

Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant et ses troubles

Rédaction : P Duverger et J Malka - Relecture : C Aussilloux - Relecture 2008 : JP Raynaud

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

1. Introduction

Psychomotricité, langage et 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 psychisme et motricité.

2. Rappel des grandes étapes du développement normal

2.1. Développement de 0 à 2 ans

2.1.1. Réflexes archaïques

= premières réponses aux stimuli extérieurs.

Existent dès la naissance.

Valeur fonctionnelle et adaptative importante.

Leur absence est un signe d'immaturation.

Leur évolution et leur disparition sont le signe d'une bonne maturation.

4 réflexes archaïques sont recherchés :

► Réflexe de Moro ou « réflexe d'embrassement » :

Les bras s'écartent symétriquement et se rejoignent.

Déclenché par des stimulations proprioceptives.

Persistance pathologique après 6-7 mois.

► Réflexe de fuissement :

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.

2.1.2. 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.

2.1.3. 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, 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 : cubito-palmaire. La main « ratisse ».
- Vers 6 mois : digito-palmaire : entre les doigts et la paume.
- Vers 9-10 mois : 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

Semble exister dès la naissance et serait dû à la satisfaction alimentaire.

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

Devient intentionnel vers 2-3 mois (organisateur de Spitz) et prend valeur de communication.

2.2. Développement après 2 ans

Evolution motrice

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, il 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).

3. Retard psychomoteur

= retard des acquisitions posturales ou du tonus.

Le diagnostic repose sur les données de l'entretien avec les parents, 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. Mais 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 de troubles consécutifs à des perturbations des interactions est celle de la pathologie considérée : les rééducations psychomotrices et les activités motrices et d'expression en 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.

4. Trouble de l'acquisition de la coordination

= 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)

5. Instabilité psychomotrice

Synonymes : turbulence, **hyperactivité**, agitation, trouble hyperkinétique, **trouble déficitaire de l'attention** (TDAH)...

Motif fréquent de consultation pour des enfants en maternelle ou en primaire.

Fréquence estimée : 3-5%.

Distinguer un comportement pathologique (aux origines très diverses) et des enfants « plein de vie ».

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

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.

Certaines échelles (Conners) ou certains bilans : psychologique, psychomoteur, orthophonique permettent d'argumenter le diagnostic.

Cliniquement, sont retrouvés :

- Un trouble déficitaire de l'attention

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

Inattention et difficultés de concentration intellectuelle.

Distraction.

- Une hyperactivité

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.

- Une 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.

- Des 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, 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.
Peut exister chez un enfant sans autre trouble par ailleurs et dans un contexte socio-familial sans particularités.
Peut aussi être une réaction défensive immédiate chez un enfant confronté à un bouleversement de son monde relationnel avec un caractère fréquemment contra-dépressif.
Peut aussi s'inscrire dans certaines psychoses infantiles ou troubles graves de la personnalité.

Approches thérapeutiques :

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

- Approche familiale : toujours nécessaire pour soutenir les parents et modifier les interactions pathologiques qui se sont installées.
- 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 (TDAH).

Ne concerne que les enfants de plus de 6 ans.

Elle est affaire de spécialiste et le traitement médicamenteux n'est jamais isolé

Pour les modalités de prescription : voir module 11, objectif 176.

6. Tics

= mouvements moteurs ou vocalisations involontaires, irrésistibles, rapides, récurrents, non rythmiques et stéréotypés.

Peuvent être simples ou complexes.

Apparaissent souvent vers l'âge de 6-7 ans.

Aggravés par le stress et disparaissent pendant le sommeil.

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.

Bilan 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.