Lucas ne nous regarde pas, il ne veut rien faire, ou bien il passe d'une activité à l'autre en montrant une grande lassitude à peine quelques minutes après avoir commencé. Progressivement, nous voyons des signes d'entrée en relation : il recherche notre contact physique lors de parcours psychomoteurs en faisant semblant de tomber pour que nous le rattrapions, il aime monter sur des planches d'équilibre pour s'accrocher à nous. A partir de Noël il commence à faire des propositions ou à demander à reprendre des activités d'une séance sur l'autre. En fin d'année, une relation de confiance s'est établie et il est capable de passer plusieurs séances sur une même activité, à table, demandant inhibition motrice, planification et organisation gestuelle. Lorsque nous allons le chercher à l'unité cependant, au milieu des autres enfants, Lucas est souvent débordé par l'agitation de ses camarades. Un travail en groupe n'aurait pas été bénéfique cette année, Lucas aurait été trop agité. Avec les progrès observés cette année il serait intéressant de lui proposer un suivi en groupe l'an prochain.

II.2.2. Quelques axes thérapeutiques et médiations employées

Il serait impossible de traiter ici de tous les domaines dans lesquels le psychomotricien peut engager un suivi avec l'enfant instable, en séance individuelle ou en groupe. Je dégagerai seulement quelques axes thérapeutiques possibles, en lien avec les quatre domaines précédemment évoqués dans la sémiologie psychomotrice de l'instabilité, et j'illustrerai leur mise en œuvre à l'aide des médiations employées cette année.

II.2.2.1. Régulation tonique

La fonction tonique, nous l'avons vu, est fondamentale dans le développement psychomoteur. Elle sous-tend notre organisation posturale et relationnelle, nous permet de

nous adapter et de communiquer avec notre environnement. Un travail de régulation tonique est particulièrement intéressant chez l'enfant agité à tendance hypertonique, pour lui faire découvrir d'autres modalités toniques que celle dans laquelle il peut s'enfermer.

Yaya et Lucas ont ce profil, hypertoniques, agités et impulsifs, dans un mouvement perpétuel qui se manifeste davantage sous forme de décharges toniques maladroites et explosives que de gestes maîtrisés. Il semble qu'ils ne puissent jamais se détendre sans s'effondrer, qu'ils ne tiennent que par cette tension physiologique et psychique qui les habite. A travers diverses médiations : relaxation pour Lucas, jeux rythmiques et cirque pour Yaya, tous deux ont pu entrer dans un relâchement tonique accompagné d'une meilleure gestion motrice et émotionnelle.

En septembre, les séances de Lucas commencent par un petit temps de relaxation, à sa demande. Ma binôme et moi observons un abaissement tonique significatif mais peu durable, en effet il se relève très vite et continue sa séance dans une agitation massive. Nous proposons alors d'inverser l'ordre et de terminer les séances par la relaxation. Nous notons que Lucas entre de plus en plus dans la relaxation, l'accordage tonique se fait davantage ressentir, sa respiration devient plus ample et régulière, et il ressort plus calmement des séances. Il ne court plus dans les couloirs pour remonter à l'unité mais nous accompagne et nous dit au revoir posément. A partir de février il ne sera plus nécessaire de proposer cette médiation, Lucas est désormais capable de gérer une séance entière d'activités.

En fin d'année au groupe « rythme », nous préparons une chorégraphie avec différents numéros de cirque que les enfants doivent enchaîner ensemble sur une musique. Pour un des numéros, les trois enfants se placent en triangle et doivent se faire des passes de cerceaux. Il sera très difficile à Yaya de parvenir à réguler la force de ses lancers. Il lance trop fort et sans viser, se concentre uniquement sur la réception du cerceau et s'énerve quand il n'arrive pas à rattraper. Il s'écroule souvent par terre en plein exercice, ce qui lui fait accumuler les échecs. Cependant après plusieurs séances il parvient à enchaîner cinq passes régulières avec les autres enfants.

Les jeux d'appuis, d'équilibre, de pousser/repousser permettent aussi de travailler la régulation tonique. Le groupe est particulièrement intéressant pour cela car il offre aux enfants la possibilité d'expérimenter un accordage tonico-émotionnel nécessaire pour réaliser certaines actions. Ce travail a été très bénéfique pour Mahina, pour qui la relation à ses pairs reste un enjeu : très compétitive, elle aime avoir la première place et se positionne davantage sur un mode de rivalité que de coopération avec les autres enfants de l'unité.

Un des mouvements de la chorégraphie consiste à réaliser une pyramide, avec deux enfants en position de « chevalier servant » au sol, et un enfant debout avec un pied en appui sur la cuisse de chacun. Mahina demande à être au-dessus, debout. La réalisation de cette figure leur demande un travail d'accordage : au début les enfants tombent, car Mahina monte trop vite, est trop tendue ou pas assez. Quand, après plusieurs tentatives, ils parviennent à s'accorder, ils échangent un regard complice et sont particulièrement fiers de leur réussite.

II.2.2.2. Motricité fine et praxies

L'enfant instable peine à contrôler son geste, et son manque de précision est d'autant plus visible dans les gestes fins, les praxies et le graphisme. Les praxies nécessitent une planification motrice ainsi qu'une adaptation gestuelle qui font souvent défaut à nos patients.

Le geste est alors maladroit, pour plusieurs raisons : soit par manque de contrôle moteur, soit par manque d'organisation ou encore de concentration sur la tâche. Que le trouble praxique soit une conséquence du déficit attentionnel, de l'impulsivité ou de l'hyperactivité de l'enfant, ou bien qu'il relève d'une comorbidité, il demande à être traité en psychomotricité pour soulager le patient.

Les activités manuelles, sous forme de jeux (mikados, jeux de construction, etc.) ou de réalisations créatives (pâte à modeler, décorations diverses), peuvent être utilisées pour développer la dextérité manuelle et pour accompagner, comme c'est souvent nécessaire dans le cadre des troubles des apprentissages, une rééducation du geste graphique. Elles visent également à renforcer les capacités attentionnelles de l'enfant, sa planification motrice et la régulation de sa vigilance. Nous les avons utilisées dans cet objectif pour Mahina, au sein du groupe « graphisme ».

Avant Halloween, nous proposons aux enfants de réaliser une guirlande composée des figurines de leur choix, en s'aidant de modèles, à base de carton et de feutrine à découper et assembler. Mahina choisit deux chats noirs. La difficulté pour elle ne réside pas dans la précision du geste (elle est douée en découpage, collage et dessin) mais dans l'organisation de son action. Elle prend beaucoup de temps en début de séance à faire et refaire des petits détails décoratifs, avant d'avoir terminé la structure de base des chats. Elle ne parvient pas, malgré notre aide, à prioriser les tâches. A la fin de la séance elle n'a pu faire qu'un chat et demi, et n'a pas pu les assembler sur sa guirlande. L'autre enfant a pu faire dans le même temps une guirlande complète avec six figurines.

L'apprentissage de l'écriture passe par l'intégration d'un geste et le respect de ses étapes successives. Nos patients instables peuvent avoir plus de difficultés que les autres à comprendre l'importance de cette organisation gestuelle, d'où la nécessité d'une rééducation lorsque le geste graphique est chaotique.

Au début de l'année, Mahina ne veut pas écrire en écriture cursive, elle s'est fabriqué son écriture en script et la trouve plus jolie. Au fur et à mesure des séances, nous lui faisons reprendre le tracé des lettres cursives, une par une. Elle n'en voit pas l'intérêt au début, mais peu à peu elle constate que son écriture devient plus fonctionnelle, plus rapide et plus lisible. Elle bâcle ses exercices au début, cherchant à aller le plus vite possible, très distraite, s'effondrant régulièrement sur sa table. Ce n'est que lorsqu'elle comprend qu'elle perd des points en classe par son manque d'organisation graphique qu'elle commence à s'appliquer.

II.2.2.3. Intégration du schéma corporel

Le défaut d'intégration du schéma corporel, fréquemment retrouvé chez l'enfant instable, nécessite une prise en charge psychomotrice afin de renforcer la maîtrise des somatognosies d'une part, et de développer une plus grande aisance motrice d'autre part. En effet, le schéma corporel constitue le cadre référentiel de nos déplacements dans l'espace. L'enfant instable, en manque de repères, a besoin premièrement de consolider ce référentiel de base, pour évoluer de façon plus adaptée à son environnement.

Lors d'un groupe « rythme », nous proposons aux enfants de se mettre deux par deux : un enfant a les yeux bandés et l'autre lui sert de guide. L'enfant « guide » doit donner des consignes verbales à l'enfant « aveugle » pour qu'il se déplace vers un endroit du gymnase où nous avons déposé un « trésor ». Yaya a beaucoup de mal à effectuer les consignes lorsqu'il a les yeux bandés. Par exemple lorsqu'il doit faire un pas en avant, il fait deux énormes pas en diagonale. Il ne peut pas rester immobile entre deux consignes mais piétine sur place et dévie sans s'en rendre compte. Il est très étonné et énervé à la fin de l'exercice de n'être pas arrivé au « trésor » car il a l'impression d'avoir suivi scrupuleusement les consignes.

L'intégration du schéma corporel dépasse la simple connaissance des somatognosies, elle se développe dans un travail de conscience corporelle, au moyen de jeux sensori-moteurs

variés. La privation d'un sens oblige l'enfant à se concentrer sur ses autres sens, par exemple faire un jeu les yeux bandés focalisera l'enfant sur l'ouïe, le toucher et la proprioception. L'enfant s'exerce alors, de façon ludique, à porter son attention sur ses ressentis corporels, il affine ses perceptions et consolide la représentation mentale de son corps en situation statique et dynamique.

Les premières séances avec Lucas sont axées sur la sensorialité et la conscience corporelle. Nous cherchons, à travers diverses situations, à l'amener à percevoir son corps de manière plus unifiée car il montre une désorganisation massive, sous forme d'explosions motrices. Un jour il essaie la planche d'équilibre. Au début il ne tient pas du tout car il monte dessus d'un bloc, très raide, et s'agite beaucoup. Alors qu'il s'énerve, donne des coups de pieds et veut renoncer, je l'invite à réessayer en fermant les yeux et en s'appuyant sur moi, en imaginant qu'il est un surfeur sur une vague. Il se prend alors au jeu et, à sa grande surprise, parvient à tenir sur la planche beaucoup plus longtemps. Je vois qu'il est bien plus ancré dans ses pieds et dans ses mains (qui s'appuient sur moi).

II.2.2.4. Organisation spatio-temporelle

Le processus d'acquisition de l'espace est rendu particulièrement difficile pour l'enfant instable. Un suivi psychomoteur est donc particulièrement indiqué pour renforcer l'acquisition des différentes dimensions qui constituent l'organisation spatiale, de la perception à la représentation de l'espace, en passant par l'orientation, la structuration, et l'adaptation spatiale.

L'orientation spatiale contient elle-même plusieurs étapes. D'abord l'enfant apprend à s'orienter par rapport à lui-même, en fonction de repères égocentrés. Puis il apprend la réversibilité (distinguer la droite et la gauche sur autrui), et la position relative des objets. Il arrive ainsi progressivement à se décentrer, et à acquérir des repères exocentrés. Nous mettons toutes ces compétences en œuvre lors d'un suivi psychomoteur axé sur l'organisation spatiale.

Le groupe « rythme » comporte toujours un exercice d'inhibition, où nous demandons aux enfants d'effectuer une consigne uniquement après avoir reçu un signal (visuel ou sonore). Nous compliquons les consignes progressivement. Par exemple nous demandons qu'au signal donné, les enfants attrapent leur cheville droite. Quand ceci est acquis, nous leur demandons de venir toucher notre cheville droite au signal donné. L'exercice se développe avec d'autres parties du corps, à montrer sur soi ou sur autrui, faisant travailler les somatognosies, les repères exocentrés et égocentrés. Yaya et Mahina sont extrêmement concentrés pendant ces exercices (réalisés sous forme de compétition), ils réfléchissent souvent à voix haute et ont besoin de temps pour bien préparer leur action. La réversibilité n'est pas encore bien acquise pour eux, elle est coûteuse et non automatisée. De plus Mahina a souvent besoin de marquer son côté gauche par exemple en retroussant sa manche, pour ne pas se tromper.

De nombreuses propositions axées sur la structuration de l'espace et l'adaptation spatiale peuvent être réalisées de façon ludique dans nos groupes thérapeutiques ou en séances individuelles. Les parcours psychomoteurs peuvent servir d'appui pour cet axe thérapeutique, ou encore les exercices yeux bandés avec un guide.

Pour le jeu du guide d'aveugle, Yaya, lorsqu'il est guide, donne des consignes extravagantes. Par exemple il dit à son coéquipier de faire 17 pas en avant (ce qui dépasse largement la longueur du gymnase). Il ne parvient pas à estimer en combien de pas une certaine longueur peut être parcourue de manière raisonnable.

Renforcer les capacités d'organisation temporelle est tout aussi important pour nos patients instables, car la dyschronie est fréquente chez eux. La médiation rythmique est ici particulièrement appropriée. Nos patients ont souvent des difficultés à percevoir un rythme et à le suivre. Soit leur boucle audio-motrice est défaillante, soit l'agitation, l'impulsivité ou

le manque d'attention les empêche de garder un rythme plus de quelques secondes. Le psychomotricien dispose d'une grande variété de propositions pour exercer les capacités de discrimination et de rétention auditive chez ses patients.

Nous commençons souvent le groupe « rythme » par un exercice de rythme pur, qui permet à tous les enfants de se retrouver et de s'accorder. Un jour, nous proposons qu'un enfant tape un tempo sur un tambourin. Tous les autres doivent d'abord suivre le même tempo, sans accélérer ni ralentir. Nous remarquons que Yaya choisit toujours des rythmes rapides, et qu'il ne parvient pas à se caler sur les rythmes plus lents proposés par les autres enfants. Mahina, elle, parvient à proposer différents rythmes (lents ou rapides), cependant dès qu'un enfant se trompe elle le suit et ne peut garder le rythme initial.

Lucas est très agité au premier trimestre et les séances sont difficiles, il est opposant et violent. Il frappe tous les objets et murs sur son passage et dans la salle lorsqu'il vient en séance. Nous remarquons cela et lui proposons alors de tester le bruit que font les différents murs et meubles de la salle, en frappant dessus avec différents supports. Lucas adhère à cette proposition et la reprend pendant plusieurs séances, l'enrichissant à chaque fois. Il devient un « chef d'orchestre » qui nous indique sur quels murs frapper, et bat la mesure. Progressivement, le bruit chaotique s'organise en structures rythmiques.

Ces quelques exemples peuvent témoigner du rôle incontournable du psychomotricien dans la prise en charge de l'instabilité de l'enfant. Les axes thérapeutiques et les médiations employées sont multiples, mais le regard psychomoteur porte toujours sur le fonctionnement du patient dans sa globalité, quelles que soient les modalités choisies pour l'approcher. Le psychomotricien cherche avant tout à aider son patient à déployer tout son potentiel vital, toutes ses capacités psychomotrices. La triade symptomatique de l'instabilité et ses troubles associés entravent l'exercice des compétences de l'enfant, cependant le

psychomotricien peut l'aider à se rendre davantage maître de lui-même, à mieux se connaître lui-même et à entrer dans une interaction plus ajustée avec l'environnement.

II.3. Evolution de Yaya, Lucas et Mahina à travers leur prise en charge

Nous avons mis en lumière différents apports qu'une prise en charge en psychomotricité peut offrir dans le projet de soins de l'enfant instable, de l'évaluation à la mise en œuvre d'un projet thérapeutique adapté à chaque patient. Pour clôturer cette discussion, je reprendrai maintenant le parcours effectué par nos trois enfants cette année en psychomotricité. Nous y verrons comment la psychomotricité a pu aider chacun, dans sa singularité, à progresser dans son rapport à lui-même et à l'environnement.

II.3.1 Yaya

Yaya a connu une seconde année difficile au sein de l'unité psychopédagogique. Ses relations ont été souvent marquées d'hétéro-agressivité envers ses pairs, et d'opposition envers le personnel soignant. Son enthousiasme, sa curiosité et sa participation vive du début de l'année se sont progressivement taris, il est souvent apparu avec un visage triste, le regard fuyant, et a eu tendance à se replier sur lui. En fin d'année, à l'occasion d'un épisode d'hétéro-agressivité nécessitant l'intervention de plusieurs professionnels pour le contenir, il a éclaté en sanglots, pour la première fois dans l'unité. Des éléments sur le contexte familial de Yaya sont apparus, jusqu'ici inconnus de l'équipe, plutôt de mauvais pronostic : Yaya et son père ne parlent pas la même langue, et son père a été incarcéré l'an dernier. De plus, Yaya aurait de mauvaises fréquentations dans son quartier. La famille n'est pas convaincue de l'intérêt du traitement par psychostimulants qui lui a été prescrit, et ne l'aide pas à le prendre régulièrement. Aussi il est difficile d'évaluer précisément à quels facteurs est due l'aggravation des troubles de Yaya. Il a été décidé que Yaya poursuive son parcours au sein de l'unité l'an prochain.

Sa participation au groupe « rythme » a été, elle aussi, marquée par un comportement d'opposition plus ou moins explicite et fluctuant tout au long de l'année. Au deuxième semestre, nous avons parfois été obligées de le ramener dans l'unité pendant le groupe, car son opposition ou son agitation étaient trop importantes et empêchaient le travail des autres enfants. Malgré cela, Yaya a pu faire des progrès dans de nombreux domaines.

Les exercices de rythme pur, qui initiaient les séances de septembre à décembre, l'ont souvent mis en difficulté : ses capacités perceptives et sa boucle audio-motrice sont fragiles, aussi ces exercices ont été particulièrement coûteux pour lui. Cependant il a fait preuve de persévérance et a montré sa volonté de progresser durant les séances au cours desquelles il n'était pas trop agité. Un étayage verbal et des encouragements constants ont été nécessaires pour le maintenir attentif, la composante motivationnelle jouant un rôle important pour Yaya. Les rythmes lents ont été pour lui les plus difficiles à suivre et la difficulté a souvent engendré une désorganisation chez Yaya. Il est davantage parvenu à se réguler pour suivre des rythmes plus soutenus, et a montré alors de meilleures capacités d'adaptation gestuelle. Cependant c'est au prix de nombreux efforts qu'il y est parvenu, montrant une grande fatigabilité.

Yaya présente de bonnes compétences motrices, qu'il sait bien exploiter dans différents domaines : il sait faire des acrobaties (faire le poirier, marcher sur les mains, etc.), il est très doué au football, il est également très rapide pour les jeux du type béret, 1.2.3 soleil, etc. Aussi il gagnait souvent aux jeux de ce type, qui constituaient le cœur des séances. Nous avons utilisé à dessein des éléments de football ou acrobaties au sein de nos propositions pour le faire travailler sur les fonctions exécutives plus difficiles pour lui : l'attention, l'inhibition, la planification motrice, la mémoire de travail, etc. Par exemple nous demandions aux enfants de construire un parcours moteur pour exercer la planification, puis de l'effectuer avec une contrainte (objet sur la tête, à reculons, etc.) pour exercer l'inhibition et la régulation. Ce type de propositions psychomotrices me semble particulièrement adapté pour Yaya : une approche plus scolaire de ces mêmes fonctions serait impossible pour lui. Les jeux moteurs, accompagnés d'un étayage verbal soutenant, lui apportent la motivation dont il a besoin pour pouvoir se concentrer et persévérer. C'est bien le propre de l'approche psychomotrice : une vision globale de la personne, dans son unité psychosomatique. Travailler les fonctions exécutives par le biais de mises en situations corporelles diverses, permet aux enfants instables de contourner l'obstacle que constitue l'immobilité, canalise leur agitation, leur impulsivité et leur attention vers un but concret à réaliser, qui a du sens et qui les motive. A travers ces jeux moteurs, ils apprennent à se maîtriser et à agir de façon plus réfléchie.

Les capacités attentionnelles et mnésiques de Yaya sont restreintes, aussi l'exercice d'inhibition que nous proposons ensuite l'a parfois trop confronté à ses limites, générant un comportement d'opposition important. Pour rappel, cet exercice consiste à demander aux

enfants de faire une action (ou une combinaison d'actions) uniquement à un signal donné. Les enfants du groupe « rythme » ayant tous besoin de renforcer leur maîtrise des somatognosies, de la latéralité et de la réversibilité cette année, nous avons décliné les propositions selon ces axes. Yaya a quand même participé activement plusieurs fois à cet exercice, il était alors extrêmement concentré pour gagner, et ne pouvait s'empêcher de dire à voix haute tout le raisonnement qu'il devait faire mentalement. Par exemple, nous montrions une balle de couleur pour désigner une partie du corps, puis un sac d'une autre couleur désignant la droite ou la gauche. Yaya réfléchissait tout haut : « Alors c'est le poignet, et puis la droite, donc je dois toucher ce poignet-là » et il regardait son poignet droit. Il se répétait à voix basse jusqu'à ce que sonne la clochette, signal auquel les enfants devaient produire leur réponse. Souvent Yaya mélangeait ou oubliait les consignes, ou bien il faisait l'action avant le signal. Il lui est encore très coûteux de se représenter une situation dans sa globalité, cependant, il a pu s'exercer et renforcer ses capacités cette année, dans un effort qui reste à poursuivre.

Le temps calme qui terminait le groupe a été l'occasion pour Yaya de se recentrer sur ses ressentis corporels, à travers différentes mobilisations. Au début de l'année il a pu expérimenter les pressions corporelles et le passage d'une balle à picots. Au début il riait seulement, mais vite il a pu reconnaître et nous dire qu'il préférait les pressions et les objets médiateurs durs, ce qui signait déjà une certaine qualité de conscience corporelle. Ces instants sont restés éphémères, et dans le courant de l'année Yaya a eu de plus en plus de mal à se poser pour ce temps calme. En novembre il a commencé à refuser de s'allonger mais il acceptait de s'asseoir et de faire des auto-mobilisations avec des balles à picots ou objets d'auto-massage en bois. A partir de Noël, il a été presque impossible de le faire s'asseoir. Il acceptait au mieux d'attendre dans le vestiaire, seul ou avec la présence de ma binôme ou moi. Le plus souvent il s'agitait pendant ce temps, faisant du bruit, voulant sortir avant la fin et partir en récréation. En parallèle de son agitation et de son impulsivité qui s'intensifiaient, Yaya a refusé l'immobilité et le recentrement induits par ces temps calmes.

A travers les fluctuations de ses troubles attentionnels et comportementaux, Yaya a pu développer ses compétences psychomotrices dans un travail qui reste à poursuivre. La régulation tonico-émotionnelle et les capacités cognitives restent fragiles, mais les représentations du corps et l'orientation dans l'espace sont mieux intégrées. Ce sont de bonnes bases sur lesquelles Yaya pourra s'appuyer pour apprendre à mieux se contrôler.

II.3.2. Lucas

Pendant sa troisième année à l'unité, Lucas s'est beaucoup ouvert, tant envers ses pairs qu'envers l'équipe soignante. Ses difficultés relationnelles se sont beaucoup apaisées et il a pu entrer dans des liens d'amitié avec quelques camarades, et de confiance avec les professionnels. Nous l'avons vu progressivement s'épanouir et prendre confiance en lui, à travers sa participation aux activités proposées dans l'unité, notamment l'atelier cuisine qu'il a beaucoup investi. Sa séance de psychomotricité ayant lieu juste après cet atelier, nous lui demandions régulièrement ce qu'il avait préparé et ses réponses, au début sommaires et négatives, sont devenues de plus en plus détaillées. Il nous a plusieurs fois demandé de finir bien à l'heure pour ne pas arriver en retard au déjeuner, surtout les jours où ils avaient préparé un repas à thème.

Dans le cours de l'année une relation de confiance s'est solidement établie entre nous. Lucas a progressivement investi ses séances de psychomotricité, et les a intégrées dans son quotidien à l'unité, après une période de méfiance et de mise à distance de sa part. Après chaque semaine de vacances par exemple, je lui demandais si ses vacances s'étaient bien passées. Au début de l'année il se renfrognait à cette question, me répondant que cela ne me regardait pas. Après Noël, il nous a raconté une ou deux choses qu'il avait faites chez lui pendant les fêtes, et au cours de la même période il a commencé à nous demander de passer voir une réalisation qu'il avait faite à l'unité, ou bien de prendre en photo une construction qu'il avait faite en séance avec nous pour la montrer aux enfants de l'unité. Un jour en fin d'année, l'un de ses camarades a manifesté de l'agressivité envers lui et Lucas est venu se placer derrière moi, cherchant à se protéger de l'autre. Un tel geste eût été inimaginable quelques mois plus tôt. Lucas, très solitaire au début de l'année, a appris à s'appuyer sur les thérapeutes de l'équipe, et a en parallèle acquis une plus grande sécurité interne.

Le travail effectué en séance a d'abord porté sur des expériences sensorielles variées, visant à aider Lucas à se recentrer sur ses ressentis corporels. En effet au début de l'année Lucas était intouchable, fuyant, explosif, passant de la décharge motrice impulsive à l'écroulement, dans un fonctionnement en tout ou rien. Malgré ses difficultés relationnelles et comportementales (Lucas était souvent dans l'opposition, ne voulait pas venir en séance, renonçait à chaque activité proposée après à peine quelques minutes d'essai, etc.), il a expérimenté différentes situations pour renforcer sa proprioception et son sens vestibulaire. A travers des activités les yeux bandés ou encore des parcours d'équilibre, Lucas a manifesté

un besoin de portage et de contenance. En effet il recherchait toujours les « petits coins » de la salle : pendant plusieurs séances il se perchait dès son arrivée en haut d'une armoire, et y restait allongé, juste sous le plafond, ou bien il aimait se cacher dans un gros tonneau vide. Il cherchait également à être porté par nous lors des parcours d'équilibre, faisant exprès de tomber. Se blottir dans un espace réduit lui a apporté une contenance et a renforcé la perception de ses limites corporelles, nécessaire à l'établissement d'une sécurité interne qui lui faisait défaut.

En parallèle à ce travail, de septembre à février, les séances comportaient dix minutes de relaxation, à la demande de Lucas. Au début de l'année c'était la seule chose qui le motivait pour venir en séance. Rapidement nous lui avons proposé de faire les activités motrices en premier et la relaxation en fin de séance, pour lui permettre une reprise plus progressive et des bénéfices plus durables. Au début, ces temps calmes, bien que demandés par Lucas qui manifestait par ailleurs peu de désirs, semblaient assez superficiels. Lucas se prêtait volontiers au passage de la balle à picots sur son corps et se retournait pour que l'on puisse la passer des deux côtés, cependant il se lassait vite, tapotait des doigts sur le matelas, regardait autour de lui, etc. En novembre nous avons introduit un fond musical, qui l'a beaucoup apaisé. Le silence constitue une source d'angoisse pour lui, et le support musical lui a permis de se relâcher bien plus profondément et durablement. Parallèlement, le lien de confiance s'est renforcé entre nous et l'accordage tonico-émotionnel s'est fait davantage ressentir. Il repartait de séance bien plus posément qu'en début d'année. A partir du mois de mars, nous ne lui avons plus proposé ce temps et il n'en a pas fait la demande non plus. Il est passé à un stade où il peut gérer une séance d'activités plus longue, sans se désorganiser.

A travers la médiation rythmique d'abord, puis à l'aide de jeux de construction, nous avons pu amener Lucas à exercer ses capacités de planification, d'inhibition et d'attention, à construire un projet moteur de façon ludique. Ses progrès cette année sont assez spectaculaires, tant du côté relationnel que du côté des fonctions exécutives. En mars il parvenait à rester trente minutes à table, concentré sur un jeu d'analyse visuo-spatiale, en demandant « à sa manière » l'aide de ma binôme ou la mienne lorsque sa motivation faiblissait : son agitation et son opposition apparentes revêtaient surtout un caractère d'appel à la présence étayante du thérapeute. Ainsi lors d'une séance, alors que je lui donnais des consignes supplémentaires, il a semblé s'énerver : « Non, arrête les consignes, pas de consignes ! C'est nul ce jeu de toute façon ! », mais ce n'était qu'un appel à l'aide car aussitôt

après il a repris le jeu en suivant les consignes, et à la fin de la séance il a demandé à continuer la semaine suivante.

Lucas est donc parvenu au cours de l'année à une bien meilleure maîtrise de lui-même. Le travail de régulation tonico-émotionnelle et de conscience corporelle engagé au début de l'année s'est poursuivi par un travail plus poussé sur les fonctions exécutives. Les bases narcissiques de Lucas ont pu être renforcées et lui permettre d'entrer dans un mode de relation plus ajusté avec son environnement.

II.3.3. Mahina

Cette deuxième et dernière année pour Mahina à l'unité a été marquée par la préparation à son retour en milieu scolaire ordinaire. Elle allait au collège trois jours par semaine, et ses deux jours de présence à l'unité ont été rythmés par de nombreuses prises en charge. Ses relations avec ses pairs ont été teintées d'un esprit de compétition et, bien qu'intégrée au groupe d'enfants, elle a évolué de manière assez autonome dans le groupe.

Le groupe « rythme » a été l'occasion d'un important travail sur l'inhibition et l'attention pour Mahina. Plus à l'aise que ses deux camarades dans les exercices de rythme et d'organisation corporelle (l'autre jeune fille était inhibée, et Yaya était plus maladroit et souvent opposant), elle a vite été valorisée. Il lui a été plus difficile d'arriver à laisser leur place aux autres, tout en restant investie dans les exercices. Au début de l'année elle voulait toujours passer en premier, faisait des propositions pour compliquer les exercices lorsque les autres passaient, et était très frustrée de devoir partager l'attention de ma binôme et moi-même avec les autres enfants. Lorsque ses propositions étaient refusées, que nous écoutions les propositions de Yaya ou qu'elle perdait à un exercice, elle pouvait se montrer boudeuse et ralentie pour toute la matinée. Elle a cependant progressé dans la gestion de ses émotions et de la frustration et se montre aujourd'hui un peu moins destabilisée par ces petites contrariétés.

Ce groupe l'a aussi aidée à renforcer ses représentations corporelles et ses repères spatio-temporels. Au début de l'année elle se projetait toujours dans la suite de la matinée, nous demandant ce qu'on allait faire après, et au fur et à mesure ses interrogations se sont tariées. Elle a montré beaucoup de persévérance dans les exercices d'inhibition, renforçant non seulement ses capacités de planification motrice mais aussi son schéma corporel et son processus de latéralisation. Au début de l'année ces derniers étaient encore flous, elle avait

besoin de marquer sa droite ou sa gauche pour s'en souvenir, et peu à peu, motivée par le désir de gagner ces exercices, elle a intégré ces repères.

Au sein du groupe « graphisme », Mahina a pu développer ses capacités attentionnelles et de planification motrice. Elle a beaucoup investi les activités créatives que nous proposons autour des grandes fêtes de l'année. Elle se précipitait souvent dans ces activités, n'écoutant pas nos conseils sur l'ordre à suivre ou la précision à mettre dans chaque étape. Puis vers la fin de la réalisation, elle se rendait compte qu'elle n'aurait pas le résultat escompté car elle avait sauté ou mal réalisé une étape. Très déçue et frustrée les premières fois, elle a été plus attentive à nos remarques ensuite, modérant son impulsivité et planifiant davantage son geste.

A travers les différentes médiations utilisées, dans les deux groupes qu'elle a intégrés, Mahina a pu s'ancrer davantage dans le temps et l'espace, et acquérir ainsi une plus grande stabilité. Cet ancrage s'est manifesté aussi par l'intégration de son axe : lorsqu'elle désinvestissait une activité (en raison d'une frustration, ou d'un manque de motivation), Mahina s'effondrait régulièrement. Ces épisodes se sont faits moins nombreux en fin d'année, et nous avons observé lors des séances de graphisme qu'elle se tenait droite de plus en plus longtemps. Au début de l'année, elle écrivait avec la tête littéralement posée sur la table, et nous devions lui dire de se redresser quinze à vingt fois par séance. Lorsqu'elle n'était pas couchée sur sa table, elle se balançait sur deux pieds de sa chaise. Ces attitudes étaient manifestement incontrôlées car elle se remettait droite immédiatement dès qu'on le lui disait, mais elle recommençait après quelques secondes à se balancer ou se pencher. En fin d'année elle ne se balançait presque plus sur sa chaise.

Mahina reste impulsive, ses capacités attentionnelles et de régulation émotionnelle restent fragiles mais elle a acquis de bons repères sur lesquels s'appuyer, tant au niveau de ses représentations corporelles que de son adaptation à l'espace et au temps. Elle montre une plus grande flexibilité et planification motrice qu'au début de l'année, même si la représentation d'une situation dans sa globalité et la tolérance à la frustration restent à consolider.

Yaya, Lucas et Mahina ont cheminé tout au long de l'année, à travers leur prise en charge en psychomotricité, vers une représentation plus stable de leur corps et de leur

environnement. Les modalités et l'évolution de leur suivi se sont adaptées à leur profil particulier, et chacun a pu progresser vers une plus grande maîtrise de soi. Au-delà du travail spécifique mené en fonction des axes choisis pour chacun, des enjeux communs ont été mis en lumière, parmi lesquels l'établissement d'une relation contenantante et sécurisante, ou la revalorisation de l'image du corps, ont permis la consolidation de leurs fonctions exécutives.

Conclusion

La psychomotricité aborde le sujet humain dans sa globalité, à travers son engagement dans l'action et ses interactions avec l'environnement. Ainsi, la compréhension psychomotrice de l'instabilité doit-elle prendre en compte les diverses facettes du trouble, tant du côté de son étiologie que de sa symptomatologie.

Trouble neuro-développemental altérant les fonctions exécutives de l'enfant, l'instabilité psychomotrice ou TDA/H est également à considérer dans sa dimension psycho-affective, résultant d'une perturbation des interactions précoces. Sa triade symptomatologique : agitation, impulsivité et inattention, est l'expression d'un mode d'être au monde fragile et chaotique, que le psychomotricien doit bien cerner. L'évaluation et l'observation psychomotrice de l'enfant instable lui permettent de proposer des axes de travail adaptés à chaque profil singulier. En effet, il n'y a pas *une* instabilité mais *des* enfants instables, tous aussi déroutants qu'attachants, uniques et singuliers dans leur fonctionnement, dans leur relation à eux-mêmes et aux autres.

L'agitation et l'impulsivité entraînent l'enfant dans un flux de mouvements désordonnés, maladroits et inefficaces. Le rôle du psychomotricien consiste non pas à tarir mais à canaliser cette source vive, à l'organiser, à lui donner un sens et un but. C'est par le corps en mouvement qu'il agit sur les fonctions exécutives, par le biais d'activités ludiques. La place du corps est centrale dans les apprentissages, et l'enfant agité à qui l'on demande, souvent en vain, de rester tranquille, expérimente en psychomotricité comment utiliser son corps pour entrer dans un mode d'être plus serein et stable. Enfin, les réalisations les plus importantes en psychomotricité dépassent souvent les progrès visibles dans les exercices proposés, elles se situent dans le rapport intime de l'enfant à lui-même.

Quand s'arrête la prise en charge en psychomotricité de l'enfant instable ? Là encore, il y aurait autant de réponses à donner que de patients rencontrés. Pour ma part, je vois dans l'accès aux apprentissages scolaires la possibilité d'entrer dans un monde nouveau pour l'enfant. Lorsque l'enfant peut suivre la classe, se concentrer sur ses devoirs, rentrer chez lui le soir fier de sa journée d'école, alors le psychomotricien peut peut-être passer le relais.

Je me permettrais de finir ce mémoire, à l'image de nos séances de psychomotricité, sur une note de fantaisie. Je laisserais le mot de la fin à Yves Duteil⁹ dont les chansons, si justes sur les enfants, ont accompagné mes années de reconversion :

Apprendre

A lire, à écrire, à compter,

Ouvrir les portes encore fermées

Sur ce savoir accumulé,

Qu'on lui en donne un jour la clé,

Il a le monde à sa portée. (...)

Pour cet enfant à son pupitre

Tirer la langue sur le titre,

Ecrire son nom sur son cahier,

C'est plonger vers sa liberté.

⁹ Extrait de la chanson « Apprendre », tirée de l'album *Sans attendre* (2001).

Bibliographie

Ouvrages :

- American Psychiatric Association (2016). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (M. A. Crocq & J. D. Guelfi, Trans.). Paris : Elsevier Masson. (Original work published 2013).
- Anciaux, V., De Cartier, P., De Hemptinne, D., De Schaetzen, S., & Laporte, N. (2013). *L'hyperactivité (TDA/H) : Les prises en charge neuropsychologique et psychoéducative*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Bange, F. (2014). *TDA-H : Trouble déficit de l'attention/hyperactivité en 57 notions*. Paris : Dunod.
- Berger, M. (2013). *L'enfant instable, approche clinique et thérapeutique*. Paris : Dunod.
- Boutinaud, J. (2017). *Image du corps : figures psychopathologiques et ouvertures cliniques*. Paris : In press.
- Brown, T. E. (2019). *Trouble déficit de l'attention-hyperactivité chez l'enfant et l'adulte* (M. A. Crocq & A. Boehrer, Trans.). Paris : Elsevier Masson. (Original work published 2017).
- Bouvard, M. (2016). *Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité de l'enfant à l'adulte*. Paris : Dunod.
- Clément, C. (2013). *Le TDA/H chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : De Boeck Solal.
- Corraze, J. (1999). *Les troubles psychomoteurs*. Marseille : Solal.
- De Ajuriaguerra, J. (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris : Masson.
- Dupré, E. (1913). *Débilité et déséquilibration motrices*. Paris : Alcan.
- HAS (2015). *Conduite à tenir en médecine de premier recours, devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans*

hyperactivité. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/tdah_argumentaire.pdf

James, W. (1950). *The principles of psychology : vol.1*. New York : Dover Publications.

Joly, F. (2005). *L'hyperactivité en débat*. Toulouse : Eres.

Ménéchal, J. (2002). *L'hyperactivité en débat*. Paris : Dunod.

Revol, O., & Blanc-Lapierre, J. (2018). *On se calme ! Enfants agités, parents débordés*. Paris : J'ai lu.

Revol, O., & Brun, V. (2010). *Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité : de la théorie à la pratique*. Paris : Elsevier Masson.

Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J. M. (2017). *Manuel d'enseignement de psychomotricité : vol.1*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Winnicott, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.

Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. Paris : Gallimard.

Articles, revues :

Albaret, J. M., Marquet-Doleac, J., & Soppelsa, R. (2011). Psychomotricité et trouble déficit de l'attention/hyperactivité : nouvelles perspectives dans l'approche de l'enfant agité et distrait. *Développements*, 9(3), 9-16.

Guilé, C., & Zammouri, I. (2011). L'abord du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperkinésie par la psychomotricité. *Perspectives Psy*, 50, 62-68.

Habib, M. (2011). Le cerveau de l'hyperactif : entre cognition et comportement. *Développements*, 9(3), 26-40.

Larson, K., Russ, S. A., Kahn, R. S., & Halfon, N. (2011). Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics*, 127(3), 462-470. doi:10.1542/peds.2010-0165

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review : A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 56(3), 345-365. doi:10.1111/jcpp.12381

Puyjarinet, F., Franc, N., & Purper-Ouakil, D. (2012). Pédopsychiatrie et psychomotricité : apports spécifiques, complémentarité thérapeutique et réflexions communes autour de la prise en charge des enfants TDA/H et de leur famille. *Entretiens de Bichat 2012*, 13-25.

Quartier, V. (2006). De la dyschronie chez les enfants instables : hypothèse d'une difficulté d'instauration d'un temps transitionnel. *Psychologie clinique et projective*, 12(1), 301-322.

Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J. P., Greenstein, D., Clasen, L., Evans, A., Giedd, J., & Rapoport, J. L. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104(49), 19649-19654. doi:10.1073/pnas.0707741104

Sonuga-Barke, E. J. S. (2005). Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder : from common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1231-1238. doi:10.1016/j.biopsych.2004.09.008

Mémoires :

Delaroche, R. (2018). *La psychomotricité par elle-même : contribution à l'auto-modélisation d'une discipline*. Université Pierre et Marie Curie, Paris. dumas-02080161

Barel, A. (2020). *Je m'agite, je construis mes limites*. IFP de la Pitié Salpêtrière, Paris. dumas-02932374

Annexes

Annexe 1 : Bilan psychomoteur de Yaya

Le bilan psychomoteur a été réalisé dans le cadre de l'observation de Yaya à l'unité psychopédagogique, en octobre 2018. Il est alors âgé de 8 ans et 9 mois.

Présentation, motricité spontanée :

Yaya vient volontiers au bilan. Il est confronté d'emblée à des difficultés de compréhension des consignes qui nécessitent souvent une reformulation. Il se montre volontaire, a à cœur de bien faire et se donnera beaucoup de mal durant toute la passation. De temps à autre, lorsqu'il ne comprend pas ou lorsqu'il est en difficulté sans oser le dire, on voit apparaître une certaine tension qu'il apaise en mordant la manche de son pull. Yaya est hyperlaxe. En position debout, il a tendance à prendre appui sur le côté extérieur des chevilles. On note également qu'il se frotte beaucoup les yeux tout au long du bilan, en particulier l'œil gauche.

Niveau moteur, coordinations :

Yaya présente un retard des acquisitions motrices, fines et globales. Au test du M-ABC 2, il obtient un score total de 56 points, ce qui le situe globalement au 2^{ème} percentile.

Les items de motricité fine sont rendus difficiles par une certaine immaturité du geste et par une coordination oculo-manuelle peu fiable. Yaya a encore un mouvement de ratissage pour attraper les chevilles, il fait de grands gestes peu contrôlés, avec élévation du coude lorsqu'il retourne sa main. Il a du mal à viser directement les trous de la planchette. Ses performances aux items de dextérité manuelle restent très lentes pour l'âge.

Les items d'équilibre ont été difficiles à réaliser, tant au niveau statique que dynamique. Ceci pourrait être dû en partie à l'hyperlaxité que Yaya présente au niveau des membres inférieurs et en particulier au niveau des chevilles. Lorsqu'il est en position debout, il tord systématiquement ses pieds pour se mettre en appui sur les malléoles externes. Il a donc du mal à conserver un équilibre stable.

Au test de motricité faciale de Kwint, Yaya a reproduit correctement 12 items (sur 30), ce qui le situe au niveau du quartile inférieur pour son âge. La maturation neuromotrice reste faible pour l'âge. Les émotions relatives aux expressions faciales proposées ont été correctement identifiées.

Praxies :

A l'Evaluation de la motricité gnosopraxique distale (EMG), Yaya montre un niveau praxique gestuel correct. En revanche, les mouvements de mains mettent en relief d'importantes difficultés d'analyse visuospatiale. Il n'a pas perçu la profondeur par exemple.

Schéma corporel :

Au test des somatognosies de Bergès, Yaya montre de nombreuses lacunes dans la connaissance du vocabulaire relatif au corps. Il montre le thorax pour le ventre (3 ans), confond cils et sourcils, montre le coude pour le poignet (5 ans), l'avant du cou pour la nuque (7 ans), les genoux pour les mollets (8 ans) et ne sait pas localiser les hanches, les pommettes (7 ans), les paumes (8 ans).

Au dessin du bonhomme de Goodenough, Yaya obtient un total de 25 points, ce qui correspond à un niveau génétique de représentation du bonhomme de 8 ans 9 mois. Les principales parties du corps sont représentées et correctement articulées entre elles, témoignant d'une bonne intégration du schéma corporel même si les proportions restent à travailler. On note qu'il représente également beaucoup d'attributs (vêtements décorés, accessoires, muscles...), indiquant un bon investissement de l'image du corps.

Latéralité :

La latéralité neurologique est dominante à gauche (tonus de fond et d'action supérieurs à gauche, ballant et extensibilité meilleurs à droite).

Au test de latéralité gestuelle innée de Bergès, 80% des items sont reproduits à gauche.

Au test de dominance latérale de Zazzo, Yaya obtient un indice de dominance manuelle de -0.76, ce qui le situe nettement dans la zone de sénestralité (dominance de la main gauche). On note que la distribution des cartes n'est pas fluide et qu'elle se fait sans

coopération bi manuelle. Les diadococinésies sont meilleures à gauche. La latéralité oculaire est dominante à gauche (œil directeur gauche). Yaya a eu des difficultés à distinguer le poisson sur l'image qui a servi de cible pour tester la dominance oculaire. La latéralité pédestre est peu spécialisée, le pied de soutien et le pied d'action étant du même côté (à droite). Globalement, Yaya présente une latéralité homogène, fixée à gauche.

Au test d'orientation droite/gauche de Piaget-Head, Yaya obtient un total de 67 points, ce qui le situe au niveau du quartile supérieur pour son âge. Les notions de droite et de gauche sont bien acquises par rapport à lui-même. La réversibilité est en place et relativement bien maîtrisée pour l'âge. La position relative des objets est comprise mais Yaya a de nouveau été confronté à des difficultés de compréhension pour les consignes plus complexes.

Organisation spatio-temporelle :

ESPACE : les notions fondamentales sont acquises. Yaya connaît le vocabulaire relatif aux principales notions spatiales et l'utilise à bon escient.

Au test d'adaptation à l'espace et orientation spatiale de Marthe Vyl, Yaya a fait preuve de bonnes capacités d'organisation spatiale (orientation et structuration spatiale). A l'épreuve des pas comptés, il a eu accès à la division de l'espace et a pu adapter la longueur de ses pas en fonction du nombre de pas demandés. Au jeu des voyages, il a correctement mémorisé les repères spatiaux et a eu accès au symbolisme d'emblée. En revanche, il ne maîtrise pas encore l'écriture des nombres à dizaines (pour former 34, il a d'abord écrit 24, puis 14). Le passage de l'espace réel à l'espace représenté (et inversement) s'est fait correctement.

Au test de développement de la perception visuelle de Frostig, Yaya obtient un quotient de perception de 106, ce qui témoigne de capacités de perception visuelle dans la moyenne pour l'âge (60^{ème} percentile).

A l'épreuve graphique d'organisation perceptive de Bender, Yaya obtient un total de 33 points, ce qui le situe sous le quartile inférieur pour son âge (moyenne des enfants de 7.5 ans). Il a montré des difficultés d'analyse visuospatiale (erreurs de dénombrement par exemple) et de coordinations visuo-manuelles (reproduction manquant de précision).

TEMPS : les notions fondamentales sont acquises. Yaya connaît le vocabulaire relatif aux principales notions temporelles et l'utilise à bon escient. En revanche, il n'est pas du tout repéré dans le temps social : il ne peut pas donner la date du jour ni sa date de naissance, il ne sait pas lire l'heure sur une montre à aiguilles.

Au test d'adaptation au rythme de Soubiran, Yaya a montré une boucle audiomotrice fonctionnelle. Il a pu s'adapter correctement à tous les rythmes frappés. Pour les rythmes marchés, seul le rythme rapide a posé problème, Yaya ne parvenant pas à accélérer malgré les relances.

Aux épreuves de rythme de Stambak, Yaya a reproduit correctement 5 structures rythmiques (sur 17), ce qui le situe à -3.45 écart-type par rapport à la moyenne pour son âge. Il montre d'importantes difficultés de discrimination auditive, à partir de la 6^{ème} structure rythmique, ses frappes n'ont plus aucun rapport avec le modèle.

Graphisme :

Yaya utilise sa main gauche pour écrire avec une bonne prise de l'outil scripteur (tri digitale).

L'épreuve du BHK-F ne peut être cotée, Yaya n'ayant pas encore acquis l'écriture cursive. Il n'a copié que la première ligne et la moitié de la deuxième, en lettres script. Même en script, toutes les lettres ne sont pas intégrées, il en oublie certaines. Il semble reproduire les lettres comme des symboles, sans leur donner de sens.

Lors de la poursuite visuelle, on observe d'importants décrochages, surtout dans le sens vertical.

Conclusion :

Le bilan psychomoteur a donc mis en évidence : un niveau praxique gestuel correct, une bonne intégration du schéma corporel avec un bon investissement de l'image du corps, une latéralité homogène fixée à gauche, une bonne intégration des notions de droite et de gauche avec maîtrise de la réversibilité, une bonne intégration des notions spatio-temporelles de base, de bonnes capacités d'organisation spatiale, des capacités visuo-perceptives dans la moyenne pour l'âge et une boucle audio-motrice fonctionnelle.

En revanche, Yaya présente :

- un retard de maturation neuromotrice : immaturité du geste (prise en ratissage), faible contrôle moteur (le mouvement de la main entraîne le bras), faible contrôle des muscles faciaux, lenteur.
- une gêne importante au niveau de la sphère visuelle qui entraîne directement d'importantes difficultés d'analyse visuospatiale, des coordinations oculo-manuelles peu fiables
- des difficultés au niveau de la sphère auditivo-verbale : difficultés de compréhension massives, qui nécessitent une reformulation, difficultés de discrimination auditive, et manque du mot.
- un retard d'acquisition de certaines compétences psychomotrices : manque d'équilibre (hyperlaxité ligamentaire au niveau des chevilles), absence de repérage dans le temps social, écriture cursive non mise en place.

Annexe 2 : Bilan psychomoteur de Lucas

Présentation, motricité spontanée :

Lucas est âgé de 7 ans et 7 mois lors de la passation. Le bilan s'est réalisé sur deux séances. Lors de la première séance, Lucas se présente dans un premier temps sous un mode très inhibé, gardant le visage enfoncé dans son col, regardant très peu son interlocuteur et ne parlant pas. Lors de la deuxième séance en revanche, il montre une agitation motrice et une impulsivité assez importantes. De façon générale, Lucas a gardé un visage assez triste, même lorsqu'il réalise des activités pour lesquelles il montre de l'intérêt. Tout au long du bilan, il utilisera une vision périphérique, gardant la tête baissée et regardant « par en-dessous ». Il n'aura jamais de vision directe.

Niveau moteur, coordinations :

Au test du M-ABC 2, Lucas obtient un score total de 51 points, ce qui le situe au 1^{er} percentile. Pour les épreuves de dextérité manuelle, il alterne entre une prise palmaire et une prise quadri digitale avec le pouce chevauchant les autres doigts. Il montre une certaine impulsivité par moments alors qu'il fait exprès d'aller doucement d'autres fois. Ses coordinations oculo-manuelles semblent poser problème, il vise plusieurs fois à côté du trou et semble regarder avec sa vision périphérique ou en-dessous. Pour les épreuves de visés/attrapés, il se montre impulsif et agité. Les équilibres sont également rendus très précaires du fait de l'agitation. Les différentes épreuves du M-ABC 2 montrent des difficultés motrices certaines mais il est difficile de les évaluer précisément. En effet, Lucas n'a pas vraiment adhéré aux consignes : il faisait exprès d'aller tout doucement, par exemple, lorsqu'il devait aller le plus vite possible. Les résultats ne sont donc pas vraiment significatifs.

Au test de motricité faciale de Kwint, Lucas a reproduit correctement 15 items (sur 30), ce qui le situe dans la moyenne pour son âge, témoignant d'un niveau de maturation neuromotrice correct. Les émotions relatives aux expressions faciales proposées sont correctement identifiées, hormis la colère.

Praxies :

A l'évaluation de la motricité gnosopraxique distale (EMG), Lucas montre des

capacités praxiques correctes pour son âge. En revanche, les capacités d'analyse visuospatiale sont faibles pour l'âge. Il n'a pas perçu la profondeur par exemple.

Schéma corporel :

Au test des somatognosies de Bergès, Lucas montre quelques lacunes dans l'intégration du vocabulaire relatif au corps ; il confond les chevilles avec les genoux (6 ans), ne sait pas situer les hanches, la nuque et les pommettes (7 ans) et montre la joue pour les mollets (8 ans).

Au dessin du bonhomme de Goodenough, Lucas obtient un score de 35 points, ce qui correspond à un niveau génétique de représentation du bonhomme de 11 ans et 3 mois. La représentation du bonhomme est très riche pour l'âge, avec de nombreux détails, en particulier au niveau du visage. Les différentes parties du corps sont bien représentées et correctement articulées entre elles, montrant à présent une bonne intégration du schéma corporel. Au niveau du tracé, on note toutefois un geste chaotique et non maîtrisé, Lucas dessinant de façon très impulsive.

Latéralité :

La latéralité neurologique est dominante à droite (tonus de fond et d'action supérieurs à droite, ballant et extensibilité meilleurs à gauche).

Au test de latéralité gestuelle innée de Bergès, Lucas réalise 80% des items à droite, montrant un processus de latéralisation fixé à droite.

Au test de dominance latérale de Zazzo, Lucas obtient un indice de dominance manuelle de +0,31, ce qui le situe dans la zone de dextralité. Pour la distribution des cartes, on note que les mains sont en pronation et que Lucas fait glisser les cartes. La distribution n'est pas vraiment maîtrisée. Les diadococinésies sont meilleures à droite. Les latéralités pédestre et oculaire sont dominantes à droite. Lucas présente donc une latéralité homogène, fixée à droite.

Au test d'orientation droite/gauche de Piaget-Head, Lucas obtient un total de 38 points, ce qui le situe au niveau du quartile inférieur pour son âge. Il confond sa droite et sa gauche lors des consignes sur ordre. Ces notions ne semblent pas encore être correctement maîtrisées.

Organisation spatio-temporelle :

ESPACE : les notions fondamentales sont acquises.

Au test de développement de la perception visuelle de Frostig, Lucas obtient un quotient de perception de 94, ce qui témoigne de capacités de perception visuelle dans une moyenne basse (30^{ème} percentile).

A l'épreuve graphique d'organisation perceptive de Bender, Lucas obtient un total de 25 points, ce qui le situe sous le quartile inférieur pour son âge (moyenne des enfants de 6,5 ans). On remarque de nombreuses erreurs visuelles (erreurs de dénombrement, mauvaise utilisation de l'espace graphique (certaines figures se coupent), difficulté à rester sur un axe horizontal). Pour pouvoir dénombrer correctement les éléments de la deuxième figure, on note qu'il ferme un œil.

TEMPS : les notions fondamentales sont très mal maîtrisées. Lucas n'est pas repéré dans le temps social.

Au test d'adaptation au rythme de Soubiran, Lucas a su s'adapter aux différents rythmes proposés autant dans les frappés que dans la marche, montrant une boucle audio motrice fonctionnelle.

Aux épreuves de rythme de Stambak, Lucas reproduit correctement 16 structures rythmiques sur 21, ce qui le situe à +0.43 écart type par rapport à la moyenne pour son âge. Il fait donc preuve de bonnes capacités de discrimination et de rétention auditive. Les erreurs se produisent toutes sur la fin du test, montrant une certaine fatigabilité et une difficulté à maintenir une attention soutenue.

Graphisme :

Lucas utilise sa main droite pour écrire. La prise de l'outil scripteur est quadridigitale, son pouce venant se placer sur l'index. Il n'utilise pas sa main non scriptrice pour tenir la feuille, ce qui entraîne une plus grande tension dans la main scriptrice.

A l'épreuve du BHK-F, Lucas obtient un score total de dégradation de 37 points, ce qui le situe à -3.30 écarts types par rapport à la moyenne pour son âge (dysgraphie). Au niveau qualitatif, l'écriture n'est pas installée. Lucas ne maîtrise pas non plus la lecture et ne

comprend donc pas ce qu'il écrit. Il épelle les mots lettre à lettre. Il trace les circulaires à l'envers, mêle capitales, minuscules, lettres scripts et cursives. Au niveau quantitatif, Lucas a écrit 60 caractères en 5min, ce qui le situe à -1.45 écart type pour son âge. C'est une vitesse d'écriture qui reste trop lente pour l'âge.

Conclusion :

Le bilan a pu mettre en évidence : un bon niveau de maturation neuromotrice, des capacités praxiques gestuelles correctes, une bonne intégration du schéma corporel, une latéralité homogène fixée à droite, une boucle audio-motrice fonctionnelle, de bonnes capacités de discrimination et rétention auditives.

En revanche on retrouve :

- des difficultés dans la sphère visuelle : vision quasi exclusivement périphérique, coordinations oculo-manuelles approximatives, faibles capacités d'analyse visuo-spatiale, conduites de facilitation (ferme un œil lors du dénombrement d'une collection de points par exemple), doute sur la vision
- un retard d'acquisition dans certains secteurs : notions de droite et de gauche non acquises, non-repérage dans le temps social
- une dysgraphie (en lien avec une lecture non maîtrisée)
- un retard des acquisitions motrices (difficile à évaluer précisément du fait d'une non-adhésion aux consignes)
- une agitation, une impulsivité et une difficulté à maintenir son attention qui impactent les résultats.

Il est important de maintenir le suivi psychomoteur de Lucas. Une approche psychocorporelle des troubles relationnels et du comportement est tout à fait judicieuse. Il conviendrait également de veiller à la bonne mise en place des fonctions non acquises (en particulier le repérage spatio-temporel et l'écriture).

Annexe 3 : Bilan psychomoteur de Mahina

Le bilan psychomoteur a été réalisé dans le cadre de l'admission de Mahina à l'unité psychopédagogique, en septembre 2019. Elle est alors âgée de 9 ans et 8 mois.

Présentation, motricité spontanée :

Mahina se présente comme une jeune fille coquette et très apprêtée : coiffure et tenue vestimentaire travaillées, bijoux, ongles vernis. Elle est sympathique et de bon contact mais peut surprendre par un comportement inattendu. Elle se plaint régulièrement d'être fatiguée et peut, en plein milieu d'une action, poser son front sur la table lorsqu'elle est assise à table, ou poser son front par terre lorsqu'elle est debout. On relève également des tics assez importants (mouvements de tête qu'elle secoue, bruits de gorge, soupirs profonds). Au niveau moteur, Mahina alterne entre une grande lassitude où elle effectue ses actions au ralenti, et une grande impulsivité. Elle présente également des difficultés à maintenir son attention, ce qui la fait souvent paraître étourdie (la tâche ne posant plus aucune difficulté quand Mahina s'est remobilisée sur le plan attentionnel).

Niveau moteur, coordinations :

Au test du M-ABC 2, Mahina obtient un score total de 79 points, ce qui la situe globalement au 37^{ème} percentile. Elle présente un niveau moteur conforme aux attentes pour son âge. L'épreuve graphique du trajet est un peu moins bien réussie du fait d'une grande précipitation de Mahina qui a une réelle difficulté à ralentir son geste, ce qui lui fait parfois perdre en précision.

Au test de motricité faciale de Kwint, Mahina a reproduit correctement 27 items (sur 30), ce qui la situe au-dessus du quartile supérieur pour son âge, montrant un très bon niveau de maturation neuromotrice. Les émotions relatives aux expressions faciales proposées ont été correctement identifiées.

Praxies :

A l'évaluation de la motricité gnosopraxique distale (EMG), Mahina montre un bon niveau praxique gestuel. Les mouvements de mains en revanche, ont été chutés du fait d'une grande précipitation à reproduire les positions. Elle se trompe dans certaines relations

spatiales, comme l'oblique ou la profondeur, mais se corrige d'elle-même dans un second temps lorsqu'elle observe mieux le modèle.

Schéma corporel :

Au test des somatognosies de Bergès, Mahina a montré des lacunes dans la connaissance du vocabulaire relatif au corps. Elle confond cils et sourcils (5 ans), montre l'avant du cou pour la nuque, les paupières pour les pommettes (7 ans), les malléoles pour les mollets, le bras pour l'avant-bras, et n'a pas su localiser les paumes (8 ans).

Au dessin du bonhomme de Goodenough, Mahina a obtenu un total de 34 points, ce qui correspond à un niveau génétique de représentation du bonhomme de 11 ans. Elle a représenté un personnage issu de l'univers manga qu'elle semble avoir appris à dessiner par cœur. Elle représente de très nombreux détails qui lui permettent d'obtenir beaucoup de points. Cependant, certaines parties du corps caractéristiques des personnages de manga ne sont plus compatibles avec une intégration correcte du schéma corporel (tête deux fois plus grosse que le corps, oreilles implantées sur le dessus de la tête, nombre de doigts inexact...). L'intégration du schéma corporel reste à renforcer.

Latéralité :

La latéralité neurologique est dominante à droite (tonus de fond et d'action supérieurs à droite, ballant et extensibilité meilleurs à gauche).

Au test de latéralité gestuelle innée de Bergès, 90% des items sont réalisés à droite.

Au test de dominance latérale de Zazzo, Mahina obtient un indice de dominance manuelle de +0.57, ce qui la situe dans la zone de dextralité (dominance de la main droite). Les diadococinésies sont meilleures à droite. La latéralité pédestre est dominante à droite. En revanche, la latéralité oculaire est dominante à gauche, ce qui donne à Mahina une latéralité croisée : œil gauche qui vise, main droite qui écrit.

Au test d'orientation droite/gauche de Piaget-Head, Mahina obtient un total de 62.5 points, ce qui la situe dans la moyenne attendue à son âge. Elle a bien intégré les notions de droite et de gauche et la réversibilité est correctement maîtrisée pour l'âge.

Organisation spatio-temporelle :

ESPACE : les notions fondamentales sont acquises. Mahina connaît le vocabulaire relatif aux principales notions spatiales et l'utilise à bon escient.

Au test d'adaptation à l'espace et orientation spatiale de Marthe Vyl, Mahina a montré de bonnes capacités d'organisation spatiale. A l'épreuve des pas comptés, elle a eu accès à la division de l'espace et s'est correctement adaptée à l'espace en ajustant la longueur de ses pas en fonction du nombre de pas demandés. Au jeu des voyages, elle a correctement mémorisé les différents repères spatiaux. Elle a eu accès au symbolisme et à la représentation stable du nombre. Le passage de l'espace réel à l'espace représenté (et inversement) a pu se faire correctement.

Au test de développement de la perception visuelle de Frostig, Mahina obtient un quotient de perception de 126, ce qui témoigne d'excellentes capacités de perception visuelle (95^{ème} percentile).

A l'épreuve graphique d'organisation perceptive de Bender, Mahina obtient un total de 43 points, ce qui la situe au niveau du quartile inférieur pour son âge. Elle a fait quelques erreurs dans l'analyse des relations spatiales mais globalement les figures sont correctement reproduites, en ce qui concerne leur agencement spatial. Elle a cependant perdu beaucoup de points du fait d'un manque de précision du tracé dû à sa grande précipitation.

TEMPS : les notions fondamentales sont acquises. Mahina connaît le vocabulaire relatif aux principales notions temporelles et l'utilise à bon escient. Elle est bien repérée dans le temps social. Seule la lecture de l'heure sur une montre à aiguilles n'est pas encore acquise.

Au test d'adaptation au rythme de Soubiran, Mahina a parfaitement reproduit tous les rythmes proposés, frappés ou marchés, lents ou rapides, faisant preuve d'une boucle audio motrice efficace.

Aux épreuves de rythme de Stambak, Mahina a reproduit correctement 14 structures rythmiques (sur 17), ce qui la situe à +0.08 écart-type par rapport à la moyenne pour son âge. Elle fait preuve de bonnes capacités de discrimination et de rétention auditive. La lecture des structures s'est faite sans difficulté, Mahina ayant eu accès au symbolisme d'emblée.

Graphisme :

Mahina utilise sa main droite pour écrire. La prise de l'outil scripteur est tri digitale, mais le pouce posé sur l'index ne maintient pas le stylo.

A l'épreuve du BHK-F, Mahina obtient un score total de dégradation de 29 points, ce qui la situe à -5.66 écart-type par rapport à la moyenne pour son âge (dysgraphie qualitative). Au niveau qualitatif, on note que l'écriture est coûteuse pour Mahina qui est encore très en difficulté pour le langage écrit, ce qui la met en situation de double tâche. Elle a besoin de revenir au modèle plusieurs fois pour le même mot, écrit les lettres une à une sans les enchaîner, ce qui donne un aspect très chaotique à son écriture. Elle a également une tendance à repasser plusieurs fois sur la même lettre, de façon très impulsive. Elle ne semble pas donner véritablement de sens à ce qu'elle écrit. Au niveau quantitatif, Mahina a pu écrire 79 caractères en 5 minutes, ce qui la situe à -2.22 écart-type par rapport à la moyenne pour son âge (dysgraphie quantitative). C'est donc une vitesse d'écriture beaucoup trop lente pour l'âge. Mahina présente donc une dysgraphie mixte (qualitative et quantitative) qui ne lui permet pas d'avoir une écriture fonctionnelle.

Conclusion :

Le bilan psychomoteur a donc mis en évidence : un bon niveau moteur, un très bon niveau de maturation neuromotrice, un bon niveau praxique gestuel, une bonne intégration des notions de droite et de gauche avec maîtrise de la réversibilité, une bonne intégration des notions spatio-temporelles de base, de bonnes capacités d'organisation spatiale, d'excellentes capacités de perception visuelle, une boucle audio motrice efficace et de bonnes capacités de discrimination et de rétention auditive.

En revanche, on retrouve :

- de façon discrète : une intégration du schéma corporel à renforcer, avec des lacunes dans la connaissance du vocabulaire relatif au corps.
- une dysgraphie mixte (qualitative et quantitative) due en grande partie à une situation de double tâche, Mahina étant encore très en difficulté sur le plan du langage écrit.
- une agitation/impulsivité qui la pénalisent si elle répond trop vite ou s'il faut fournir une action qui demande de la précision. Ces moments d'agitation/impulsivité alternent avec des

moments d'apathie où Mahina semble au contraire réaliser l'action au ralenti. Elle peut même s'arrêter complètement dans son action pour poser sa tête sur la table ou même par terre, se plaignant d'être fatiguée.

- une grande difficulté à maintenir son attention sur la tâche en cours (peut perdre la consigne en cours de route), ce qui la fait paraître très étourdie, la tâche en elle-même ne posant plus aucune difficulté lorsque Mahina a pu se remobiliser au niveau attentionnel.

Une prise en charge en psychomotricité serait bénéfique à Mahina. Cela lui permettrait de renforcer ses repères corporels et spatiaux. Un travail sur le couple impulsion/inhibition lui permettrait également d'expérimenter ses mouvements autrement que dans l'agitation et donc d'obtenir une motricité mieux maîtrisée.

Annexe 4 : Troubles psychiatriques diagnostiqués chez des enfants
présentant ou non un TDA/H

	Avec TDA/H (%)	Sans TDA/H (%)
Troubles spécifiques des apprentissages	46,1	5,3
Troubles des conduites	27,4	1,8
Anxiété	17,8	2,1
Dépression	13,9	1,4
Trouble du spectre de l'autisme	6,0	0,6

Reproduit à partir de « *Trouble déficit de l'attention-hyperactivité chez l'enfant et l'adulte* », par Brown, T. E., 2019, p. 99, Elsevier Masson.

Résumé

L'agitation prend une part croissante dans les motifs de consultation en psychomotricité. Pour pouvoir la traiter, il est essentiel de comprendre sa place au sein de la triade symptomatique d'un trouble neuro-développemental plus vaste, le Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDA/H). Ce trouble, encore appelé instabilité psychomotrice, se manifeste par trois signes cliniques majeurs : l'inattention, l'impulsivité et l'agitation. Trouble polymorphe aux étiologies plurielles, il se caractérise par une altération des fonctions exécutives et peut résulter d'une perturbation dans les interactions précoces. A travers l'évolution de trois enfants suivis en pédopsychiatrie, nous verrons comment le psychomotricien contribue à la prise en charge pluridisciplinaire des enfants instables. L'évaluation et la prise en charge de certains aspects proprement psychomoteurs du trouble seront mis en lumière, tels que les troubles toniques, praxiques, la représentation du corps et l'organisation spatio-temporelle.

Mots-clés : psychomotricité – instabilité – fonctions exécutives – interactions précoces – représentation du corps – organisation spatio-temporelle

Summary

Agitation is becoming an increasing part of the reasons for consultation in psychomotricity. In order to treat it, it is essential to understand its place within the symptomatic triad of a larger neurodevelopmental disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). This disorder, also known as psychomotor instability, is manifested by three major clinical signs: inattention, impulsivity and agitation. A polymorphic disorder with multiple etiologies, it is characterized by an alteration in executive functions and may result from a disturbance in early interactions. Through the evolution of three children followed in child psychiatry, we will see how the psychomotrician contributes to the multidisciplinary management of unstable children. The evaluation and management of certain psychomotor aspects of the disorder will be highlighted, such as tonic and praxis disorders, body representation and spatio-temporal organization.

Key words : psychomotricity – instability – executive functions – early interactions – representation of the body – spatio-temporal organization