

Troubles psychomoteurs = troubles neurodéveloppementaux + troubles neurologiques doux + étiologie multifactorielle + prédisposition génétique (déclenchée par le milieu) + situationnels (pas tout le temps) et discrets (on peut vivre avec sans trop de gêne) + rééducables + création d'une souffrance et de désagréments pour le sujet et son milieu. Ce sont les avatars du développement de l'enfant.

Définition de JM.ALBARET

Symptôme = c'est un indice subjectif (qui est fourni par le patient) ou une manifestation objective (observée par le thérapeute) d'une maladie ou d'un trouble éventuel. La détermination d'un symptôme est évolutive avec des frontières nosologiques (patho/non-patho) variables en fonction des critères historiques, culturels, sociaux.

Le même comportement peut être jugé comme pathologique, et dans un autre contexte pas pathologique.

Syndrome = c'est un ensemble de symptômes pour lequel il n'y a pas de cause unique identifiée, on parle aussi de trouble. Le regroupement est le résultat d'une convention, de même que le seuil retenu pour déterminer le caractère pathologique du trouble.

Maladie = c'est une altération de la santé caractérisée par des causes, des symptômes, une évolution et des thérapeutiques adaptées.

DE AJURIAGUERRA (*Manuel de la psychiatrie* – 1959)

Ne répondent pas à une lésion en foyer ni à une agénésie donnant des syndromes neurologiques classiques. Ils sont + ou – automatiques, + ou – motivés, + ou – subis, + ou – voulus. Liés aux affects mais attachés au soma par leur fluence à travers la voie finale commune, ils ne présentent pas pour cela uniquement des caractéristiques de dérèglement d'un système défini. Persistants ou labiles dans leur forme, mais variables dans leurs expressions. Ils restent liés aux situations et aux afférences chez un même sujet. Ils ont souvent un caractère expressionnel caricatural et gardent des caractères primitifs, quoique modifiés par l'évolution ultérieure, qui les rapprochent de phases primitives de contact ou de répulsions, de passivité ou d'agression. Parfois ils n'ont même plus la forme du mouvement primaire mais seulement la valeur de symbole.

CORRAZE

Troubles perceptivo-moteurs qui affectent les différentes fonctions d'exploration, d'action et de communication. Il se manifestent par des signes neurologiques doux. Ils sont associés à un complexe psycho-pathologique.

CEDIFP

Définition consensuelle

Ils se manifestent à la fois quand le sujet est engagé dans l'action et dans la relation avec autrui. Ce sont des troubles neurodéveloppementaux qui affectent l'adaptation du sujet dans sa dimension perceptivo-motrice. Ils ont des étiologies plurifactorielles et transactionnelles (facteurs génétiques, neurobiologiques, psychologiques et/ou psychosociaux). Ils sont situationnels et discrets, entravant les mécanismes d'adaptation et constituant une source de désagrément et de souffrance pour le sujet et son milieu social. Leur analyse clinique nécessite des investigations spécifiques (dont l'examen psychomoteur) pour appréhender les aspects qualitatifs et quantitatifs des perceptions, des représentations et des actions du sujet.

Signes neurologiques doux (= signes équivoques, = signes neurologiques mineurs) → ne présentent pas d'atteinte cérébrale + pas de localisation précise + pas pathognomonique + légers + discutables + intermittents + sensibles au milieu + ne sont pas organisés comme des comportements + pas de handicap majeur + se basent sur la plasticité cérébrale + difficiles à observer. Troubles psychomoteurs/développementaux = signes neurologiques doux.

Michel Foucault → Les mots et les choses : l'être humain a besoin de structurer, pour lui la capacité à juger tout le monde dans la même classe par différentes personnes est la **fidélité inter-juges**.

Les classifications critériologiques, deux classifications en psychomotricité, avec une bonne fidélité inter-juges :

- ❖ **CIM 10** (Classification Internationale des Maladies) → OMS 10^e version, classe et définit l'ensemble des maladies (1 chapitre sur les maladies mentales et troubles psychomoteurs) → **classification monoaxiale**
- ❖ **DSM 5** (Diagnostic Statistical Manuel 5^e version) → actualisé par l'APA (Association des Psychiatres Américains), classe uniquement les maladies mentales → **classification multiaxiale**

LE TROUBLE DEFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC ou SANS HYPERACTIVITE (TDAH)

DÉFINITIONS	<p><u>Enfant agité</u> = Enfant en mouvement quasi permanent (hyperkinésie), il ne répond pas aux interdits, il a un niveau d'activité élevé et cette activité n'est pas adaptée aux exigences du milieu ni à la réussite scolaire. Agitation stérile et inefficace.</p> <p><u>Enfant distrait</u> = Enfant à qui il faut répéter les choses, qui oublie, qui se distrait très facilement, qui ne peut pas se concentrer sur une tâche et finit par abandonner la tâche avant de la terminer.</p> <p><u>Enfant impulsif</u> = Manière qu'ont les enfants de se précipiter pour agir, de se précipiter pour répondre à une question avant la fin de son énoncé.</p> <p>Association d'une triade de symptômes dans le TDAH :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Troubles de l'attention ❖ Hyperkinésie (= agitation) ❖ Impulsivité 				
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES	<p>5 critères de fidélité inter-juges définis par le DSM V :</p> <p>↳ Pour parler de TDAH, il faut remplir les 5 critères, et qu'ils aient persistés pendant au moins 6 mois à un degré inadapté.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Critère A = Inattention ou hyperactivité/impulsivité pendant plus de 6 mois <ul style="list-style-type: none"> • A1 = Si l'enfant présente au moins 6 troubles sur 9, on dira que c'est un TDAH avec inattention prédominante • A2 = Si l'enfant présente au moins 6 troubles sur 9, on dira que c'est un TDAH avec hyperactivité/impulsivité prédominante • A1+A2 = forme mixte ❖ Critère B = Certains symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention provoquant une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 12 ans (<i>dans le DSM IV c'est 7 ans</i>). ❖ Critère C = Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans au moins 2 types d'environnements différents (par ex : école + maison). ❖ Critère D = Mise en évidence d'une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel. ❖ Critère E = Les symptômes ne surviennent pas uniquement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique. Ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble développemental → critère d'exclusion. 				
FORMES et HÉTÉROGÉNÉITÉ	<p>Trouble de l'attention sans hyperactivité H⁻ → critère A1 → inattention prédominante</p> <p>Trouble de l'attention avec hyperactivité H⁺ → critère A2 → hyperactivité/impulsivité prédominante</p> <p style="text-align: center;">→ Forme <u>situationnelle</u> et <u>envahissante</u></p>				
ÉPIDEMIOLOGIE	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">50 % de la psychiatrie de l'enfant</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">9 garçons pour 1 fille parmi les patients</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3 à 5 % des enfants scolarisés</td> <td style="text-align: center;">4 garçons pour 1 fille parmi la population générale</td> </tr> </table>	50 % de la psychiatrie de l'enfant	9 garçons pour 1 fille parmi les patients	3 à 5 % des enfants scolarisés	4 garçons pour 1 fille parmi la population générale
50 % de la psychiatrie de l'enfant	9 garçons pour 1 fille parmi les patients				
3 à 5 % des enfants scolarisés	4 garçons pour 1 fille parmi la population générale				
ÉVALUATION	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entretien avec les parents et les enfants (évaluation de la souffrance de l'enfant, des compétences sociales/scolaires) 2. Examen psychologique par un psychologue (mesure de l'intelligence, de la personnalité, ...) 3. Questionnaires et échelles pour l'entourage 4. Tests spécifiques qui vont évaluer : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Hyperkinésie → actigraphie ❖ Attention sélective → test de STROOP ❖ Attention continue → test de barrage de ZAZZO ❖ Impulsivité → appariement d'images avec le « memory » 				
COMORBIDITÉS	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Humeur dépressive avec faible estime de soi Troubles relationnels Retards mentaux légers (QI entre 50 et 70) Troubles des conduites (énurésies...) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Anxiété chez ¼ des TDAH & TDAH chez 1/3 des anxieux 60 % des patients présentant un syndrome de Gilles de la Tourette ont aussi un TDAH KAPLAN 1998 : TDAH-TAC-dyslexie </td> </tr> </table>	Humeur dépressive avec faible estime de soi Troubles relationnels Retards mentaux légers (QI entre 50 et 70) Troubles des conduites (énurésies...)	Anxiété chez ¼ des TDAH & TDAH chez 1/3 des anxieux 60 % des patients présentant un syndrome de Gilles de la Tourette ont aussi un TDAH KAPLAN 1998 : TDAH-TAC-dyslexie		
Humeur dépressive avec faible estime de soi Troubles relationnels Retards mentaux légers (QI entre 50 et 70) Troubles des conduites (énurésies...)	Anxiété chez ¼ des TDAH & TDAH chez 1/3 des anxieux 60 % des patients présentant un syndrome de Gilles de la Tourette ont aussi un TDAH KAPLAN 1998 : TDAH-TAC-dyslexie				
ÉTIOLOGIE MULTIFACTORIELLE	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Facteurs génétiques (70% d'hérédité) ❖ Facteurs physico-chimiques </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Facteurs psychosociaux : +41% de risque ❖ Facteurs neuropsychologiques </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Facteurs génétiques (70% d'hérédité) ❖ Facteurs physico-chimiques 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Facteurs psychosociaux : +41% de risque ❖ Facteurs neuropsychologiques 		
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Facteurs génétiques (70% d'hérédité) ❖ Facteurs physico-chimiques 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Facteurs psychosociaux : +41% de risque ❖ Facteurs neuropsychologiques 				

Conclusion

- 50% des enfants qui viennent en consultation ont un TDAH.
- Le TDAH est une illustration de la démarche « diagnostic » et des étiologies.
- C'est une indication de prise en charge psychomotrice très fréquente.
- Le TDAH est un syndrome neuro-développemental.

LE TROUBLE DEVELOPPEMENTAL DE LA COORDINATION (TDC)

<p>HISTORIQUE</p>	<p><u>1907</u> : DUPRE met en évidence le syndrome de Débilité Motrice (en intégrant la maladresse) <u>1925</u> : WALLON utilise les termes de dyspraxie développementale et d'apraxie développementale en disant que la maladresse n'est pas totalement imputable (surtout en cas d'insuffisance mentale, à l'insuffisance pyramidale) <u>1950</u> : AJURIAGUERRA, STAMBAK et SOUBIRAN parle de dyspraxie infantile ou développementale <u>1994</u> : TAC (Trouble d'Acquisition des Coordinations) <u>2015</u> : TDC dans le DSM V</p>		
<p>PRAXIE</p> <p>Désigne des fonctions de coordination et d'adaptation des mouvements volontaires orientés vers un but qui permettent d'interagir avec le monde extérieur et qui sont issues d'un apprentissage (exclusion réflexes, automatismes, mouvements unitaires).</p> <p>Coordination de compétences → mécanisme impliquant automatisation des aspects moteurs, temporels, spatiaux, mnésiques et sensoriels</p> <p>Différents types de praxies</p>	<p>APRAXIE</p> <p>Désordres dans l'exécution des gestes appris (disparition de la praxie) attribuables à une lésion cérébrale.</p> <p>C'est soit un trouble de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ L'exécution ❖ L'idéation <p>C'est un trouble acquis (car avant ça allait)</p>	<p>DYSPRAXIE</p> <p>Regroupement de pathologies multifformes et développementales.</p> <p>MAZEAU :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anomalie touchant les fonctions de planification et de pré-programmation ▪ Trouble de la réalisation du geste, secondaire à l'impossibilité (ou anomalie) de programmer automatiquement et d'intégrer a/n cérébral les divers constituants sensorimoteurs et spatio-temporels du geste volontaire (il n'y a ni insuffisance d'apprentissage, ni déficit mental) 	
<p>CRITÈRES</p>	<p>4 critères définis par le DSM IV :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Critère A = Les coordinations motrices sont largement en dessous du niveau compte tenu de l'âge et du niveau intellectuel et en dépit d'occasion d'apprentissage et d'utilisation de ses habilités (maladresse) ❖ Critère B = La perturbation interfère de façon significative avec la réussite scolaire ou la vie courante. ❖ Critère C = La perturbation n'est pas due à une affection médicale générale et ne répond pas aux critères d'un trouble envahissant du développement → critère d'exclusion. ❖ Critère D = s'il existe un retard mental, les difficultés motrices dépassent celles habituellement associées à celui-ci → critère d'exclusion. <p>↳ Il faut remplir les 4 critères.</p>		
<p>TROUBLES DIAGNOSTIQUES PENDANT L'ENFANCE OU L'ADOLESCENCE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Retard mental ❖ Troubles des apprentissages → trouble de lecture, troubles de calcul, troubles d'expression écrite, trouble des apprentissages non spécifique ❖ Troubles de la communication → bégaiement ❖ Troubles envahissant du développement ❖ Troubles de l'alimentation ❖ Tics ❖ Troubles du contrôle sphinctérien ❖ Autres troubles <p>Les TDC sont des troubles secondaires aux troubles de l'apprentissage.</p>		
<p>CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Maladresse et/ou incoordination ❖ Difficultés à écrire, tracer les lettres ou recopier ❖ Difficulté à terminer les tâches scolaires dans les temps → lenteur de l'exécution ❖ Nécessite un effort et une attention supplémentaires lorsque les tâches ont une composante motrice → lors d'un apprentissage qui ne nécessite pas la composante motrice l'enfant n'a pas de problème puisque pas de composante motrice (pas tous les apprentissages) ❖ Difficulté avec les activités de la vie quotidienne (se laver...) ❖ Difficulté avec les sports ou au terrain de jeu ❖ Difficultés pour apprendre de nouvelles habiletés motrices ❖ Peut sembler maladroit : soit, il gigote, il est affaissé ou soit il est raide → n'a pas un tonus adapté ❖ Difficulté et intérêt diminué dans les activités physiques 		
<p>TÂCHES PERTURBÉES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ L'habillage, le dessin, la locomotion, le ciseau, le couteau, l'écriture, les jeux de ballons → avant 6 ans ❖ Les jeux de construction (il faut une représentation de l'objet) et l'utilisation d'outils → après 6 ans 		
<p>COMORBIDITÉ</p>	<p><i>Selon les études de KAPLAN en 1998</i> : comorbidité importante entre TDC, TDAH et dyslexie : → 2/3 TDC associé, 1/3 TDC isolé</p>		

<p>HÉTÉROGÉNÉITÉ</p>	<p>A toujours été difficile à diagnostiquer du fait de son hétérogénéité en fonction de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Degré de gravité du problème (de la simple lenteur à l'incapacité totale de réaliser des apprentissages moteurs) ❖ Étendue difficultés de coordination (de l'incapacité à réaliser une quelconque action motrice à un déficit isolé) ❖ Début de l'apparition des troubles (dès les 1^{ers} gestes du bébé ou à l'entrée à l'école primaire) ❖ Association symptomatique (isolé ou associé à d'autres tableaux) <p>Forme situationnelle et envahissante, avec des symptômes présents dans au moins 2 environnements</p>
<p>FORMES (selon ALBARET)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • G1 : Déficit des mouvements alternatifs et du contrôle précision, pas d'atteinte des coordinations générales, ni de trouble du tonus • G2 : Troubles du tonus, déficit contrôle/précision, apraxies, QI verbal et QI performance quasi égaux et inférieurs au QI attendu • G3 : Déficit contrôle/précision, dysgraphie, apraxie visuoconstructive • G4 : Troubles du tonus, déficits mouvements alternatifs et du contrôle tonus, lenteur, pas d'atteinte des coordinations générales ni d'apraxie d'habillage
<p>PHÉNOMENES CENTRAUX</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Un contrôle postural médiocre → <u>hypotonie</u> ou une <u>hypertonie</u> (raideur, posture avachie : la posture prépare le mouvement). Une <u>immaturité</u> (crispation des doigts à l'écriture). <u>Equilibre statique</u> (unipodal). <u>Equilibre dynamique</u> (saut cloche-pied). ❖ Des difficultés au niveau des apprentissages moteurs : <ul style="list-style-type: none"> • <u>Apprentissage</u> d'une activité nouvelle (vélo) • <u>Planification</u> du mouvement (attraper une balle) • <u>Adaptation</u> aux changements (marche sur surface non familière) • <u>Automatisation</u> du mouvement (double tâche : courir et viser un but) ❖ Coordination sensori-motrice médiocre → <u>lenteur</u>, <u>imprécision</u>, <u>manque de fluidité</u> (locomotion, danse, écriture...)
<p>ÉPIDÉMIOLOGIE</p>	<p>6% des enfants de 5 à 11 ans Entre 2 et 7 garçons pour 1 fille Persiste à l'adolescence et à l'âge adulte</p>
<p>ÉTILOGIE MULTIFACTORIELLE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dysfonctionnement général au niveau des ganglions de la base du cervelet ❖ Héritaire ❖ Facteurs péri ou néonataux ❖ Absence de stimulations ❖ Limitation des occasions d'apprentissage ❖ Motivation de l'enfant = conation
<p>ÉVALUATION</p>	<p>Approche produit (mesurer et comparer) et approche processus (comment il s'y prend)</p> <p>Approche produit → mesurer le niveau de performance du sujet dans différentes tâches et comparer avec un sujet du même âge. ↳ Piste thérapeutique : prendre en charge sur des habiletés spécifiques après 5ans, 3x par semaine</p> <p>Approche processus → on cherche à savoir comment les actions sont réalisées. ↳ Selon la piste thérapeutique on stimule la participation de l'enfant qui doit être l'acteur principal de son traitement, avec des interactions constantes entre sujet / environnement / activité. Elle se déroule en 4 étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Le but poursuivi ❖ La stratégie, le plan ❖ L'exécution stricte ❖ La mise au point <p>Il faut les 2 approches : évaluer la performance et sa qualité !</p>
<p>RÔLE DU PSYCHOMOTRICIEN</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Effectuer une évaluation approfondie des capacités motrices (qualitative et quantitative) liées au développement de l'enfant qui passe par le bilan psychomoteur ❖ Déterminer comment différents aspects de la vie quotidienne de l'enfant sont affectés ❖ Enseigner à l'enfant différentes stratégies cognitives pour l'apprentissage de nouvelles tâches ❖ Aider en enseignant à cibler des objectifs réalistes ❖ Guider les parents dans le choix des activités de loisirs pour que l'enfant vive des succès ❖ Aider l'enfant, les parents et l'entourage pour maximiser ses forces

Conclusion

- C'est un trouble difficile à diagnostiquer, mais il existe une bonne prise en charge psychomotrice.
- Le TDC un syndrome neuro-développemental.

Ce sont des troubles neurologiques doux à étiologie multifactorielle. La sémiologie est explorée par le bilan psychomoteur.