

Anne-Françoise Wittgenstein-Mani et Sylvie Wampfler-Bénayoun

Comment les troubles psychomoteurs s'insèrent-ils dans les classifications actuelles?

Résumé

Cet article présente les enjeux liés à la thérapie psychomotrice dans le cadre du développement des classifications actuelles. Cette réflexion s'intègre dans les travaux et recherches menés par la filière Psychomotricité de la HES-SO¹ pour contribuer au positionnement de la profession, notamment dans le contexte suisse de la pédagogie spécialisée et dans la perspective de soutenir la qualité de vie des bénéficiaires : patients, usagers, leur entourage ou d'autres professionnels.

Zusammenfassung

Dieser Artikel beschreibt die Herausforderungen, denen sich die Psychomotoriktherapie aufgrund der Entwicklung aktueller Klassifikationen stellen muss. Die Arbeiten und Forschungen des Departements Psychomotoriktherapie der HSE-SO beschäftigen sich zunehmend mit diesen Herausforderungen, da es gilt, den Beruf im Bereich der Heilpädagogik national positionieren zu können und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern: Patienten, Psychomotoriktherapeutinnen und -therapeuten, deren Umfeld oder andere Fachkräfte.

Introduction

Une grande partie des troubles qui apparaissent au cours du développement et entravent les possibilités d'adaptation du sujet au monde, affectent les fonctions motrices, langagières et cognitives. La spécificité de l'approche psychomotrice réside dans l'attention portée simultanément aux manifestations corporelles et à leurs significations, ainsi qu'aux possibilités effectives du sujet à être situé dans l'espace et le temps, à être orienté par rapport aux objets et à s'inscrire dans des relations duelles, tryadiques (Fivaz-Depeursinge et Corboz, 2001). Certains enfants vont rencontrer également des difficultés à établir des interactions sociales et à les manifester en groupe ; celles-ci dépendent fortement de la qualité et de la quantité des expériences qu'ils auront eu l'occasion de faire dans l'environnement physique et social qui est le leur.

Les dispositifs offerts en psychomotricité permettent de renforcer non seulement les capacités de coordination, d'ajustement et d'anticipation, mais aussi les habiletés sociales de base (McCord et Tremblay, 1992) ; en s'appuyant sur les différentes médiations proposées, l'enfant va pouvoir intérioriser des nouvelles conduites et manières d'être en relation. Ainsi, « le thérapeute en psychomotricité aura pour tâche de récolter des informations pour penser et agir afin de préserver, d'une part et si possible, l'intégrité des structures et d'autre part d'améliorer les fonctions et le fonctionnement. En tenant compte de la terminologie plus actuelle, comme nous l'avons déjà mentionné, les professionnels de la psychomotricité concourent au maintien ou au développement des activités réalisées dans le but de favoriser une meilleure participation sociale.

¹ Des documents sur ces travaux sont disponibles sur le site www.ies-geneve.ch/Psychomotricité

Troubles du domaine de la psychomotricité et classification

Les étiologies des troubles du développement, comme celles des troubles psychomoteurs, sont multifactorielles ; différents facteurs (génétiques, neurobiologiques et/ou psychosociaux) peuvent altérer le développement, ceci à différents niveaux d'organisation (au niveau des structures, des fonctions et/ou du fonctionnement), ceux-ci étant complémentaires. De ce fait, même si les troubles psychomoteurs ont la caractéristique, entre autres, d'être « situationnels et discrets » (Ajuriaguerra, et Bonvalot-Soubiran, 1959) ils entraînent « en priorité les mécanismes d'adaptation sur les plans sociaux, relationnels et cognitifs, constituant une source de désagrément et de souffrance pour celui qui en est atteint et son entourage ».

Leur analyse clinique nécessite donc une connaissance approfondie du développement normal de l'enfant et du jeune enfant ainsi que de ses déviations, afin d'être en mesure de recenser les signes cliniques et référer ceux-ci à divers tableaux diagnostics, car les troubles psychomoteurs peuvent être associés à différents troubles mentaux de l'enfance et de l'adolescence. Ainsi, dans le chapitre V de la classification internationale des maladies (CIM 10), on trouvera le trouble spécifique du développement moteur (F82). Toutefois, les manifestations psychomotrices peuvent également accompagner les troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires (F81), les troubles envahissants du développement (F84), les troubles hyperkinétiques (F90) ou encore les syndromes comportementaux non précisés associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (F59) correspondant aux Troubles de la régulation du traitement de l'information sensorielle dans la classification diagnostique du jeune enfant

DC : 0-3R (Devenir, 2009, p.111). Lorsqu'ils ne sont pas associés aux troubles mentaux de l'enfance et de l'adolescence, il faut les comprendre dans la catégorie des troubles du développement et des fonctions instrumentales aux côtés des troubles du langage et des troubles cognitifs (Roussillon et al. 2007).

À chaque époque son langage, à chaque classification ses dénominations

Dès 1959 les troubles psychomoteurs ont été définis comme des symptômes liés à la fois « aux affects, mais attachés au soma (...) » et ne présentant pas pour cela des caractéristiques de dérèglement d'un système défini » (Ajuriaguerra et Bonvalot-Soubiran, 1959). A une autre époque, on parlait uniquement de troubles instrumentaux (Flagey, 1977) pour décrire le fait que la structuration des fonctions motrices et langagières était fortement diminuée en lien avec des difficultés narcissiques primaires. Aujourd'hui, on conçoit les troubles psychomoteurs comme étant transactionnels : ils nécessitent en effet de faire référence aux atteintes des structures, à l'évolution des fonctions mais aussi à la dimension du fonctionnement. Ils impliquent de se donner les moyens de « laisser jouer en soi plusieurs hypothèses » selon l'expression de Berger et Ferrant (2003) : hypothèses neurodéveloppementale, développementale, psychodynamique aussi bien que systémique.

Aujourd'hui on trouvera dans la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA R-2000), une catégorie intitulée « Troubles du développement et des fonctions instrumentales » qui comprend non seulement les troubles psychomoteurs, mais aussi les troubles de la parole et du langage, ainsi que les troubles cognitifs et des acquisitions scolai-

res et qui peut être mise en correspondance avec les troubles classés sous F 80–F 89 dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV), à savoir les « Troubles spécifique du développement de la parole et du langage » (F. 80), les « Troubles spécifiques des acquisitions scolaires » (F. 81) ainsi que le « trouble spécifique du développement moteur », ces troubles s'inscrivant dans le chapitre des troubles du développement psychologique. Dans la CIM-10, on trouvera une correspondance dans le chapitre des « troubles des habilités motrices » : les « troubles d'acquisition de la coordination ». Plus récemment, des modifications ont été apportées à la classification diagnostique de 0 à 3 ans : les « troubles de l'ajustement » d'une part et, d'autre part 3 types de « trouble de la régulation du traitement sensoriel » (Type I hypersensible ; Type II hyposensible, sous-réactif ; Type III, en recherche de stimulation sensorielle, impulsif ont été décrits. Ces derniers correspondent aux caractéristiques suivantes (DSM-IV, p. 208) : « un début obligatoirement dans la première ou la deuxième enfance ; une altération ou un retard de développement de fonctions étroitement liées à la maturation biologique du système nerveux central ; une évolution continue sans rémissions ni rechutes (ce qui contraste avec l'évolution de nombreux troubles mentaux) ».

Enfin, pour terminer cet état des lieux, la classification du fonctionnement, du handicap et de la santé (OMS, 2003 puis 2007) a défini les « fonctions psychomotrices » comme des « fonctions mentales spécifiques du contrôle sur les événements à la fois moteurs et psychologiques au niveau du corps ». N'oublions pas de rappeler que la CIF, n'est pas une classification des maladies : elle permet d'évaluer le degré de handicap à partir des fonctions organiques et des structures

anatomiques, des activités et de la participation sociale.

Dans tous les cas, par leurs interventions, les thérapeutes en psychomotricité accordent une attention particulière aux compétences sensorielles, motrices et relationnelles pour apprécier l'organisation psychomotrice et la dynamique du fonctionnement psychomoteur de la personne. Leur responsabilité va continuer d'impliquer qu'ils se réfèrent à l'étiologie des maladies tout en cherchant à comprendre et évaluer la situation de handicap, les limitations/restrictions du fonctionnement en termes d'activité aussi bien que de participation sociale.

Qu'ils soient liés ou non à des atteintes des structures, une inorganisation ou des désorganisations des fonctions, de difficultés de fonctionnement, les troubles psychomoteurs se manifestent toujours corporellement ; en cela, ils sont observables et entravent le développement du sujet, comme nous l'avons dit, de façon transactionnelle et durable. Dans leurs démarches cliniques, les psychomotriciens mettront en évidence les caractéristiques de l'organisation psychomotrice aussi bien que l'importance des facteurs environnementaux qui influenceraient, positivement ou négativement, le développement psychomoteur et celui des apprentissages. Il s'agira aussi de signaler, lorsque cela s'avèrera nécessaire ou utile, une éventuelle inadéquation des offres ou le manque de ressources existantes dans l'environnement, familial, scolaire et social.

Dans cette perspective, les mesures pédago ou médico-thérapeutiques en psychomotricité sont des mesures essentielles : les psychomotriciens sont formés pour intervenir afin de prévenir, dépister et/ ou traiter les troubles psychomoteurs, pour augmenter les possibilités d'intégration sensorimotrice et psychomotrice, les capacités d'adaptation

et d'apprentissage ou le désir de communiquer et de participer socialement.

Notre clinique ne manque pas de nous interroger régulièrement et nous impose de ne pas trop nous distancer des réalités que recouvrent ces termes. Alors même que nous devons tenir compte de l'évolution rapide des connaissances, notamment dans le domaine neuro-développemental, les démarches cliniques d'observation du développement psychomoteur normal des enfants et des étapes d'intégration réussies ne sont pas modifiées par les changements de vocabulaire, de même que les moyens spécifiques que nous employons dans nos interventions afin de soutenir le développement des enfants, des adolescents ou des adultes en difficultés.

Il est utile de savoir que les dispositifs de l'enseignement spécialisé peuvent varier d'un canton à un autre alors que le champ d'intervention ainsi que le mandat donnés aux psychomotriciens seront sensiblement les mêmes pour tous les professionnel-le-s qui travailleront dans les cantons signataires du concordat intercantonal pour la pédagogie spécialisée.

Quand aux indications de traitement en psychomotricité et à l'attribution des mesures, elles dépendront de l'évaluation diagnostique ainsi que du degré de sévérité de la situation de handicap. Dans tous les cas il sera important de pouvoir intervenir précocement car « On apprend en grande partie avec le corps. La manière dont il est touché, la curiosité dont il est l'objet, les actes qu'on lui laisse accomplir, les rythmes qu'on lui propose et le fond émotionnel et matériel sur lequel se déroulent ces expériences organisent la pensée dès la naissance » (Berger, 2006).

Conclusion

Les réflexions que nous vous avons proposées dans cet article sont le résultat de travaux menés en équipe ; en guise de conclusion nous emprunterons une dernière citation porteuse de sens à une auteure dont la sensibilité nous est proche : « La dimension corporelle de l'intelligence que nous mobilisons est différente de l'activité logique. (...) Travailler passe par l'énigme de la mobilisation du corps, creuset entre le pulsionnel, le physiologique et le symbolique » (Pezé, 2002).



*Anne-Françoise Wittgenstein Mani
Responsable de la filière Psychomotricité
de la HES-SO*

*Sylvie Wampfler Bénayoun
Chargée de cours*

*28, rue Prévost-Martin
Case postale 80
CH-1211 Genève
psychomotricite.hets@hesge.ch*

Références

- American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (4e éd. rév.). Paris : Masson.
- Ajuriaguerra de, J. & Bonvalot-Soubiran, G. (1959). Indications et techniques de rééducation psychomotrices en psychiatrie infantile. *La psychiatrie de l'enfant, Vol. II, 2*.
- Berger, M. (2006). *Les troubles du développement cognitif. Approche thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : Dunod.
- Berger, M. & Ferrant, A. (2003) Le travail psychanalytique dans la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 51*, 212–222.
- DC : 0–3 R. (2009). La classification diagnostique de la santé mentale et des troubles du développement de la première et petite enfance. *Devenir*. (édi. rév.). [Numéro spécial]. Genève : Médecine et Hygiène.
- Fivaz-Depeursinge, E. & Corboz-Warnery, A. (2001). *Le triangle primaire. Le père, la mère et le bébé*. Paris : Odile Jacob.
- Flagey, D. (1977). L'évolution du concept des troubles instrumentaux. *Psychiatrie de l'enfant, XX (2)*, 471–493.
- McCord, J. & Tremblay, R. (Eds). (1992). *Preventing Antisocial Behavior: Interventions from Birth through Adolescence*. New York : Guilford Press.
- Mises, R. & Quemada, N. (1993). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent; Classification internationale des troubles mentaux et du comportement, chapitre V de la CIM-10-OMS*. Vanves : CTNERHI.
- Organisation mondiale de la Santé. (2008). CIF-EA. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Version pour enfants et adolescents. Paris : Presses universitaires de France et CTNERHI.
- Organisation mondiale de la Santé. (2000). *Classification diagnostique de 0 à 3 ans*. Genève : Médecine & Hygiène.
- Pezé, M. (2002). *Le deuxième corps*. Paris : La Dispute.
- Roussillon, R. & al. (2007) *Manuel de psychologie et de psychopathologie, clinique générale*. Paris : Masson.