

CHOIX DES INDICATIONS THERAPEUTIQUES

1) Les indications de rééducation orthophoniques

Diagnostic différentiel :

- Troubles de la personnalité (autisme, carence affective...)
- Atteintes sensorielles (audiogramme nécessaire pour vérifier acuité auditive)
- Déficits intellectuels
- Atteintes neurologiques

Facteurs d'un bon dvpt du langage :

- Qualité de la **relation à l'entourage** (cf. notion de spirale transactionnelle : parents renforcés dans leur fonction parentale par compétences du nourrisson)
- Intégrité du **SN** (myélinisation des fibres) et + particulièrement de l'audition (discrimination et reproduction des formes sonores)
- Intégration du système linguistique : cf. étapes du dvpt du langage (gazouillis, premiers mots, phrases)

Retentissement des troubles du langage :

- Acquisitions scolaires
- Adaptation sociale (inhibition, agressivité, opposition...)

Distinction des troubles du langage se fait selon :

- Versant touché : **réceptif / expressif**
- Aspects touchés : **fonctionnels** (dyslexie, articulation, retard...) / **fonctionnels** (aphasie...)
NB : dysphasie = troubles de l'encodage syntaxique, hypospontanéité verbale

a) Les troubles isolés de l'articulation

|| = déformation phonétique notable et isolé (qui touche certains phonèmes), erreurs constantes et systématiques dans l'exécution des mouvements nécessaires à l'émission d'un phonème.

- **Sigmatisme interdental** (cheveu sur la langue)
- **Sigmatisme latéral** (chuintement)

Prévalence : 10% des enfants < 8 a.
 5% des enfants > 8 a.

Etiologie : trouble qui affecte la réalisation motrice des modèles parce que le sujet ne perçoit pas les traits distinctifs des phonèmes. Fréquent au moment de l'acquisition du langage, et peut disparaître spontanément.

- Problème au niveau de l'acuité, diminuée sur certaines zones de fréquence
- **Malformation (cavité buccale, larynx...)**
- Troubles moteurs (mauvaise mobilisation des muscles)

Rééducation : avant tout prévention de la dyslexie

- Courte (2-3 mois)
- Séances peu importantes (env. 30 mn), 3 fois par semaine
- Préférable pour les sujets de 4-5 ans (CP leur permettra d'automatiser les mvts articulatoires appris pdt la rééducation), dociles et coopérants
- Pronostic favorable

b) Retard de parole

|| Déformations des mots associés ou non à des troubles de l'articulation, séquelles du parler enfantin.

- Omission (parapuie pour parapluie)
- Inversion (bourette pour brouette)
- Elision (journa pour journal)
- Simplification

Etiologie : Perception auditive insuffisamment fonctionnelle : le sujet n'analyse pas bien ce qu'il entend.

Rééducation :

- ❑ **Durée : 1 an**
- ❑ Séances de ¾ h, 2 fois par semaine
- ❑ Sujets de 4-5 ans.
- ❑ Méthode : à partir support visuel et moteur. Cf méthode de Borel-Maisonny = utilisation d'un support concret pour apprendre à déchiffrer les lettres (geste afin de pallier au déficit auditif).

c) Retard de langage

|| Perturbation de la syntaxe dans l'élaboration du langage : touche l'organisation des mots dans la phrase

Etiologie :

- Difficulté à repérer les différentes catégories de mot (nature et fonction)
- Question de **l'interaction avec des troubles psychoaffectifs** (préexistants ou réactionnels) :
 - Surprotection maternelle (maintient l'enfant ds situation de dépendance)
 - Rejet de la part de la mère (instabilité, opposition)

Rééducation :

- ❑ **Durée : au moins 1 an.**
- ❑ Séances de ¾ h, 2 fois par semaine
- ❑ Méthode : apprendre au sujet à mettre éléments de la phrase à leur place (pictogramme, geste...), travail sur homophones. On donne au sujet les moyens pour surmonter ses difficultés (qui existeront toujours)
- ❑ Pronostic : réservé qd associé à un retard de parole.
- ❑ Différentes modalités de rééducation :
 - Enfants très jeunes : psychomotricité (verbalisation de ce que l'on fait)
 - Retard de dvpt associé : psychomotricité
 - Rééducation en groupe pour + d'interactions (enfant + à l'aise car moins sollicité)
 - Groupe de parents : 1 fois par mois, afin d'évacuer l'anxiété liée au symptôme de l'enfant

|| **Retard de langage et de parole : début tardif de la parole (mots après 2 ans, phrases après 3 ans), lenteur dans les acquisitions, persistance des caractéristiques du langage enfantin, pauvreté du vocabulaire, difficulté à organiser les phrases.**

d) Dyslexie

|| Difficulté à acquérir le code de l'écrit et la lecture, chez un sujet qui par ailleurs, ne présente pas de déficit intellectuel, de déficit sensoriel ou perceptif, ou de trouble majeur de la persoT.

NB : lecture = décodage du texte (correspondance son / lettre), et compréhension (capacité à raconter le texte)

Erreurs rencontrées = banales au début de l'apprentissage de la lecture, mais doivent être transitoires.

- Confusion de lettres proches par la forme (a/o, u/v...)

- Confusion de lettres proches par l'orientation (d/b, p/q...)
- Omission ou addition de lettre
- Inversion
- Déchiffrement erroné de lettres doubles (rariver pour arriver), de diphtongues.
- Erreurs liées à l'incompréhension de la valeur des mots dans la phrase (« les poules du couvent couvent »)
- Devine les mots qu'il n'arrive pas à lire.
- En général = sujet qui n'aime pas lire

Troubles associés = troubles du comportement

- Extension de la dyslexie : **dysorthographe** = trouble de la transcription du langage, avec segmentation et agglutination, et erreurs sur homophones non homographes
- Troubles du calcul** (difficulté dans compréhension des énoncés), nécessité rééducation logico-mathématique (GEPALM)

Prévalence : 5-10% de la population avec dans 50% des cas un retard de parole et de langage.

Facteur familial : proportion importante de dyslexiques chez parents biologiques de 1^{er} degré (par / à pop tot)

Etiologie :

Incidence des **méthodes pédagogiques** : cf. pendant longtemps incrimination de la méthode globale (apprendre à lire à partir d'une histoire inventée par les élèves en classe, distribution ensuite d'une boîte de mots avec laquelle les enfants doivent reproduire phrases..... : méthode ludique, mais pas d'analyse rigoureuse et méthodique des mots, ni de décomposition des données visuelles), en fait, elle ne convient pas aux enfants dyslexiques mais n'est pas à l'origine des troubles

NB : autres méthodes = méthode semi-globale, syllabique, Borel-Maisonny

Rééducation :

- ❑ **Durée : au moins 2 ans**
- ❑ Séance : ¾ h, 2 fois par semaine
- ❑ Centrée sur le langage oral (repérer sons et leur enchaînement ds les mots pour Wer sur reconnaissance graphèmes et phonèmes), et sur structure et organisation des mots dans la phrase.
- ❑ Important :
 - Fixer délais et objectifs à la rééducation
 - Créer un climat de confiance (travail d'étayage et de soutien)
- ❑ **Pronostic favorable quand troubles reconnus et rééducations assez tôt**
- ❑ Peut être associée à un Programme d'entraînement à la modification des attributions (Dweck), élaboré à partir de la notion **d'impuissance apprise** (le sujet s'attribue la responsabilité de ses échecs, les pense stables, et croit qu'il vont s'appliquer à l'ensemble de son existence, ce qui entraîne l'abandon des efforts) : but est **d'encourager le sujet à persévérer dans la recherche de solutions** et de renforcer le sentiment de responsabilité du sujet devant l'échec.

e) Le bégaiement

Il s'agit avant tout d'un trouble de la relation, même s'il ne se manifeste que dans l'élocution.

- **Bégaiement clonique** : (2 à 5) répétitions involontaires et spasmodiques d'une syllabe, en général la première syllabe du premier mot de la phrase. Il s'accompagne en général de contractions rythmiques de muscles du visage, de rougeurs et de sudation.
- **Bégaiement tonique** : incapacité à émettre un son pendant un temps +/- long, résistance subite au moment de parler. Il s'accompagne en général d'une mimique d'effort.
- **Bégaiement tonico-clonique** : combinaison des manifestations décrites plus haut, s'accompagnant de troubles respiratoires (inspiration brève et expiration saccadée).

NB : le bégaiement s'arrête lorsque le sujet chante, récite un texte appris, crie ou chuchote. (cf. mvts respiratoires plus amples)

Prévalence : 1% pop générale, 5% des enfants en école primaire

scolaire : 3-4 garçons pour 1 fille, adulte : 11 hommes pour 2 femmes
30 à 40% des bégaiements st familiaux
50% des bégaiements st associés à un retard de langage

Etiologie :

- Séparation d'avec les parents (fréquentes ou au moment du CP)
- Souvent manifestation d'inhibition de l'agressivité.

Rééducation : symptôme résistant et difficile à traiter

- ❑ Rééducation orthophonique : apprendre un meilleur contrôle du bégaiement
- ❑ Psychothérapie et antidépresseurs si symptôme intense.

NB : **Bégaiement physiologique** : spontanément résolutif si pas de pression de la part de l'entourage

f) Troubles du langage dans d'autres tableaux cliniques

⇒ Déficience :

- Déficients profonds (QI = 20-35) : mots isolés, langage très pauvre
- Déficients moyens (QI = 35-55) : juxtaposition de mots, phrases courtes avec erreurs et contresens dans compréhension rudimentaires du langage écrit
- Déficients légers (QI = 55-70) : phrases simples avec vocabulaire pauvre, expression restreinte

⇒ Psychose

- Echolalies
- Métalalie (répétition différée du discours de l'interlocuteur)
- Soliloquie
- Troubles du rythme, de l'intonation, de la prosodie

⇒ Atteintes neurologiques

- Aphasies
- Troubles moteurs (articulation...)
- Syndrome de Landau-Kleffner : épilepsie qui se manifeste entre 6 et 10 ans par une régression au niveau des acquisitions du langage.

g) Attitude à adopter face aux troubles du langage

- ❑ Diagnostic différentiel
- ❑ Repérer si troubles du comportement sont réactionnels à des troubles du comportement
- ❑ Repérer présence d'un trouble identique chez les parents bio du 1^{er} degré
- ❑ Repérer développement du langage et l'âge des premiers apprentissages
- ❑ Repérer changement de comportement au moment des apprentissages
- ❑ Repérer déplaisir à la lecture (surtout pour les dyslexiques)
- ❑ Repérer précocement retards de langage et de parole pour prévenir dyslexie

Mesures thérapeutiques :

- **Rééducation orthophonique** : pour éviter répercussions sur scolarité, et adaptation.

Important : pas trop précoce, objectifs précis (sinon mauvais investissement et pas d'alliance thérapeutique), suffisamment longue, rythme soutenu.

- Intervention par rapport aux difficultés psychoaffectives : **psychothérapie** (mais secondaire à la rééducation)

Rôle du psychologue :

Dépistage des troubles, et liaison avec les interlocuteurs :

- Déterminer interférence des troubles avec processus cognitifs et relationnels
- Apprécier poids et signification du symptôme dans l'ensemble du tableau clinique (épreuves projectives)

Les outils :

- **Troubles de l'articulation : répétition de consonnes et de mots**
- Retard de parole : répétition de mots (cf. p.4-5 du poly lecture), dénomination d'images
- Retard de langage : processus de définition du vocabulaire de Wechsler, p.3-4 du poly examen du langage
- Epreuves de rythme (repérage des problèmes perceptifs auditifs)
- Epreuves d'association verbale (cf. p.6 poly lecture) si pb, sujet donne mots par assonance et non par sens.
- Textes et dictées : l'Alouette (7a – adulte), Jeannot et Georges (CE1-CM1), Dictée du marché – RUP (cf. poly, CE1-6°)
- Wechsler : chez 60% des dyslexiques, dissociation significative (12 pts) en faveur échelle de performance, avec 3 subtests particulièrement chutés : Vocabulaire, Information et Arithmétique.

2) Les difficultés motrices

|| Déficit instrumental : déficit qui touche un instrument nécessaire au développement intellectuel

- Développement psychomoteur = seul **critère pour apprécier niveau de croissance du très jeune enfant**, et reste un facteur d'adaptation plus tard, après sa dissociation du développement intellectuel.

Cf. subtests ds Brunet-Lezine : coordination oculo-motrice et contrôle postural.

⇒ intelligence du sujet passe par l'action

par ailleurs, cors = engagé dans relation à autrui et participe à **spirale transactionnelle**

- Développement moteur se fait selon certaines lois :
 - **Différenciation / intégration**, à partir de 2 activités primitives observées dès la naissance : les réflexes (grasping et marche automatique) et l'agitation diffuse
 - Evolution de ces activités selon 2 lois : **proximo-distale** et **céphalo-caudale**

Par ailleurs, élaboration du geste demande succession de coordination de tensions musculaires ⇒ notion d'hypo- et d'hypertonie, et de maintien de la position acquise.

- Espace = nécessaire pour la mise en relation d'objet (3D, ce qui suppose que le sujet soit le point de repère, le système référentiel de l'espace)

Schéma corporel : principe organisateur qui intègre l'ensemble des données perceptivo-sensorielles et assure l'unité du sujet en lui donnant une image statique et dynamique de son corps dans son rapport avec l'espace et les objets environnants. A une base neurologique et physiologique.

Image du corps : représentation imaginaire que chaque sujet a de son corps, qui se constitue au cours de la première enfance, et est liée à l'histoire du sujet et à sa vie affective. Chargée de l'identité du sujet, lui donne le sentiment d'être différent des autres, le renvoie à la permanence de soi dans le temps.

Organisation spatiale : ensemble de processus et de mécanismes permettant au sujet de se situer dans l'espace et de construire l'espace environnant.

a) Les différents troubles moteurs

⇒ Le retard moteur

Sujet maladroit, mal à l'aise dans son corps et pour occuper l'espace

- **Gestes lents et imprécis**
- Persistance de syncinésies (=contractions musculaires non intentionnelles avec tendance à exécuter gestes de manière symétrique)
- Soutien tonico-postural déficient (cf. diff à maintenir position acquise dans la durée)

Prévalence : 6% de la pop des 5-11 ans

Rééducation : psychomotrice qui va aider le sujet à intégrer ses possibilités et à avoir un meilleur contrôle sur le réel

⇒ Hyperactivité

Hyperactivité invalidante, càd qui s'installe précocement, évolue de manière continue, et constitue un trait permanent de la vie quotidienne avec un retentissement notable sur vie sociale, scolaire et sur l'estime de soi.

3 critères :

➤ Degré d'activité : activité sans but ni rendement, désorganisée

Cf. DSM4 : 6 critères (remue pieds et mains, se lève fréquemment ds situation où doit rester assis, court partout, sur le qui-vive, parle trop)

➤ Difficulté d'attention : sujet distrait, qui papillonne.

Cf. DSM4 : pas d'attention portée aux détails, difficulté à soutenir l'attention, ne se conforme pas aux consignes, ne mène pas à terme ses devoirs, diff à organiser ses activités, tendance à éviter les efforts, oublis et pertes d'objet fréquents

➤ Impulsivité : sujet incapable d'inhiber, de contrôler ses mouvements

Cf. DSM4 : diff à attendre son tour, interrompt les autres, répond aux questions avant qu'elles soient posées ...

Autres caractéristiques associées : labilité émotionnelle, intolérance à la frustration, irritabilité (cf. tendance au conflit, agressivité), d'où difficultés relationnelles

Qualité de la relation a de son importance sur le plan pronostique

Enfin, pour poser le diag d'hyperactivité, il faut relever les éléments suivants :

➤ **Apparition des troubles avant 7 ans**

➤ Les symptômes existent depuis au moins 6 mois

➤ Les troubles se manifestent dans au moins 2 lieux de vie différents

➤ Manifestations cliniques évidentes dans la vie relationnelle et sociale.

NB : Questionnaire de **Conners** = échelle de comportement à faire passer aux parents, éducateurs...

Etiologie :

➤ **Berges** : hyperactivité comme **faillite d'un système de contention**, libération d'un état de tension due à un système de freinage inefficace

➤ **Mazet** : **insuffisance du contrôle émotionnel**. Cf. l'hyperactivité = moyen pour le sujet de mieux percevoir son corps. Le sujet se précipite dans l'action pour ne pas ressentir l'angoisse.

➤ **Winnicott** : **holding défectueux** qui prive le BB de l'expérience d'omnipotence nécessaire pour avoir l'illusion d'entrer en relation avec des objets subjectifs, et d'éprouver un sentiment de continuité de l'existence. Difficulté à être seul en présence de l'autre.

➤ Notion de **pare excitation**.

➤ Différents types d'instabilité, depuis l'instabilité à dominante neuro-développementale à l'hyperactivité affectivo-caractérielle.

Facteurs favorisants :

➤ **Carence affective**

➤ Système éducatif laxiste

➤ Système éducatif trop rigide (comportement oppositionnel)

➤ Trouble des acquisitions, sentiment de ne pas correspondre aux attentes.

Prise en charge :

Déterminée par l'étiologie, elle peut être :

□ Médicamenteuse : Ritaline (amphétamine) en traitement suspensif. Permet l'amélioration du comportement, diminution du comportement oppositionnel, amélioration des relations et de l'estime de soi.

Pb = appétence toxicomaniaque future (ms contredit par étude de **Biederman en 1999**), d'où conditions de prescriptions : uniquement sur ordonnance sécurisée par période de 28 jours renouvelables.

+permet aux parents de cesser relation d'emprise et dc de commencer travail psycho

□ Psychopédagogique : apprendre au sujet à anticiper, à s'organiser. Proposition d'activités variées en complexifiant au fur et à mesure.

+ conseil aux professeurs : permissivité, tolérance et compréhension

□ Psychothérapeutique :

- Guidance parentale
- Thérapie selon l'étiologie et l'âge du sujet (cf. <7a : pas de relaxation)
- Thérapie d'inspiration analytique (cf. comment relations parent-enfant interfèrent avec la pathologie)

⇒ **Les troubles praxiques**

□ Trouble de organisation spatiale et du schéma corporel (diff à se repérer ds espace)

□ Dyspraxie. Décrite par **Kiepman** en 1900

|| = Trouble de la motricité caractérisée par l'incapacité d'exécuter des mouvements volontaires svt associé à troubles moteurs et affectifs et difficultés d'apprentissage (// dysharmonies évolutives, psychose...)

b) La rééducation psychomotrice

Att ! kinésithérapie = a pour but la rééducation d'un geste
gymnastique = pour sujets qui n'ont pas de pb moteurs

Rééducation = s'adresse au corps et au sujet dans sa totalité

But = harmonisation des relations du sujet avec autrui

Représentation globale de son corps

Indications : hyperactivité, retard moteur, troubles du schéma corporel, dysgraphie, inhibition, symptômes névrotique (tics, bégaiement...)

c) Le bilan psychomoteur

Exploration

□ du contrôle postural : équilibre et coordination statique (debout les yeux fermés par ex), équilibre et coordination dynamique, coordination simultanée

□ de la qualité du tonus : souplesse, extensibilité (capacité d'1 muscle à s'étirer), et ballant

□ de la latéralité du schéma corporel : cf. épreuve de **Piaget-Head**

□ de la structuration temporo-spatiale : cf. **Rey, Benton...**

⇒ **Figure de Rey :**

2 versions : Baby-Rey, et Rey (à partir 7 a)

Passation en 2 temps (Copie et Mémoire), chronométrés

Cotation : chaque élément (0, 1 ou 2 pts selon reproduction et placement) + temps mis + type de construction et comparaison à l'étalonnage

Met en évidence :

- Si diff à copie : difficulté d'**organisation perceptive** par insuffisance d'élaboration par rapport au stimulus
- Si diff à mémoire : **diff mnésique** (si copie réussie)

⇒ **Epreuve de Bender (1967) :**

2 versions : Baby Bender (4-6 a) et Bender (6-14 a)

Passation : 5 figures à reproduire

Cotations selon critères spécifiques à chaque figure

Met en évidence :

- Perturbation dans le **dvpt général** (si erreurs aux angles)
- Perturbation dans l'**org spatiale** (si erreurs ds positionnement des figures)

⇒ **Test de Benton (1945) : épreuve de rétention visuelle**

Sujets : 8 a-adultes

3 versions : C ; D, E, avec dans chaque, 10 figures (1 figure centrale + 2 fig. périphériques sauf pour les 2 premières) à reproduire après présentation de 10 s.

Cotation : chaque figure notée 0 ou 1 pt → note sur 10 à comparer à note présumée du S, si différence est > 3 pts : **organicité**
Met en évidence l'organicité des troubles mnésiques (cf. erreurs répertoriées qui st pathognomoniques de l'organicité, comme omission systématique des figures périphériques, persévération, duplication...)

⇒ **Epreuve de Piaget-Head**

Sujets : 5-14 a.

Epreuve de **latéralité**

Passation = 3 parties :

- Piaget : reconnaissance de droite et gauche sur soi, sur autrui, sur 3 objets placés en face du sujet
- Head : imiter gestes de examinateur, les exécuter sur ordre verbal, exécuter gestes reproduits sur une fiche
- Complémentaire : épreuve de visée (carton avec un trou) pour déterminer œil dominant, shooter dans un ballon, activité de vie quotidienne

⇒ **Epreuve de schéma corporel (Daurat, Mekljak, Stamback et Berges)**

Sujets : 4-11 a.

Evaluation des **connaissances que le sujet a de son corps** à travers un puzzle

⇒ **Epreuve des gnosies digitales**

Mis au point par Gaufret et Granton

Préhension fine et connaissance que le sujet a de ses doigts

d) **Diagnostic**

Q° = trouble moteur est-il isolé ou fait-il partie d'1 tableau + général ?

Démarche = description de la patho observée, regroupement en ensemble cohérent

Importance de l'observation du comportement dans situations de la vie quotidienne

Déterminer facteurs moteurs et psychologiques en jeu dans la constitution des troubles

Important = déterminer les objectifs de la prise en charge

3) La rééducation psychopédagogique

a) Définitions, buts et moyens de la rééducation psychopédagogiques

Permettre au sujet de remplir son contrat d'élève et de retrouver l'estime de soi

But : proposer une approche différente de l'approche scolaire grâce à qualité de la relation, rythme différent, matériel ludique + importance du travail de liaison avec l'enseignant(e)

Critères d'arrêt :

- Amélioration des résultats scolaires
- Plaisir d'apprendre, envie de travailler

b) Indications

- Sujets avec difficultés scolaires sans trouble spécifique, ni déficit intellectuel important, ni trouble de la persoT
 - Sujets qui rejettent le monde scolaire : approche axée sur la réussite
 - Sujets qui demandent à être aidés : approche axée sur les causes de l'échec
- Sujets qui ont des difficultés scolaires et pour lesquels d'autres indications ont déjà été refusées
- Sujets qui ont fait une psychothérapie et ont des difficultés scolaires : après la psychothérapie ou simultanément si grosses difficultés scolaires.

c) Modalités et méthodes des rééducations psychopédagogiques

Formation des psychopédagogues :

En général = orthophonistes ou enseignants avec formation complémentaire (dvpt normal affectivité, langage, motricité...)
Nécessite créativité.

Exemple : API = Actualisation du Potentiel Intellectuel (P. Audry)

Constat = détérioration du rendement scolaire car le S n'a pas appris les stratégies lui permettant de mettre à profit son potentiel, d'où interférence de processus cognitifs et affectifs avec processus attentionnels et fonctionnement cognitif.

Performance mentale = résultante de 5 facteurs :

- Capacités du sujet
- Développement des opérations mentales
- Habitudes fonctionnelles
- Motivation
- Signification (qui nécessite des médiateurs, c-à-d entourage capable de transmettre des valeurs, avec 4 critères de médiation : signification, intentionnalité, médiation du changement, médiation des alternatives)

4) L'ajustement éducatif

|| = travailler avec les parents sur ce qui dans leur comportement peut être inadapté et contribuer à instaurer un cercle vicieux dans les relations parents-enfants

Indications :

- ❑ Conflits de développement en l'absence de perturbations importantes de la personnalité
- ❑ Dans cas où une autre indication a été refusée ou n'a pas pu être mise en place
- ❑ Situations complexes qui exigent une investigation plus en profondeur

NB : Conflit de développement = inhérent au développement du sujet, mais qui comporte un risque de cristallisation si la réponse des parents est inadaptée.

Méthode :

A partir du discours des parents :

- ❑ **Analyse des comportements / désirs / demandes / besoins de leurs enfants**
- ❑ Exploration des interactions parents – enfants (notamment sur la nature de leur investissement)
- ❑ Eléments de cohérence éducationnelle

But = amener les parents à se poser des questions, à commencer la réflexion et à imaginer des solutions. L'accent est mis sur la souplesse nécessaire par rapport au développement de l'enfant. Montrer aux parents qu'ils pourront faire face en leur montrant les « méthodes de la guidance »

Modalités :

Pré-ados (jusqu'à 10 ans)

10 à 15 séances

Contrat de départ = définition objectifs des séances

Après : évaluation des progrès : si suffisants = interruption de la prise en charge

Sinon : mise en évidence d'une pbmatique qui nécessite prise en charge

ultérieure (enfant, ou un des 2 parents)

5) Les thérapies

a) La relaxation et les thérapies corporelles

⇒ Définition :

Ety : détente de l'esprit et décontraction musculaire : la baisse du contrôle permettrait de retrouver un équilibre émotionnel
Lâcher prise qui passe par la diminution du contrôle volontaire sur son corps et la prise de conscience que l'abandon des tensions ne rend pas forcément plus vulnérable

Spécificités :

→ Cadre :

- Calme et silence (sécurité matérielle qui favorise le lâcher prise)
- Fermeture des yeux (retrait, regard intérieur) mais présence imaginaire d'un tiers p ê mal vécue (instances surmoïque, angoisses de mort...)
- Immobilité, passivité : position allongée ou assise
- Focalisation sensorielle (voix du relaxologue = injonctive, hypnotique, à valeur projective, qui marque des pauses)

Cadre favorisant la régression, le réveil de l'imaginaire, et le réveil d'affects (qui amène un travail d'élaboration et de verbalisation)

→ Mise en jeu d'affects transférentiels entre le relaxant et le relaxateur

→ Mobilisation psychique que suppose toute expérience corporelle

Activation idéique et libération d'affects suscitée par le vécu corporel

⇒ Le training autogène de Schutz

|| But = obtenir l'état de déconnexion mentale et de concentration passive de l'hypnose pour arriver à un état de détente musculaire et psychique

Cadre = postures allongée, assise, « cocher de fiacre », semi-obscurité...

Exercices :

o Cycle inférieur : 6 exercices à partir de l'induction au calme et après identification du canal de communication du patient par le relaxologue

- Exercice de la pesanteur : inductions du type « votre bras droit est lourd »
- Expérience de la chaleur
- Expérience de contrôle cardiaque
- Exercice de contrôle respiratoire (respiration thoracique et abdominale)
- Chaleur abdominale et au niveau du plexus solaire
- Fraîcheur au niveau du front

o Cycle supérieur :

- Evocation et découverte de la couleur propre (couleur la plus chargée émotionnellement, à partir idées abstraites ou objets importants)
- Recherche du sentiment propre (état émotionnel le plus intense, à partir d'expériences passées ou de projection dans un monde de désir)
- Capacité à contrôler ses relations avec autrui (évocation relation positive, neutre, négative)

Modalités :

Séances hebdomadaires de ¾ h – 1h

Contrat de départ = 10 à 15 séances

Individuelle ou collective (6 à 8 patients, avec ou non reprise individuelle du déroulement de la séance)

Méthodes dérivées :

- Rééducation psychotonique de Lemaire : insistance sur analyse des phéno transférentiels
- Méthode de Sapir : phéno transférentiels et analyse matériel apparaissant durant la séance

□ **M. Bournes et Berges** : adaptation pour les enfants à partir de 5 ans = accompagnement des injonctions par le toucher

⇒ Méthode de Jacobson

« toute émotion ou toute perturbation (...) est le reflet de processus corporels isolés des diverses parties de la musculature »

Principe :

apprentissage muscle par muscle de la relaxation aboutit au repos au niveau cérébral des zones musculaires détendues : auto-observation pour arriver à la relaxation globale à partir d'une relaxation fractionnelle

Méthode :

- Membres supérieurs
- Cou et visage
- Thorax, ventre, dos, contrôle respiratoire
- Membres inférieurs
- Travaux plus spécifiques sur la respiration et la vocalisation

NB : retour sur les parties du corps précédemment relaxées pour vérifier qu'elles le sont toujours

Modalités :

Séances de ¾ h – 1h

Contrat = 15 séances individuelle ou collective

Méthodes dérivées :

- **Eutonie de G. Alexander** : but = dépense d'un minimum d'NRJ avec un max d'efficacité
=> libération d'un potentiel NRGtique par la régulation des tensions
- **Méthode de Wintrebert** : accompagnement des consignes verbales par des stimuli tactiles. Adapté aux enfants.
- Dans le cadre des thérapies comportementales : Méthode de désensibilisation = exposition à des situations anxiogènes après la séance de relaxation d'abord par l'imagination (pr éteindre la résonance émotionnelle liée à la situation) puis in vivo.

⇒ Indications de la relaxation

- Anxiété, stress, phobies
- Dépressions (mais pas ds la phase des ruminations morbides)
- Inhibition verbale et motrice
- Troubles du sommeil
- Sexologie
- Sujets hyperactifs (qd hyperactivité est contrôlée par traitement chimiothérapique)
- Médecine : asthme, patho de la douleur, oncologie, soins palliatifs, patho cardio-vasculaires
- Addictions (tabac, alcool...)

⇒ Sophrologie

Mise au point par Caycedo à partir de techniques US et du yoga

Ety : saos = harmonieux, phren = conscience => recherche de l'harmonie de la conscience

Etapas du processus :

- Sophronisation simple : relaxation progressive centrée sur sensation de pesanteur (bras) et de chaleur (thorax) et sur la respiration
- Activation intra-sophronique : sensation de chaleur au niveau abdominale et plexus solaire
- Sophro-acceptation progressive : centration sur la sensation de bien être corporel et ressenti de sentiments positifs associés à cette état de détente
- Sophro-respiration synchronique : associer une image d'apaisement en rapport avec la respiration et relaxation dynamique concentrative (contraction des muscles pour ressentir ensuite sensation de relâchement) et contemplative (prise de conscience de son corps et des sensations libérées par l'état corporel)

Indications :

- Dvpt de la concentration

- Approfondissement de connaissance de soi et de communication avec les autres
- Préparation à l'accouchement
- Personnes âgées

⇒ Conclusion

Méthode originale souvent insérée dans un programme thérapeutique plus global. Permet analyse du vécu corporel, investissement positif du corps, établissement du lien sensation – affect => effets bénéfiques : restauration narcissique

Effets bénéfiques :

→ Sur le plan physiologique :

- modification du seuil de déclenchement des émotions
- amortissement de la résonance émotionnelle des affects

→ Sur le plan psychodynamique :

- Confrontation du patient avec son corps imaginaire : le corps devient le catalyseur de l'élaboration
- Epreuves régressifs, fantasmatisation
- Réinvestissement libidinal du corps

→ Sur le plan cognitif et comportemental : déconditionnement par rapport au symptôme (amortissement de la charge émotionnelle)

b) Les thérapies cognitives et comportementales

⇒ Définition

Font partie des **thérapies brèves** : cf. congrès de Chicago en 1940 => idée qu'il y a des situations de crise auxquels il faut répondre, recherche d'une efficacité thérapeutique plus rapide.

NB : facteurs de réussite d'une thérapie :

30% = variables du thérapeute

60% = variables du patient

10% = technique thérapeutique

=> nécessité de souplesse au niveau des indications thérapeutiques.

Caractéristiques des thérapies brèves :

Brièveté (6 mois – 2 ans)

Focalisation sur des objectifs

Accent mis sur l'ici et maintenant (càd manif actuelles du pb)

Autonomie du sujet

Thérapies C&C :

Intérêt pour méca d'acquisition des comportements et des apprentissages (ac idée que l'on peut acquérir d'autres comportements)

Watson (1910) : initie le mvt

Ecole béhavioriste, comportementales, Wx de recherche sur nosographie (DSM-4)

Beck = introduction de la dimension cognitive, avec notion d'homéostasie : W sur une dimension a csq sur les ô dimensions

⇒ Déroulement d'une thérapie. Eléments de pratique

Analyse fonctionnelle :

= recueil d'une info la plus exhaustive possible pour comprendre le fonctionnement d'1 S dans ses interactions tant avec le passé qu'avec ses comportements actuels.

Permet de déterminer objectifs, moyens thérapeutiques, de contextualiser les troubles.

Se fait à partir d'entretiens, d'échelles d'auto-évaluation, épreuves projectives.

Fractionnement des « grands » objectifs en « petits » objectifs.

Relation thérapeutique :

o **Caractéristiques :**

- Rapport collaboratif (le thérapeute donne au patient les outils conceptuels nécessaires pour qu'il fasse ses exp)
- Rapport empathique, chaleureux et authentique
- Ecueils = essayer de convaincre le patient, escalade symétrique, minimiser un événement imp, faire le W à la place du patient.

o **Techniques :**

- Questionnement socratique : confronter le sujet avec ce qui peut être absurde dans son raisonnement => prise de recul par rapport à son jugement initial => apaisement émotionnel => le sujet va prendre l'habitude de questionner ses croyances => modification de son paysage mental
- Découverte guidée : ici le thérapeute n'a pas d'idées « préconçues » sur ce qui pose pb : amène le patient par ses interrogations à découvrir le nœud du pb et à imaginer des solutions
- Evocation du contentieux : à fin de chaque séance, évocation par le patient de ce qu'il a pu éprouver de désagréable

Processus de la thérapie :

o Théorie : un **stimulus** est perçu par l'individu à travers des **schémas** qui influencent des **processus** qui aboutissent à des **événements** et à des comportements, eux-mêmes pris en compte à nouveau à travers les schémas. => le sujet est actif dans la mise en mémoire.

o Définitions :

- Schémas : structures cognitives stables, faites de croyances, de pensées concernant soi-même, les ô, l'avenir
Ex : Chez les dépressifs : schémas de perfectionnisme, de réussite, d'autonomie, d'omnipotence (raisonnement dichotomique : « si je ne fais pas les choses de telle manière, je suis un raté »)
Chez les anxieux : schéma de compétence, de perte de contrôle

Beck = détermine au début de thérapie si le S est autonome (tire satisfaction de son indépendance) ou sociotrope (dpdt de la reconnaissance de l'autre)

- Processus cognitifs : règles avec lesquelles les événements cognitifs sont construits, à partir d'infos et à travers les schémas (càd choses dispo en mémoire)

Cf. **Piaget** : accommodation (S assimile la situation à ses schémas, càd plaque idées sur une situation), assimilation (S adapte ses schémas à la situation)

=> processus dysfonctionnels :

- Inférence arbitraire
- Abstraction sélective (focalisation sur un élément)
- Maximalisation / minimisation (amplifier négatif, minimiser positif)
- Personnalisation (s'attribuer resp)
- Raisonnement émotionnel (S se convainc que ce qu'il ressent est vrai)
- Pensée dichotomique (penser en tout ou rien)
- Evènements cognitifs : pensées, monologues intérieurs, représentations du sujet concernant soi-même, les autres, l'avenir

Interprétation de la réalité puise dans les schémas ss-jacents, avec interférence des processus cognitifs, qui aboutissent à erreurs de jugement

o Restructuration cognitive :

Beck : troubles dus à des dysfonctionnement cognitifs

=> conception du monde = interprétation de la réalité, responsable d'un état émotionnel et de comportements

But = assoupir les schémas, modifier les modes de pensée dysfonctionnels => identification des processus cognitifs, **affaiblissement du caractère rigide des interprétations**

Technique = semer le **doute thérapeutique** sur les interprétations du S à travers la **reformulation** des pensées

o Règle des 4R :

- Recontextualiser : travailler sur une situation précise
- Reformuler : clarification, prise de recul
- Résumer
- Renforcer : les éléments positifs, les progrès...

o Agenda :

= faire un programme de chaque séance

Déroulement d'une séance : résumé de ce qui s'est passé depuis la dernière séance, programme de la séance, W avec les différentes méthodes, résumé de la séance, évocation du contentieux, choix de tâches à faire avant la prochaine séance.

=> **Indications thérapeutiques :**

- ❑ Phobies
- ❑ TOC
- ❑ Dépressifs et états anxieux
- ❑ Enurésie
- ❑ Pbs conjugaux et sexuels
- ❑ Troubles addictifs
- ❑ Troubles de la personnalité

Contre-indications :

- ❑ Schizophrénie
- ❑ Paranoïa
- ❑ PMD
- ❑ Dépression mélancolique
- ❑ Quand le S externalise ses pbs (donc pas de possibilité de fixer des objectifs)

⇒ L'anxiété sociale et les techniques d'affirmation de soi et d'entraînement aux habiletés sociale

Historique :

Salter (1950) : affirmation de soi = liberté émotionnelle, capacité à exprimer ses émotions sans que l'anxiété interfère

Wolpe (1975) : anxiété = réponse émotionnelle acquise => état aversif, comportement d'évitement

Bandura (1975) : modeling, apprentissage social, imitation (cf. jeux de rôles)

Définitions :

- ❑ Anxiété sociale : malaise physique et psychologique que peut ressentir un individu quand il se trouve en groupe, devant une personne représentant l'autorité, ou imposante et agressive.
- ❑ Affirmation de soi : communication efficace et significative avec autrui (Lieberman)

3 comportements :

- Inhibé : avantages = bonnes relations avec les gens, tendance à respecter davantage droits d'autrui
Mais : effet « bonne poire », effet conseiller, effet agressif + sentiments de colère, d'angoisse + composantes dépressives.
- Agressif : S va obtenir ce qu'il veut mais relations difficiles avec les autres, sentiments de colère, voire composantes dépressives
- Assertif : on ne peut être assertif tout le temps.

Modèles explicatifs :

- ❑ Cercle vicieux : anxiété sociale => sentiment d'incompétence => anticipation des situations => anxiété + évitement
- ❑ Déficit au niveau des acquisitions : S possède certaines composantes du comportement assertif mais n'a pas appris à les combiner, soit parce qu'il n'a pas été renforcé positivement, soit parce qu'il a pu se retirer des situations qui le nécessitent.
- ❑ Inhibition de la performance :
 - Capacités d'affirmation de soi entravées par conscience de soi e hypersensibilité à opinion d'autrui.
 - Dialogue intérieur négatif

Système de croyances du sujet détermine son répertoire comportemental (Ellis)

Etiologie :

- ❑ Facteurs traumatiques : exp traumatique au moment de l'adolescence (exposé oral, premières relations hétérosexuelles)
- ❑ Facteurs familiaux et culturels :
 - Parents présentant une anxiété sociale
 - Parents autoritaires et dominateurs => silence entourant l'expression émotionnelle
 - Jumeaux hétérozygotes : vulnérabilité perso ou modèle parental ?

Objectifs thérapeutiques :

- ❑ Accroître la fréquence des comportements sociaux
- ❑ Enrichissement du répertoire des comportements sociaux
- ❑ Restructuration cognitive => analyse des difficultés.

Estime de soi se construit dans l'interaction sociale : retrait empêche accès aux renforcements sociaux, apprentissage sociaux par l'imitation et l'observation.

Indications :

- ❑ **Anxiété sociale, comportements inhibés**
- ❑ Comportements agressifs
- ❑ Comportements d'évitement

Techniques thérapeutiques :

❑ **Modalités pratiques**

- En individuel ou en groupe :

Groupe = exposition dans la réalité du pb du patient (exp de socialisation) + accès aux renforcements sociaux + exp que son pb n'est pas unique

Mais : sujets trop anxieux, avec un fonctionnement « perturbateur », qui ont besoin d'une prise en charge individuelle d'abord (si comorbidité)

- Modalités : 5 – 10 personnes, séances hebdomadaires de 1h30 à 3h00, contrat de 15 séances.

- Déroulement :

→ Présentation de chaque participant (par lui-même ou en binôme), exposition des règles (ne pas répéter à l'ext du groupe, pas de critique négative..)

→ Recensement des situations : faire liste des situations qui posent pb, et graduation de la difficulté des situations => jeux de rôles de situation la + facile à la + difficile

→ Procédures : reprise des jeux de rôle

❑ Procédures

- Procédures d'acquisition de la réponse : questions sur le ressenti pendant le jeu de rôle, sur points à améliorer... (aux protagonistes du jeu et à chaque participant)

- Procédures de répétition de la réponse : situation rejouée en prenant en compte les remarques faites

❑ Contenu du programme

I/ LES INDICATIONS DE REEDUCATIONS ORTHOPHONIQUES

1. Qu'est ce qu'un trouble spécifique du langage ?

- Trouble instrumental, déficit qui touche un instrument nécessaire au développement intellectuel (langage : instrument de la pensée et la communication)
- Les troubles spécifiques du langage peuvent perturber les relations de l'enfant avec son entourage.
- ≠ des troubles du langage associé à un problème pathologique ou affectif (comme le parler BB)

a. Trouble de l'articulation isolée (chuintement, zozotement, stigmatisme inter-dental..)

= Tte erreur constante et systématique de l'exécution des mouvements nécessaires à l'émission d'un phonème, de façon isolée ou dans la chaîne parlée quelque soit sa place.

- Le système phonétique est incomplet, le mouvement est oublié, remplacé par un autre qui a des caractéristiques voisines ou le mouvement articuloire est insuffisant.
- !!! Il faut s'en occuper à partir de 5 ans, en prévention de l'apprentissage de la lecture !!!
- Rééducation : mettre en place des mouvements articuloires inexistantes avec exagération des mouvements ⇒ réapprentissage.
 - Fréquente : 3x/semaine
 - Brève : 1/2h/séance
 - Courte dans le temps : 2 mois

b. Retard de parole (le mot)

= Déformation d'un mot au-delà de 5 ans associé ou non à un trouble de l'articulation.

- Répétition d'une syllabe isolée possible mais ne peut les associer
- Remplace par des phonèmes voisins qui demandent moins de contrôle = facilité.
Ex : Brouette = bouette
- Inaptitude perceptive auditive chez ces enfants, non reconnaissance des sons.
- Rééducation : en prévention de la dyslexie et dysorthographe. On va se servir des perceptions qui ne sont pas altérées chez l'enfant : vision et motricité ⇒ outils. Exagération des positions pour ≠ier des sons voisins. Ex : F et V, lettre reconnue par son image.
 - 2 séances/semaine de ¾ d'heure
 - à partir de 4/5 ans

c. Retard de langage (la phrase)

= trouble qui affecte l'élaboration du langage : emploi de phrases succinctes et mauvaise syntaxe. Retard au niveau de l'expression, ordre de la phrase n'est pas respectée. Ex : Bureau est parti papa.

- Rééducation : mettre chaque élément de la phrase à sa place avec un travail sur les images.
 - A partir de 4/5 ans
 - 2 séances/semaine de ¾ d'heure.
- Si retard de langage + retard de parole = séquelles face au langage complexe, rééducation longue sur une année scolaire.

2. Comment repérer cliniquement ces troubles ?

a. Maternelle 3 ans à 6 ans

- !! si à 5 ans, il existe un trouble de l'articulation (RP ou RL), on approfondit l'approche Ψ pour voir de quoi il s'agit afin d'adapter la rééducation.
- Si RDG + RL ⇒ Ψomotricité sera + adaptée qu'une rééducation orthophonique.

b. Primaire 6 ans à 11 ans

• CP

- Certains enfants ne s'adaptent pas au rythme de la classe
- Troubles spé du langage ≠ des autres difficultés résultant un non-apprentissage (affectives, Ψ, intello, comptmt, persisté..)
- Bilan Ψ est nécessaire pour comprendre la problématique
- Enfant dyslexique = intelligence normale, disposant de son intégrité sensori-motrice, sans symptômes patho. Il éprouve néanmoins des difficultés particulières dans le maniement du langage écrit et lu. Il peut avoir des troubles de la persisté réactionnels.

• CE1-CE2

- Enfants dont on a pas repéré les difficultés spé lors des 1ers apprentissages
- CE1 = le langage devient un outil
- Dysorthographe : difficulté à transcrire les ≠ constituants phonétiques du mot dans leur succession. Il peut lire mais pas écrire, comprend la logique. Difficultés à reproduire la syntaxe des phrases.

• CM1-CM2

- L'accès à des structures de + en + complexes devient difficile car les structures les plus simples ne sont pas automatisées.
- Difficultés à comprendre les nuances du pb
- Echec scolaire se généralise.

c. Collège / lycée

• 6^{ème}

- acquisition d'une langue étrangère, exercice de maths complexe, le langage est utilisé en permanence.
- Souvent chez les ado, on ne repère pas les troubles de langage car souvent patho réac' donc on a tendance à croire à un pb Ψ mais on peut le voir dans la lecture inexpressive, inaptitude à l'écrit, écriture tourmentée, répétition de mots phonétiques complexes échoués..
- Rééducation : supprimer les faux repères, pointer les difficultés spécifiques, ne pas mettre en doute ses capacités. On travaille avec un support qui va le motiver.

• Personnalité de l'ado dyslexique/dysorthographique :

- Notion de sentiment d'échec très fréquent + dégradation de l'image de soi.
- Mise en place de mécanismes défensifs comme le repli ou l'inhibition
- Notion d'une patho réactionnelle commune (refoulement de l'ag, tr du cptmt avec ag, dépression, repli..)

• CCL sur Dyslexie/ dysorthographie :

- Très fréquent
- + chez les hommes
- Notion familiale
- ≠ du non-apprentissage
- penser à poser des Q sur les apprentissages, dvpmt du langage et le goût de la lecture.
- Importance pour l'ado de changer son statut

- Bien informer les parents du parcours de l'enfant dyslexique/dysortho
- + tôt on entreprend une rééduc', - la patho réac' se développe.
- Quand patho réac' très forte, on privilégie la prise en charge Ψchothérapeutique.

3. Comment les repérer dans le bilan ?

a. Wechsler

- $V > P$
- VOC, INFO et ARITHM sont échoués.

b. Epreuves complémentaires

- Epreuves de lecture : LE POU CET (déchiffrage puis l'enfant raconte ce qu'il a lu)
- Epreuves de Jeannot et Georges : selon 3 critères RUP (règles de grammaire, Usage et Phonétique)

c. Epreuves de rythmes de Stambak

- Répétition de rythmes avec des structures rythmiques de 2 sortes :
 - Structures perçues par l'audition (difficultés de rétention auditive pour le dyslexique)
 - Structures perçues par la vision

II/ LES TROUBLES MOTEURS ET REEDUCATIONS MOTRICES

= Trouble instrumental : déficit touchant un instrument nécessaire du développement intellectuel.
Apprécier le caractère global ou particulier d'un trouble instrumental.

1. Les différents troubles moteurs

a. Le retard moteur

- Imprécision et lenteur d'un geste intentionnel
- Trouble du soutien tonico-postural
- Difficultés pour la coordination des gestes
- Persistance de syncinésies (test des marionnettes)
- Praxies difficiles

⇒ la rééducation permet à l'enfant d'intégrer chaque nouvelle possibilité, et à mobiliser son potentiel.

b. L'instabilité psychomotrice

- Début du trouble vers 4 ans
- Très fréquent, 3x + chez les hommes
- Rarement un motif de consult' avant 6 ans car scolarité
- Trouble très gênant pour l'enfant.

➤ 4 caractéristiques :

- Difficultés de concentration et d'attention donc échec scolaire
- Impulsivité, bcp de mal à se contrôler
- Intolérance à la frustration
- Excitation psychique (bavardage, fabulation, trouble de l'élocution ..)

- Constitutionnelle ou acquise
- Etiologie médicale : épilepsie, IMC, pb au niveau du SNC
- Etiologie Ψ : retard intellectuel, carences (éducatives ou affectives), système éducatif rigide, anxiété.
- Indication thérapeutique :
 - Ajustement éducatif / entretiens familiaux : quand milieu familial a une incidence importante.
 - Rééducation psychomotrice : quand instabilité constitutionnelle, vise à aboutir à un meilleur contrôle.
 - Psychothérapies : quand angoisse sous-tend cette instabilité
 - Chimiothérapie : pour hyperactivité presque invalidante : psychostimulants et anti-D quand ss-tendue par un versant dépressif

c. Troubles praxiques

Praxies : actes complexes adaptés à 1 but.

- 4 origine de la dyspraxie :
- Troubles moteurs (mauvaise orga des praxies)
- Troubles du schéma corporel (perception, représentation du corps)
- Troubles relatifs au déploiement de l'action dans le temps et l'espace (aspect figuratif et opératif de la pensée)
- Troubles affectifs (répercussions sur les relations enfants/parents, 2ndaires au trouble instrumental)

2. Le bilan psychomoteur

= Apprécier le niveau moteur où s'est fixé le trouble, la qualité et le style des réalisations motrices.
Voir si le sujet utilise son corps comme moyen d'expression et de communication.

3. La rééducation psychomotrice

a. Déf.

Technique qui s'adresse au sujet dans sa totalité, en action dans l'environnement, par le moyen du corps et du mouvement.

b. But et objectifs

Prise de conscience de son corps et donc une meilleure perception de ce corps dans l'espace, le temps et le monde des objets.

c. Indications

- Retard Psychomoteur
- Trouble du schéma corporel
- Trouble de la latéralisation
- Rééducation de l'écriture
- Difficultés relationnelles
- Dyspraxies
- Instabilité
- Inhibition
- Tics, bégaiement
- Structure pré-psychotique.

4. Comment repérer ces difficultés dans le bilan ?

a. Wechsler

- QIV > QIP
- Cubes et assemblages d'objet sont échoués.

b. Echelles d'Oseretsky

4-16 ans : échelle globale du développement moteur.

c. Figure de rey

- 4-7 ans
- Voir les difficultés d'organisation perceptive
- 3 critères :
 - type de reproduction
 - exactitude des détails
 - le temps
- 2 types d'échecs :
 - par élaboration perceptive insuffisante
 - par troubles mnésiques

d. Test de Benton

- 8-15 ans
- Test de rétention visuelle
- 10 figures ≠ à reproduire
- Il existe des erreurs normales ou pathognomoniques (montre une détérioration).

e. Test de Bender

- 6-14 ans
- Copier des figures selon 3 critères :
 - Angles
 - Orientation
 - Position relative d'une figure par rapport à l'autre

f. Test de schéma corporel de Stamback et Bergès

- 4-11 ans
- évalue la connaissance des rapports spatiaux entre ≠ parties du corps sous ≠ angles.
- 3 types d'épreuves :
 - évocation
 - construction avec le modèle
 - reproduction

g. Test d'imitation de gestes de Bergès

- 3-9 ans
- l'enfant doit placer les mains ou les bras dans certaines positions, en imitant l'examineur.

h. Test de latéralité de Head

Analyse d'une dominance, d'une aisance dans certains domaines (œil, pied main)

III/ LES REEDUCATIONS PEDAGOGIQUES

1. Définition

= prise en charge permettant à l'enfant d'âge scolaire de parvenir à remplir son contrat d'écolier, lui faire retrouver l'estime de soi perdue.

2. But

- Mettre l'enfant dans une relation personnalisée qui stimule la communication
- Approche ≠ de la pédagogie habituelle
- Réduire la situation conflictuelle autour du travail
- Faire reprendre confiance à l'enfant dans sa capacité à apprendre
- Restaurer l'image de soi

3. Les moyens utilisés

a. Un matériel ≠ du matériel pédagogique

- + ludique et relation duelle avec le sujet (scrabbles, jeux de mots, mastermind, jetons)
- Pour conduire à l'abstraction avec retour au concret via le ludique.

b. Un rythme ≠

- Adapté au rythme de l'enfant
- Pas de contraintes de groupe
- Retour en arrière pour revoir les notions pas bien apprises.

c. Objectif particulier

Faire éprouver à l'enfant de l'intérêt pour des activités scolaires et de la curiosité.

d. Une séance

- ¾ d'heure avec au moins 10 mn de travail scolaire pour aboutir à une séance scolaire complète à la fin de la rééducation .
- il y a toujours qqch de réussi dans une séance.
- Le programme de la séance est fait avec l'enfant .

4. Modalités pratiques

a. Liaisons parents / écoles

- Expliquer l'approche aux parents par le ludique
- Expliquer à l'enseignant qu'il va être aidé dans sa tâche pédagogique

b. Rythme

- 1 séance/semaine de ¾ d'heure
- durant l'année scolaire
- travail de liaison avec les parents et l'école
- aide au démarrage de l'année suivante

c. Critères d'arrêt de la prise en charge

- Critère externe : amélioration au niveau des rendements scolaires et du climat relationnel avec les parents et l'école.

- Critère interne : l'enfant s'investit davantage dans la connaissance, s'affirme sur le plan de l'autonomie ⇒ déclat.

5. Les indications de rééducation psychopédagogique

a. *Enfant ayant des difficultés scolaires*

- Troubles de la personnalité
- Troubles instrumentaux
- Difficultés avec l'entourage ou l'institution
- Rejet de la scolarité
- Enfants demandeurs d'aide

b. *Enfants ayant des difficultés scolaires pour lesquels la RPP n'est pas privilégiée*

- RPP substituée à une rééducation plus adaptée car refusée par la famille
- RPP permet une prise de conscience qu'une autre prise en charge est nécessaire
- Il faut fixer une durée limite

6. Orthophonie et RPP

- Dyslexie, retard de langage ⇒ orthophonie
- Difficultés d'apprentissage par immaturité ⇒ RPP
- Chez l'ado, l'approche orthophonique a des points communs à RPP avec un travail sur les repères.

IV/ LES PSYCHOTHERAPIES D'INSPIRATION ANALYTIQUE

1. Définition

a. Le mode d'expression

= le patient exprime ce qu'il ressent et le thérapeute tente de faire percevoir l'origine des difficultés pour mieux les dépasser.

Langage verbal, non-verbal, dessin, rêves, jeux.

Le sujet peut ainsi exprimer ses souffrances, désirs, peurs, conflits et le thérapeute, par ses interventions va l'aider à résoudre ce malaise interne.

Le thérapeute doit avoir une aptitude à percevoir les conflits du patient et à comprendre son fonctionnement et à intervenir au moment opportun, il stimule la communication.

Perception des conflits ⇒ compréhension du fonctionnement ⇒ intervention pertinente.

b. Le mode de relation

- du mode de relation habituel
- Attitude neutre, bienveillante et empathique, sans jugement.
- Notion de disponibilité : relation structurante, sécurisante, permanente.

c. Le mode d'interaction

- Travail de clarification (porte sur des éléments inaperçus par le sujet)
- Prise de conscience du sujet de sentiments, pensées qu'il n'a pas reconnu explicitement en lui.

2. Buts

- Atténuer ou faire disparaître la symptomatologie dont souffre le sujet
- Modifier ou faire évoluer certains modes de fonctionnement du sujet
- Faire coexister le sujet avec ses troubles, ses angoisses, inquiétudes, passé... avec moins de souffrance.
- Diminuer l'influence et la répercussion des troubles sur les ≠ secteurs de la vie du sujet.

3. Les indications de thérapies

⇒ Difficultés ne pouvant s'arranger d'elles-mêmes ni avec des aides instrumentales ou éducatives.

⇒ Souffrance résultant des conflits psychiques et leurs effets pathogènes sur l'organisation de la personnalité.

a. Etat du sujet

- Notion d'ancienneté des conflits
 - Etat de souffrance du sujet
 - Echec de prise en charge antérieure
 - Enfermement progressif dans des mécanismes de défenses peu souples, peu diversifiés.
 - Demande d'aide et problématique apparente
- ⇒ il faut s'attacher au retentissement des symptômes sur la vie du sujet

b. Attitude de l'entourage

- Travail à faire avec la famille : ils doivent en percevoir le sens et l'objectif
- Compte rendu écrit aux parents
- Attendre que les parents soient suffisamment mûrs.

c. Modalités pratiques

- Eloignement – distance
- Horaires

- Coût
- Rythme des séances (svt 2x/semaine)
- Rapport avec les parents, min de contacts pour garder sa neutralité, sinon préparer avec l'enfant et présence de celui-ci, imptce d'un médiateur.
- Grpe de parole de parents dont les enfants ont la même pathologie.

4. Les thérapies brèves

a. Historique

- Ferenzi en 1918
- Technique active avec injonctions du thérapeute
- Mobiliser + le patient et lutter contre les résistances.
- Attentes de résultats rapides
- Manque de temps, renoncent au travail
- Existence de difficultés éco
- Omnipotence de la parole avec négligence du corps, parfois diff de verbalisation
- Situation de crises et catastrophes

b. Caractéristiques des thérapies brèves

- Etablissement d'un contrat thérapeutique
- Echéance dans le temps, temporaire (3-6 mois) : élément mobilisateur
- Objectifs précis et limités, délimiter le pb sur lequel se polariser
- 2 phases :
 - Investigation : pbtq centrale du patient
 - Projet commun : obj déterminés, négociés, acceptés.
- Accent mis sur l'ici et maintenant
- Résoudre le pb à partir de ses manifestations actuelles Résoudre le pb à partir de ses manifestations actuelles Ψ et corporelles.
- Thérapeutes sont actifs
- Verbalise, Explique, Conseille
- + directifs
- Face à face
- Travail sur les messages non-verbaux

c. Différentes sortes de thérapies brèves

- D'inspiration analytique
- Comportementales
- Familiales

d. Thérapie brève de l'adolescent

- L'adolescent est dans une crise maturative : conflit de développement (séparation/individuation, identification)
- Aider à élaborer ses modifications corporelles, Ψ chiques et réélaborer ses relations à ses parents, reviviscence de la situation œdipienne.
- Difficultés de Ψ othérapie analytique car :
 - Proportion à l'agir
 - Utilisation particulière de langage

- Prédominance du vécu par rapport aux pensées
- Ψ vu comme pouvant menacer son identité
- transfert difficile à manier voire dangereux pour la régression qu'il induit.

e. Cadre thérapeutique

- Durée : 6 mois max avec des séances 2x/mois avec RDV fixés de manière structurée et directive.
- Objectifs : se trouver confronter à des images d'identification adultes \neq des images parentales. Ce qui permet une prise de conscience et de distance de l'adolescent.
- Méthodes : Discussion de type « amicale », espace offert à l'ado. Quand il y a rupture, on sollicite l'ado.
- Indications :
 - Patho familiales
 - Patho relationnelles
- Contre-indications : psychopathie et psychoses

V/ L'AJUSTEMENT EDUCATIF

1. Définition

- Travail avec les parents sur ce qui est inadapté voire incohérent dans leur comportement qui contribue au cercle vicieux dans les relations enfant/parents.
- Proposition thérapeutique svu posée après un bilan Ψ
- Amener les parents à réfléchir sur la cohérence de leurs attitudes vis à vis de l'enfant.
- Domaines abordés :
 - Les apprentissages de l'enfant, occasion de conflit en rapport avec l'autonomie
 - Image de l'enfant enfermé dans un statut, décoder ce que l'enfant exprime.
 - Notion de messages négatifs renvoyés par les parents pour stimuler mais qui renforce l'enfant dans ses difficultés.
 - Aider à bien différencier l'essentiel du secondaire pour que l'enfant ait des repères, adapter aux critères familiaux.
 - Travail sur les incohérences éducatives, variabilité du comportement.

2. Indications

a. Conflits relationnels dans le cadre familial

- Mode éducatif en cause dans la genèse des difficultés.
- Travail possible si les parents perçoivent les raisons qui poussent l'enfant à ces comportements.

b. Les conflits de développement

- Conflits par lesquels les enfants passent normalement qui perturbent les parents, pouvant aboutir à un réel conflit relationnel.
- Travail dur la relation de cette étape pour la construction de la personnalité.
- Sensibiliser sur les étapes.

c. Investigation d'une situation complexe

- Moyen d'amener les parents à percevoir et entendre l'utilité d'une approche thérapeutique quand ils ne sont pas prêts.
- Entretiens familiaux, suivi des parents.

d. Préparation à une prise en charge psy pour l'un des parents

- Quand le parent est anxieux et projette son angoisse sur l'enfant, ne lui laissant aucune autonomie.

e. Un travail de réflexion devant des situations nouvelles, événements vitaux

- Situation d'adoption, de deuil, divorce, chgmt familial..
- Travail de réflexion pour aider les parents à trouver eux-mêmes la façon de dire les choses.

3. Les techniques employées

a. Aborder à partir du discours des parents

Evénements de la vie quotidienne, mode de fonctionnement de l'enfant, de ses besoins, désirs.. les décoder.

b. Explorer les interactions parents / enfants

Mieux comprendre la nature des investissements : trouver des propositions, amener les parents à trouver des mesures.

c. Amener les parents à une meilleure réflexion

Eviter la cristallisation des situations et les risques d'évolution sur un mode passif, repli, inhibition. Amener une meilleure perception de ce qui change.

d. Apprécier régulièrement l'évolution, les progrès

Faire le point, renforcer les progrès en se rappelant le point de départ.

e. Travailler sur les répercussions de l'évolution de l'enfant sur la fratrie

Signes que les choses ont changé. Statut de l'enfant change et les personnes autour réagissent.

4. Les modalités pratiques

- Proposition thérapeutique faite aux parents de qq entretiens tous les 15 jours pendant 2/3 mois avec des objectifs limités visant à briser le cercle vicieux.
Travail sur un point particulier.
 - Proposition ouverte d'un entretien futur pour apprécier l'évolution fixée ou ouvert.
 - Rappeler le stade de départ sans oublier le travail fait auparavant. Importance d'entendre l'évolution de leur enfant.
 - Ajustement éducatif peut avoir lieu si l'enfant a une aide instrumentale.
- ⇒ Indication pour des parents ayant une souplesse d'adaptation et une variabilité des mécanismes.

- !! ici c'est la sensation contraction/détente, sensation corporelle alors que pour Schultz on est dans la suggestion de la détente.
- **BUT** : être capable de maîtriser des situations difficiles.
- Utilisée par les comportementalistes comme moyen d'inhibition des situations anxiogènes.

3. Les indications de relaxation

En terme de symptomatologie, adaptée à des personnalités où dominant :

- Anxiété, stress, phobies, tension, crispation, tbles du sommeil
- Manifestations somatiques (maux de tête, tbles neurovégétatifs..)
- Tics, bégaiements
- Inhibition motrice (malaise physique) et verbale (voire mutisme)
- Soins palliatifs, oncologie
- Instabilité, tble de l'attention
- Surinvestissement verbal
- Pbs sexuels
- « normal » avec recherche de détente
- Sport : travail mental
- Pré-psychotiques et psychotiques, travail sur le corps réel (méthode Schultz)
- Victimes
- Conduites addictives
- Agressions sexuelles