

PREMIERE PARTIE : MODULES TRANSDISCIPLINAIRES

Module 3 - Maturation et vulnérabilité

Objectif 32 - DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT ET SES TROUBLES

Rédaction : Philippe DUVERGER et Jean MALKA
Relecture : Charles AUSSILLOUX

Objectifs :

- *Savoir diagnostiquer un retard ou une anomalie du développement psychomoteur*
- *Savoir diagnostiquer une instabilité psychomotrice avec trouble attentionnel*
- *Connaître les facteurs favorisant leur existence*
- *Connaître les attitudes thérapeutiques à adopter*

La psychomotricité, le langage et l'intelligence se développent simultanément. Les acquisitions de l'enfant dans ces 3 secteurs sont étroitement liées au développement affectif. L'importance de l'affectivité sur le développement moteur a été bien mise en évidence dans les carences affectives précoces.

Les interactions sont donc étroites entre le psychisme et la motricité.

Rappel des grandes étapes du développement normal

- Développement de 0 à 2 ans

→ Réflexes archaïques

Ils sont les premières réponses aux stimuli extérieurs. Ils existent dès la naissance. Ils ont une valeur fonctionnelle et adaptatrice importante. Leur absence est un signe d'immaturité. Leur évolution et leur disparition sont le signe d'une bonne maturation. Quatre réflexes sont recherchés :

- **Réflexe de Moro** ou "**réflexe d'embrassement**". Les bras s'écartent symétriquement et se rejoignent. Il est déclenché par des stimulations proprioceptives. Sa persistance après 6-7 mois est pathologique.

- **Réflexe de fouissement**. Réflexe de recherche et d'orientation vers le sein. Il est suivi des réflexes de succion et de déglutition.

- **Réflexe de redressement et de marche automatique**. A une pression plantaire, l'enfant réagit en se redressant. A la naissance, on constate un réflexe de marche si on soutient l'enfant debout sous les aisselles. Ce réflexe disparaît ensuite.

- **Grasping**. La stimulation de la paume de la main entraîne une flexion des doigts et un agrippement.

→ **Tonus musculaire**

Au niveau des membres :

- Attitude en flexion (naissance) à attitude en extension (vers 3-5 mois)
- Hypertonie (naissance) puis hypotonie (8-9 mois) qui disparaît vers 18 mois

Au niveau du tronc : Hypotonie axiale puis progressivement contrôle tonique des muscles de l'axe permettant le développement postural.

→ **Développement postural**

Il est progressif avec

- Tenue de tête vers 3 mois.
- Tenue assise vers 6 mois et véritablement stable vers 8-9 mois.
- Station debout débutant vers 9-10 mois, acquise vers 11-12 mois

→ **Motilité et locomotion**

Les premiers mouvements sont des décharges motrices sans objet à type de flexion - extension, de pédalage dans le vide.

- Vers 3 mois : mouvements des mains devant les yeux. Possibilité de se soulever du lit.
- Vers 4-5 mois : en position ventrale se redresse et s'appuie sur les mains.
- Vers 6 mois : commence à ramper, à se déplacer sur les fesses, puis à 4 pattes.
- Vers 12 mois : acquisition de la marche (variations entre 10 mois et 18 mois)

L'autonomisation est progressive avec possibilité pour l'enfant de s'éloigner ou de se rapprocher de l'autre

→ **Préhension**

Elle suit l'évolution de la motricité et la disparition du grasping :

- Vers 5 mois : elle est cubito-palmaire. La main "ratisse".
- Vers 6 mois : elle est digito-palmaire : entre les doigts et la paume.
- Vers 9-10 mois, elle est radio-digitale. C'est le début de la pince.

La préhension permet l'exploration des objets, leur manipulation à volonté.

Le porter à la bouche est habituel (Cf. Stade psychoaffectif oral)

→ **Sensorialité**

Le bébé, puis le nourrisson a des compétences.

- Il voit dès le 4^{ème} jour particulièrement le visage humain (pendant la tétée)
- Il entend dès la naissance et peut localiser un son dans l'espace. Il reconnaît la voix de sa mère dès la 3^{ème} semaine.
- Le nouveau-né reconnaît l'odeur du lait de sa mère et de sa peau.

→ **Sourire**

Il semble exister dès la naissance et serait dû à la satisfaction alimentaire.

Il peut être provoqué, entre 2 et 8 semaines, par des stimuli extérieurs.

Il devient intentionnel vers 2-3 mois (signe organisateur de Spitz) et prend alors valeur de communication.

- Développement après 2 ans

→ **Evolution motrice**

Elle consiste en une acquisition progressive d'une motricité de plus en plus fine. Après une phase d'instabilité psychomotrice normale (avant 3 ans), l'enfant va se stabiliser. Le contrôle tonique devient meilleur.

→ **Latéralisation**

Une dominante latérale s'établit progressivement, au niveau de la main mais aussi du pied et de l'œil. Certains enfants restent ambidextres.

→ **Schéma corporel**

L'enfant reconnaît progressivement les différentes parties de son corps et du corps de l'autre. Vers 3 ans, l'enfant peut commencer à figurer le corps et les étapes du « dessin du bonhomme » sont un bon marqueur de son niveau de développement. Parallèlement, l'enfant investit son propre corps. La qualité de cet investissement est liée à celui que la mère aura pour son enfant.

→ **Organisation spatio-temporelle**

La notion d'espace s'élabore progressivement par l'intermédiaire du corps et en relation avec les expériences kinesthésiques et visuelles. Simultanément, se constitue la notion de temporalité et de rythme (vers 5-6 ans).

Retard psychomoteur

Il s'agit d'un retard des acquisitions posturales ou du tonus.

Le diagnostic repose sur les données de l'entretien avec les parents, sur l'observation de l'enfant au cours de l'examen, et la mise en évidence de capacités motrices globales et fines. Il peut être confirmé par un examen psychomoteur, réalisé par un psychomotricien, qui précise l'intensité du retard sur le plan global et selon les domaines : motricité globale ou fine, troubles spatio-temporels ou du schéma corporel...

Le retard psychomoteur peut être un syndrome isolé, constituant un trouble spécifique du développement. Il faut néanmoins rechercher systématiquement une association avec un retard mental.

Les facteurs favorisant l'existence d'un retard psychomoteur sont d'ordre somatique (génétiques, souffrance néonatale) ou environnemental dans les cas de dysfonctionnement interactif précoce, de carence affective. La sommation de ces facteurs est possible.

La prise en charge d'un retard psychomoteur entrant dans le cadre d'un retard mental, d'un autisme ou dans celui de troubles consécutifs à des perturbations interactives est celle de la pathologie considérée : les rééducations psychomotrices et les activités motrices et d'expression font partie.

Dans le cas d'un retard psychomoteur isolé, des rééducations psychomotrices sont nécessaires, des activités de jeu, un soutien psychologique à l'enfant et à sa famille et éventuellement des moyens spécifiques en relation avec les acquisitions scolaires.

Trouble de l'acquisition de la coordination

Il s'agit d'un trouble spécifique du développement manifesté par des difficultés de la motricité fine entraînant maladresse, imprécisions ou lenteur motrice.

Le diagnostic est fait à partir de l'entretien avec les parents qui retrouve un retard fréquent dans les différentes étapes du développement moteur : pour s'asseoir, ramper, marcher.

Des signes d'examen s'obtiennent en demandant à l'enfant de sauter à pieds joints, à cloche pied, de se tenir sur une jambe, de taper du doigt, d'attacher un lacet, d'attraper un ballon... La confirmation est assurée par un bilan psychomoteur.

Les tests psychométriques retrouvent des scores "performances" ou "non-verbaux" inférieurs aux scores "verbaux". Cette perturbation peut interférer gravement avec la scolarité et les activités de la vie courante.

Il existe souvent des troubles associés : troubles du langage (articulation), des apprentissages (écriture), des difficultés relationnelles avec les pairs (jeux).

Un dépistage de troubles sensoriels (acuités auditive et visuelle) s'impose, comme dans tout retard. Un bilan neurologique complète le bilan avec recherche d'une infirmité motrice cérébrale, d'une myopathie...

La prise en charge est celle d'un retard psychomoteur isolé (Cf supra)

L'instabilité psychomotrice

Synonymes : turbulence, hyperactivité, agitation, trouble hyperkinétique, trouble déficitaire de l'attention...

Il s'agit d'un motif fréquent de consultation pour des enfants en maternelle ou en primaire, où elle a une fréquence estimée à 3-5 %. Mais il convient de distinguer un comportement pathologique (aux origines très diverses) des enfants "plein de vie".

Le début des troubles se situe entre 5 et 6 ans.

Elle prédomine nettement chez le garçon (7 garçons pour 1 fille)

Le diagnostic repose sur l'entretien des parents, l'entretien avec l'enfant seul et une observation des relations parents-enfant. Parfois, certaines échelles (Conners) ou certains bilans : psychologique, psychomoteur, orthophonique permettent d'argumenter le diagnostic.

Cliniquement, sont retrouvés :

- Trouble déficitaire de l'attention

Hypermotricité souvent inadaptée, désordonnée, sans but précis

Mouvements incessants, bruyants, maladroits, plus ou moins contrôlés

Envahissement de l'espace, surtout celui d'autrui, parasitage incessant

Indiscipline, ne supporte pas de rester assis

Anarchie du comportement : activité brouillonne et maladroite

Impulsivité : la moindre occasion est bonne pour grimper, sauter, toucher

Incapacité à différer

Travail bâclé, réponses trop rapides
Les incessantes réprimandes et les punitions sont généralement inefficaces.

- Une instabilité psychique

Eparpillement de l'enfant, happé par tous les stimuli extérieurs

Inattention et difficultés de concentration intellectuelle

Distraction

En revanche, l'enfant peut réaliser correctement un travail lorsqu'un adulte disponible se trouve à ses côtés

- Symptômes associés, plus ou moins marqués

Angoisse généralement diffuse, masquée par l'agitation

Agressivité, colères déclenchées par les frustrations

Attitudes de provocation

Conduites d'opposition, de défi, de refus, d'indifférence aux remontrances

Variations de l'humeur avec passage du rire aux larmes, de l'excitation à la tristesse, du sentiment de triomphe à l'effondrement dépressif

Faible investissement du langage, difficultés à verbaliser, notamment ses sentiments de malaise ou d'insécurité

Difficultés relationnelles, isolement par rejet des pairs

Anomalies de la coordination, maladresse

Troubles des apprentissages (20-50 % des cas) : difficultés de lecture, de calcul

- Conséquences

Sur le plan familial

Exaspération, dramatisation, rejet, banalisation, déni...

Contre attitudes violentes

Aggravation du tableau clinique

Sur le plan scolaire

Résultats médiocres

Mesures disciplinaires inopérantes

Exclusions répétées

Retard voire échec scolaire

→ Complication grave compromettant l'avenir de l'enfant.

L'instabilité psychomotrice n'est qu'un syndrome, une réponse psychomotrice non spécifique. Elle peut exister chez un enfant sans autre trouble par ailleurs et dans un contexte socio-familial sans particularités. Elle peut aussi être une réaction défensive immédiate chez un enfant confronté à un bouleversement de son monde relationnel avec un caractère fréquemment contradépressif. Elle peut aussi s'inscrire dans certaines psychoses infantiles ou troubles graves de la personnalité.

- Approches thérapeutiques

Elles sont très différentes et associent en fonction de chaque situation :

- Approche familiale : toujours nécessaire pour soutenir les parents et modifier les interactions pathologiques qui se sont instaurées.
- Approche corporelle (danse rythmique, relaxation, rééducation psychomotrice) qui restaurent le plaisir de l'action et de la maîtrise du corps.
- Soutien psychologique individuel ou en groupe avec psychothérapies d'inspiration psychanalytique ou cognitivo-comportementale.
- Traitement médicamenteux : le plus classique est la Ritaline® (méthylphénidate), dérivé amphétaminique, dont l'efficacité est prouvée quand l'indication est bonne. Elle ne concerne que les enfants de plus de 6 ans. Elle est affaire de spécialiste et le traitement médicamenteux n'est jamais isolé.

4. Les tics

Les tics sont des mouvements moteurs ou des vocalisations involontaires, irrésistibles, rapides, récurrents, non rythmiques et stéréotypés. Ils peuvent être simples ou complexes. Ils apparaissent souvent vers l'âge de 6-7 ans. Ils sont aggravés par le stress et disparaissent pendant le sommeil. Ils peuvent être transitoires (réactionnels à un stress comme une séparation), chroniques ou intermittents (disparaissant par périodes).

Le syndrome de Gilles de la Tourette débute entre 7 et 15 ans et se caractérise par des tics moteurs associés à des tics verbaux comme des grognements ou des jurons voire des obscénités. Le bilan est à la fois neurologique et psychiatrique.

Une prise en charge globale comportant aide psychologique à l'enfant, soutien à son environnement familial et scolaire, est nécessaire sur une longue durée. L'halopéridol (Haldol®) à faible dose permet une amélioration importante dans certains cas.

Les Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOCs) sont traités dans l'objectif 41.