Formation AVS - EVS

18 AVRIL 2012

Déficiences motrices

- Généralités
- Pathologies rencontrées
- Adaptations nécessaires

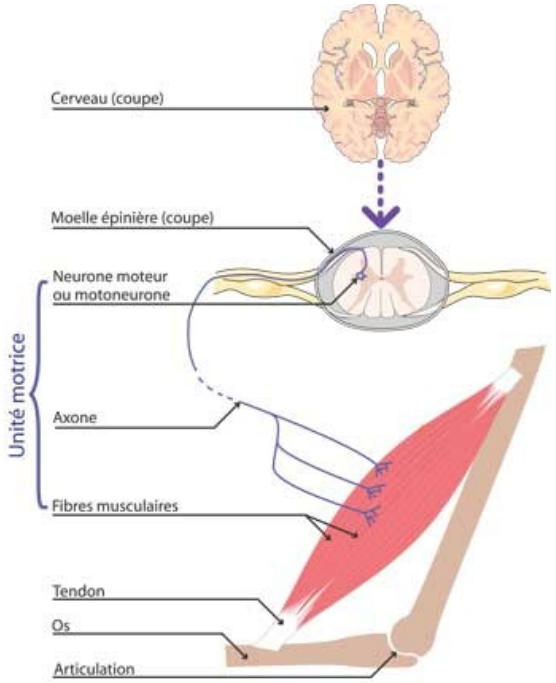
Généralités

les mouvements,le déplacement, la posture,

la manipulation,l'écriture,mais aussi la parole, le regard

SONT DES ACTIVITES MOTRICES

La chaîne du mouvement



Généralités

- Les déficiences motrices peuvent être de degré très variable et entraîner des handicaps qui ne sont pas toujours en rapport avec ce que l'on voit
- Elles peuvent être stables ou évolutives
- Congénitales ou acquises

généralités

La déficience motrice relève de plusieurs origines

- Origine cérébrale:-Infirmité motrice cérébrale:IMC ou IMOC

  -Traumatisme crânien
- Origine neurologiques médullaires ou neuro-musculaires
- Origine ostéo-articulaire

Origine cérébrale

Naissance:

+ prématurité

+ naissance traumatique:

Infirmité motrice cérébrale:IMC ou IMOC

Lésions acquises *:*

+Traumatisme crânien

+Accidents vasculaires cérébraux

+Tumeurs

Origine cérébrale

C’est la commande nerveuse qui est lésée à l’origine

+Syndrome spastique: atteinte du cortex pyramidal qui régit les mouvements volontaires

raideur du tonus musculaire atteignant de 2 à 4 membres:lenteur des mouvements,difficulté d’ajustement des postures

+Syndrome athétosique:

atteinte des noyaux gris centraux

mouvements involontaires, anormaux,lents,irréguliers,touchant parfois la face,difficulté d'ajustement des gestes intentionnés

+Syndrome ataxique, atteinte du cervelet

troubles de l’équilibre
et de la marche,difficulté à
coordonner les mouvements

Les différents syndromes peuvent être intriqués

Les atteintes d'origine cérébrale, une fois fixées ne sont plus évolutives

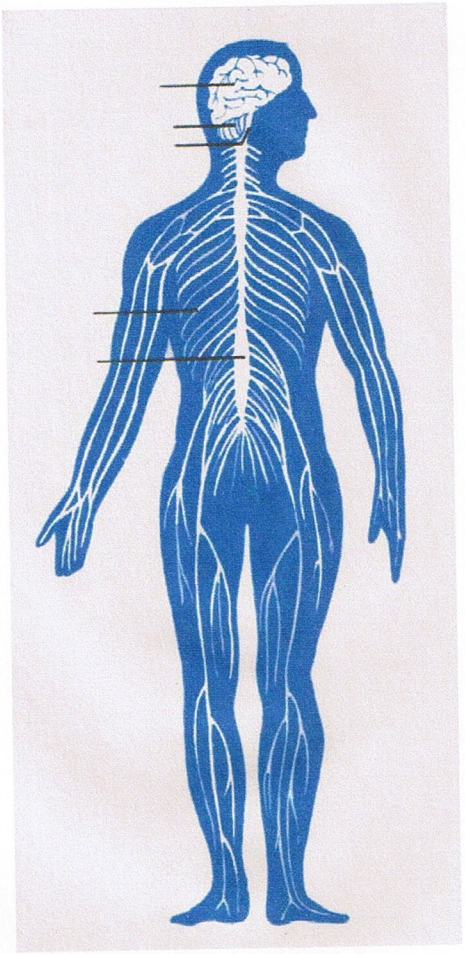
Grande variabilité d'un enfant à l'autre

Origine médullaire

- Traumatismes lésant la colonne vertébrale
- Infections
- Tumeurs

Plus la lésion est haut située plus l'atteinte de la motricité des membres est importante:les membres inférieurs,ou les 4 membres en cas de lésion haute

Anatomie générale du système nerveux

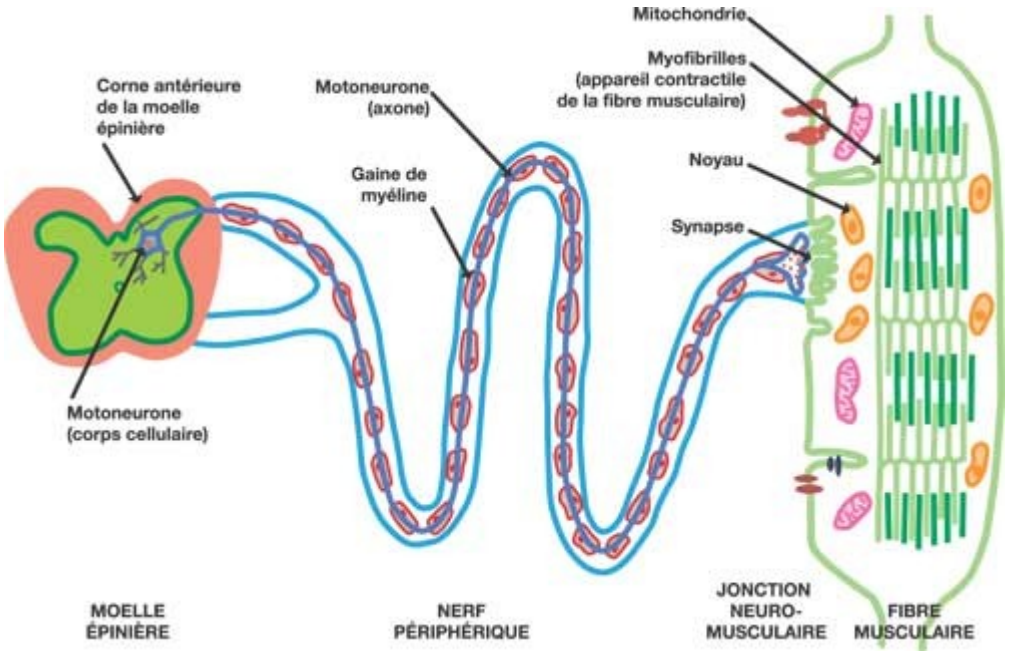


Origine médullaire

- Tétraplégie
- Paraplégie
- Paralysie incomplète si la moelle épinière n'est pas totalement détruite

Avec les troubles moteurs, troubles des sphincters:problèmes urinaires,troubles de la sensibilité

Origine neuro-musculaire,Unité motrice



Origine neuro-musculaire

La plupart sont d'origine génétique

- Amyotrophie spinale infantile
- Neuropathie spinale (Charcot –Marie-Tooth)
- Myasthénie
- Myopathie ou dystrophie musculaire
- La locomotion n'est pas la seule atteinte
- Atteintes associées

ATTEINTES EVOLUTIVES

Origine ostéo-articulaire

Congénitale ou acquise

Malformations

Lésions inflammatoires

Lésions infectieuses

Lésions traumatiques

Troubles associés aux déficiences motrices

- Épilepsie dans les atteintes d'origine cérébrale
- Troubles neuro-psychologiques

+ troubles du geste automatique(praxies)
+ troubles neuro-visuels:

motricité oculaire++ IMC,prématurité

Identification et reconnaissance de la chose vue (gnosies)

+ langage
+ mémoire
+ attention

.Troubles psycho-affectifs

GRANDE FATIGABILITE

Adaptations à prévoir

Aménagements à prévoir avec les professionnels du soin

-transferts au sein de la classe

-au sein de l'école:toilettes

repas

(++ intimité)

-installation du poste de travail: attention à la posture, au matériel,attention au confort.

Adaptations,rôle de l'AVS

- Différentes selon situation isolée ou en classe spécialisée
- Ne pas faire à la place, mais toujours proposer quand la motricité est en jeu:graphiques,textes plus longs,oral
- Vérifier l'adaptation de la tâche et la compréhension des consignes

Adaptations

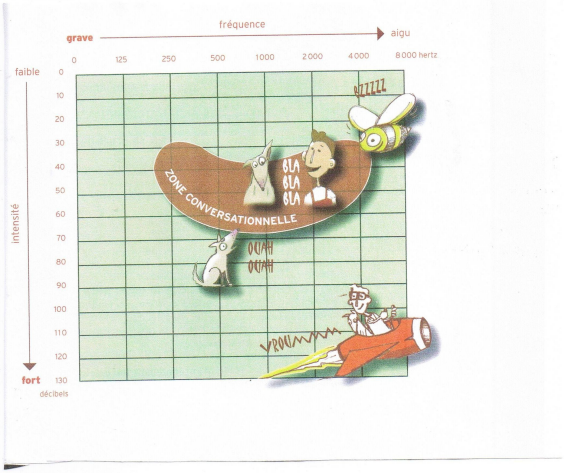
- Organisation: de sa table,de son installation par rapport au reste de la classe:tableau,éclairage,voisinage.
- facilité d’accès à sa table, à ses outils,
- Utilisation du plan incliné,
- vérification des

  appuis:pieds,menton,bras..

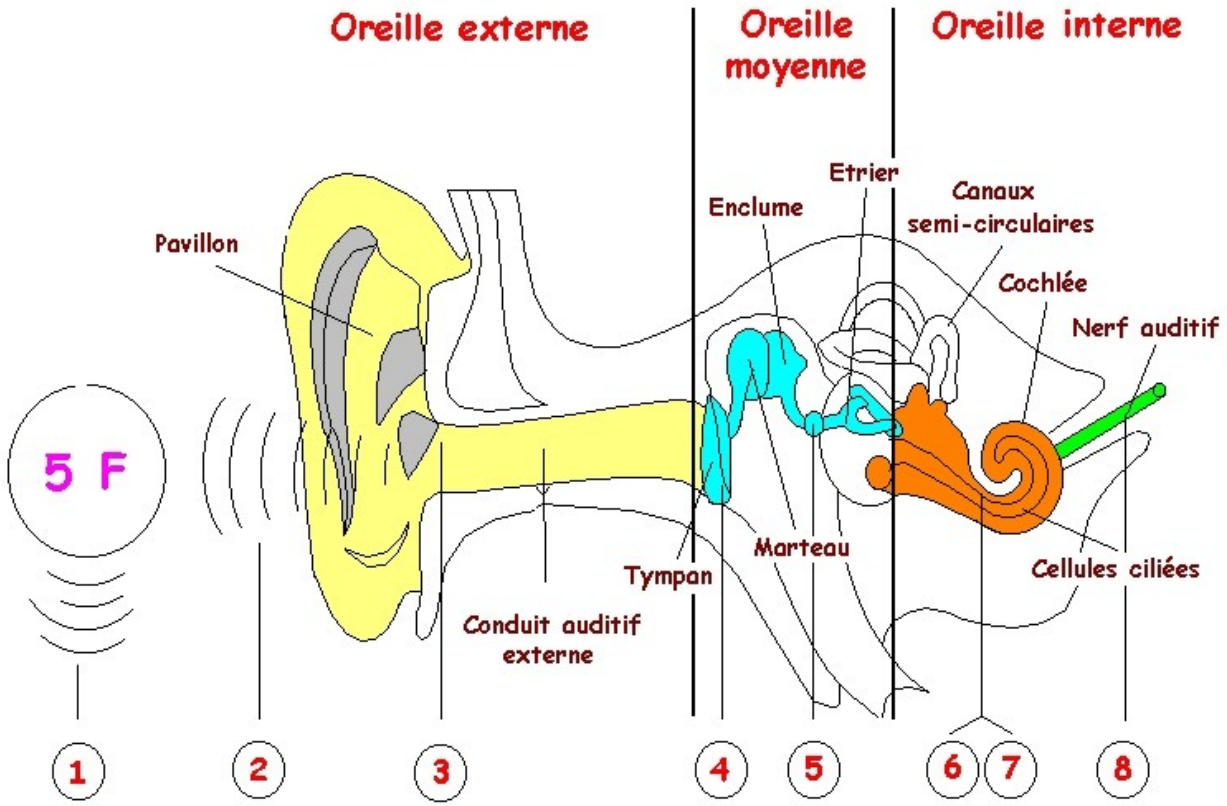
Et encore

- Vérifier l'adaptation des outils aux possibilités de l'enfant
- Toujours favoriser son autonomie
- Et toujours veiller à sa sécurité et à sa fatigue

Rappel sur le son



Bien entendre c'est une boucle audiophonatoire intacte



Selon le niveau d'atteinte de la boucle

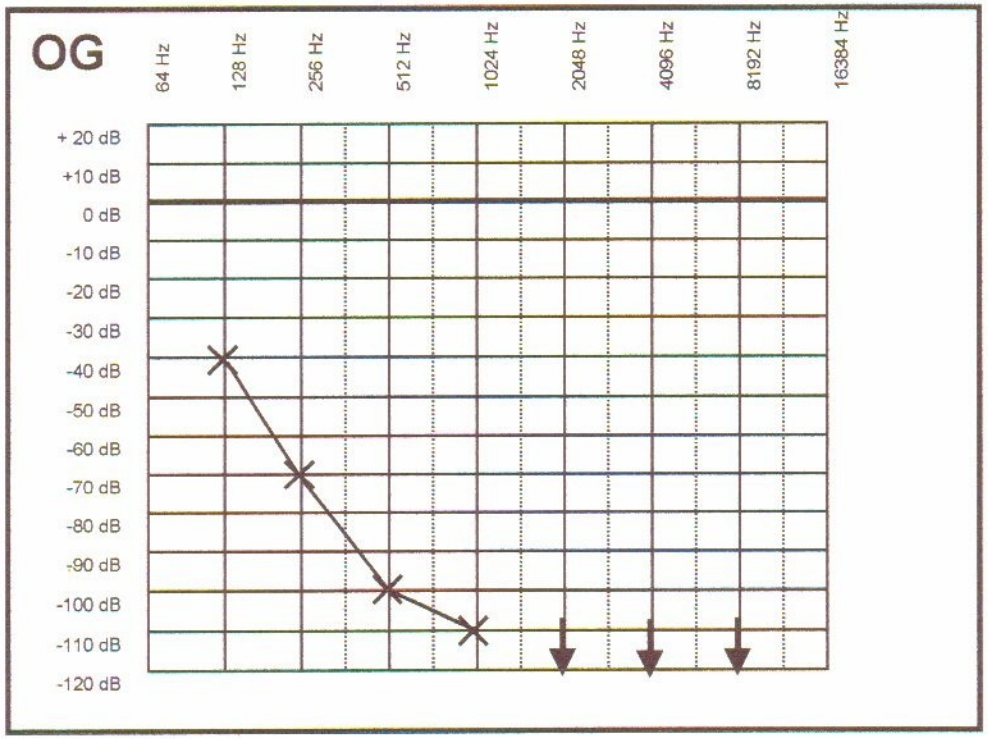
***Surdité de transmission**:* oreille externe ou moyenne:-congénitales:aplasie du pavillon,malformation

-acquises:otites

Accessible au traitement médical

Perte de 60 db maxi

Audiogramme d'une surdité (profonde)



Surdité de perception: oreille interne et/ou voies et centres nerveux

Inaccessibles au traitement médical

De degré variable:légères, moyennes, sévères ou profondes

Acquises:..infections pendant ou après la grossesse

..génétiques

- Surdité mixte si on a une surdité de transmission et une surdité de perception

Déficiences auditives

- Congénitales:-infectieuses
  -génétiques

- Acquises:-infectieuses
  -traumatiques

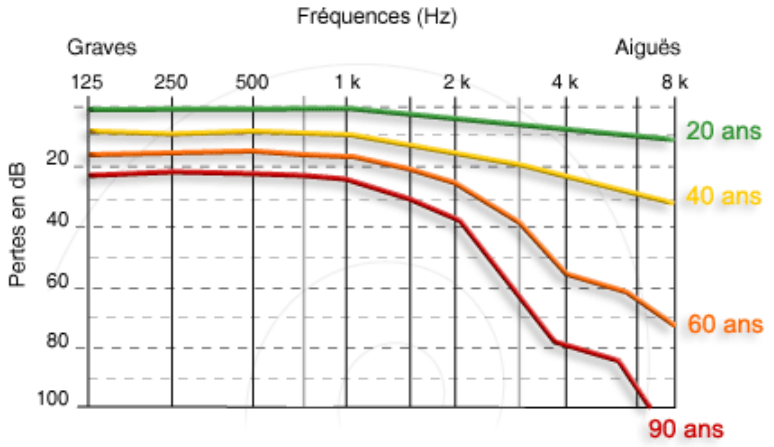
De degré variable
Appareillables ou pas

Dépistage

- À la naissance (Antécédents,tests)
- Pendant la petite enfance
- Après un retard de langage
- Pendant la scolarité,découverte fortuite (surdité unilatérale, par exemple)
- Suite à des infections récidivantes
- Etc…

Degrés de surdité

- Audiogramme
- Audiogramme normal en fonction des âges de la vie



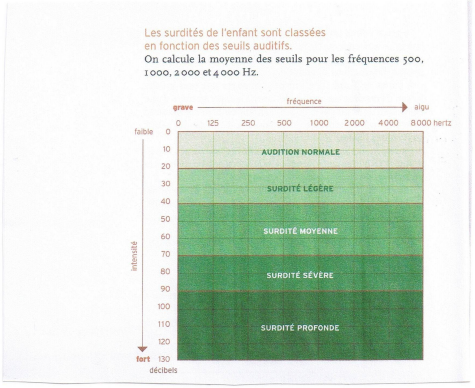
Degrés

Surdité légère:4Odb

Surdité moyenne: de 40 à 70 db de perte

Surdité sévère:70 à 90

Surdité profonde plus de 90 db de perte



compensations

- Appareillage: contours
- L'implant cochléaire
- Les aides techniques: à l'école, liaison haute – fréquence entre le micro porté par le professeur et le récepteur adapté à la prothèse de l'enfant
- LSF
- LPC
- Lecture labiale

Adaptations, préalables

- Pour un élève ayant une surdité sévère ou profonde,nécessité de savoir communiquer en LSF
- Veiller à l'appareillage,encourager son bon entretien

Lecture labiale

- Parler distinctement ,lentement et en pleine lumière
- Veiller à ce que les interlocuteurs soient bien éclairés
- Attention aux contre-jours
- Une seule personne doit parler à la fois
- Ne pas oublier que l'enfant écoute avec ses yeux

S’assurer que

- Consignes comprises, les reformuler, les faire reformuler
- Résumé des cours avec un plan pour guide
- Traduire les locutions imagées qu’il ne peut comprendre
- Etre attentif aux sons proches(homophones) et s’assurer de la discrimination

Déficiences visuelles

- Pourquoi :-causes congénitale: génétiques ou infectieuses

:-causes acquises:

traumatiques,infectieuses,tumorales,toxiques

Évolutives ou fixées

Les différents troubles de la vue

- La déficience visuelle définie par:
  -état du champ visuel
  -mesure de l'acuité visuelle(AV)

Malvoyant: A V ≤ 4/10 ème au meilleur oeil

Avec correction

Non voyant, aveugle: ≤1/20 ème ,et champ visuel réduit à 10 °

Mal voir, n’est pas rien voir, mais:

-Vision floue de loin:ne voit pas au tableau
ne perçoit pas les affichages muraux
suit mal une activité présenté trop loin de lui

l’enfant peut s’isoler, paraître distrait

-vision de près altérée:s’approche du document, donc pas de vision globale du document,

l’enfant ne peut anticiper

Autres altérations possibles

- Vision périphérique normale,mais scotome(amputation) central:déplacements faciles,lecture très difficile
- Vision tubulaire: contraire,voit très bien en vision centrale,lecture normale, difficulté dans la prise de repères

Troubles associés

Mal voir s'accompagne de:
Fatigue,
nystagmus,
photophobie,
larmoiement,
difficulté de concentration,
anomalie de la vision des couleurs,
blindisme

Adaptation,rôle de l'AVS

- Pour un non voyant, c'est le personnel spécialisé d'un SESSAD le plus souvent qui renforcera:

-la locomotion

-la verbalisation qui aide à décrire

-veillera à la bonne utilisation du matériel donné (braille)

Pour un enfant mal voyant

Veiller à:

- Place dans la classe,
- déplacements à prévoir dans l'établissement,
- Connaître son environnement:connaissance notamment en collège et lycée, limiter les déplacements,repérer les « pièges »

- A sa posture: dos, plan incliné
- Bonne utilisation des outils spécialisés:agrandisseur,caméra,loupe

- Documents clairs et peu chargés:fractionner les documents
- Fournir des documents imprimés plutôt que de faire écrire

- Utilisation d’une police verdana ou aria réputée pour être plus lisible, à une taille suffisante,avec des interlignes accentuées.
- Importance du contraste des caractères
- Accentuation des lignes, des ponctuations
- Les photocopies doivent être lisibles et contrastées,pas forcément trop grandes (place sur la table,plutôt plusieurs qu’une trop grande)

- Le texte est plus lisible en vérité (verdana)

Que :ce texte que vous lisez (arial)

aussi

- Veiller à l'éclairage
- Modifier les présentations pour éviter les déplacements trop importants du regard
- Prévenir les fixations du regard,risque de nystagmus
- Veiller à la compréhension des consignes
- Veiller à la fatigue

La dyspraxie

La dyspraxie

- Prévalence : 6%
- Troubles des acquisitions motrices
- Défaut touchant l'organisation des compétences visuo-spatiale
  - Maladresse motrice (coordinations fines)
    - → répercussions sur les apprentissages :

. Graphisme
. Difficultés en géométrie & dans les raisonnements logicomathématique
. Acquisition de la lecture

- Troubles de l'exploration visuelle 30 à 40%

Dyspraxie visuo-spatiale

- **Trouble de la réalisation gestuelle** résultant d'une anomalie ou d'un déficit de la perception et/ou de la réalisation de tâches impliquant spécifiquement des notions spatiales.

- **Signes d 'appels**
  - maladresse gestuelle
  - difficultés de manipulation dans l'espace
  - difficultés graphiques (lenteur)

- **Acquisition tardive de certaines habiletés motrices**
  - s'asseoir, ramper, marcher. Si équilibre précaire → anxiété, peu de plaisir dans les déplacements, diminution de l'exploration spatiale, difficultés dans la pratique des sports (danse, jeux de balle en équipe, vélo, saut à la corde).

- **Difficultés en motricité fine**
  - coloriage, dessin, découpe aux ciseaux, jeux de construction

Caractéristiques cliniques

- **Maladresses motrices** (fine et grossière) :
  - chutent, laissent tout échapper, se cognent.
  - La précision des gestes est pauvre
  - maladresse dans l'habillage, dans l'alimentation
  - fonctionnement par « tâtonnements ».

Caractéristiques cliniques (suite)

- **Trouble de la perception spatiale**
  - déficits visuo-spatiaux (relation des objets dans l'espace, mauvaise perception de la vitesse, de la trajectoire, de la localisation d'une balle dans l'espace, mauvaise interprétation des diagonales et des obliques).
- **Trouble de la planification du geste**
- **Trouble du traitement simultané de l'information**
- **Trouble d 'acquisition du schéma corporel**
  - défaut d 'intégration sensori-motrice)

Répercussions scolaires

- Mauvaise préhension du crayon (↓ calligraphie).
- Mauvaise organisation dans l'espace (feuille).
- Difficultés pour l'écriture des lettres avec obliques (V, W,…).
- Effort supplémentaire :écrire accapare les ressources attentionnelles.
- Problèmes pour la lecture de textes, des nombres
- Difficultés en géométrie, pour les algorithmes mathématiques.
- Difficultés en sport.

Répercussions psycho-affectives

- Diminution de l'estime de soi.
- Recherche de relations avec les plus jeunes.
- Image de « paresseux » et « d'incompétent ».
- Repli sur soi.
- Intolérance à la frustration et cpt d 'opposition
- Sentiment d'insécurité et mauvaise image de soi → dépendance accrue envers l'adulte.
- Passivité dans les situations nouvelles

Démarche diagnostique

- **Anamnèse**
  - prématurité (< 32 semaines), PN < 2000 grs
  - troubles oculomoteurs et/ou attentionnels associés
- **Evaluation psychométrique**
  - dissociation verbal/performance ICV <<< IRP
  - profil qualitatif
    - WPPSI-R (carrés, figures géométriques, labyrinthes)
    - WISC-III (cubes, assemblages d ’objet, labyrinthes, codes)
- **Bilan neuropsychologique**
  - épreuves complémentaires d ’évaluation des praxies et des fonctions exécutives ; test d ’attention

Examens complémentaires

- **Bilan neuropédiatrique**
  - **signes neurologiques mineurs**

. défaut de latéralisation

. syncinésies

. dysdiadoocinésies

- **Bilan orthoptique**
  - Regard, poursuite oculaire, fixation et saccade oculaire

- **Bilan psychomoteur et/ou ergothérapeutique**

Principes de prise en charge

- **Sur le trouble dyspraxique**
  - Rééducation psychomotrice
  - Rééducation graphomotrice
  - Ergothérapie
- **Sur les troubles oculo-moteurs**
  - Rééducation orthoptie
- **Sur les troubles en lecture et logico-mathématique**
  - Rééducation orthophonique

Mesures psychopédagogiques

- Soulager le rapport à l écrit (photocopies, ordinateur, 1/3 temps)
- Améliorer le rapport à l ’écrit (tenue du stylo, roller, ligne espacées)
- Améliorer la qualité des productions écrites (présentation, surligneur, « espaces balisés »)
- Evaluation des connaissances à l ’oral (ne pas sanctionner outre mesure les fautes d ’orthographes, la dysgraphie)
- Valoriser les matières littéraires
- Tenir compte des déficits associés (attention, dyslexie)

Contourner les difficultés liées à l'écrit ,aide de l'AVS

- Utiliser les gommettes
- Les étiquettes
- Les points

(l'enfant perd de l'énergie et du temps à entourer)

Pour les exercices de repérage,d'assemblage

dénombrer

- Il compte plusieurs fois le même objet:

  -pointer pour lui chaque objet

  -mettre de côté l'objet compté

Se repérer

- Lui proposer au départ des lettres en relief, qu'il pourra repérer par le toucher,pour apprendre à les connaître
- Mettre un point de repère en haut à gauche de la feuille pour aider au démarrage de son écrit
- Lui présenter les exercices un à un

Se repérer sur un tableau

- Coloriser les colonnes
- Encourager à utiliser des « caches » glissant dans le plan des colonnes verticales et horizontales

mathématiques

- Apprendre à aligner les chiffres en tableau de centaine,dizaine, unité.
- Aider à tenir la règle
- Apprendre à verbaliser la tâche à effectuer
- Formuler les consignes en les fractionnant en éléments simples

Tâches récurrentes

- Étiquettes -mots:jour de la semaine,mois
- Solliciter la mémoire visuelle,apprendre à épeler
- Limiter les parasites visuels:table vide,outils rassemblés(gobelet)
- Apprendre à organiser le cartable(couleurs)
- Surligner,souligner selon les consignes

Soulager sa fatigue

- Photocopies, pour les cours trop longs,donner du temps supplémentaire
- Mais ne pas supprimer les récréations….