



Médecine



Pharmacie



Maïeutique



Odontologie



Filières
Paramédicales

Kinésithérapie
Ergothérapie
Psychomotricité
Manip. Radio
Podologie

CORRECTION CONCOURS 2018-2019

UE15

Sujet :

Qu'est-ce que la sémiologie ?

Définissez les troubles psychomoteurs.

Vous choisirez avec pertinence un trouble psychomoteur et vous le décrirez en détaillant ses caractéristiques cliniques, ses critères diagnostiques, ses comorbidités et son étiologie.

Le psychomotricien est un **professionnel de la santé** et un **auxiliaire de la médecine** depuis **1994**. Il fait partie des **métiers de la rééducation**. Dans les pas de **Julian DE AJURIAGUERRA**, le **père de la psychomotricité**, il s'oppose à une vision clivée de la psyché et du soma. Son travail repose sur un **paradigme** composé de trois notions indissociables et en constante interaction : **les sensations, les représentations et la motricité**. Au travers de **cinq actes : prévention, dépistage, évaluation, rééducation, accompagnement**, il est le spécialiste de l'enfant mais peut aussi intervenir auprès d'adultes qui présentent des **difficultés d'adaptation au monde du fait d'une intégration perceptivo-motrice perturbée**. L'un de ses outils le plus fréquemment utilisé est le bilan psychomoteur. Bilan qui ajouté à la sémiologie va lui permettre de comprendre le ou les troubles psychomoteurs qui touchent son patient. Mais qu'est-ce que la sémiologie et comment nous est-elle utile pour définir un trouble psychomoteur? Pour répondre à cette question nous précisons dans une première partie la définition de la **sémiologie** et des **troubles psychomoteurs**. Puis dans un second temps nous décrivons le **trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)**, ou le **trouble développemental de la coordination (TDC)**, dans toutes ses dimensions : clinique, diagnostique, sans oublier les comorbidités et l' étiologie.

Nous allons nous attacher dans cette première partie à déterminer les contours de la définition de sémiologie et des troubles psychomoteurs.

Dans un premier temps il est nécessaire de rappeler que la sémiologie en médecine est un mot qui vient du grec et qui signifie **l'étude des signes d'une maladie**. Ces signes, autrement appelés **symptômes** forment un indice **subjectif** (donné par le patient) ou une manifestation **objective** (observée par le thérapeute), d'une **maladie** ou d'un **trouble** éventuel (ALBARET). Le symptôme s'évalue selon une **échelle** qui va du **pathologique** au **non pathologique**. La détermination d'un symptôme est **évolutive**, avec des **frontières nosologiques** variables en fonction des **critères historiques, culturels et sociaux**.

Un ensemble de symptômes pour lequel il n'y a pas de cause unique identifiée formera un **syndrome**. On peut aussi parler de **trouble**. Ce regroupement est le résultat d'une **convention** établie par un ensemble de cliniciens, de même que le **seuil** retenu pour déterminer le caractère pathologique du trouble.

Pour compléter ces notions, il est important de définir également ce qu'est la **maladie**. C'est une **altération de la santé** caractérisée par des **causes**, des **symptômes**, une **évolution** et des **thérapeutiques** adaptées.

Ces maladies, afin de permettre une bonne **fidélité inter-juges**, sont classées en fonction des symptômes suivant une **classification critériologique**. L'OMS gère la **Classification Internationale des Maladies (CIM 10)** qui définit l'**ensemble de maladies**. Le **DSM 5** (Diagnostic Statistical Manuel) classe quant à lui uniquement les **maladies mentales**.

Ces différentes définitions sont un préalable nécessaire pour nous permettre de déterminer de manière précise les **troubles psychomoteurs**. Ce sont des **troubles neuro-développementaux**, dit aussi **troubles neurologiques doux**, ils apparaissent au cours du développement de l'enfant et vont avoir des conséquences sur son fonctionnement neurologique. Ce sont donc des **avatars du développement de l'enfant**. Ils ont une **étiologie multifactorielle**. Ce sont des troubles **situationnels** et **discrets**, c'est à dire qu'ils n'apparaissent que dans certaines situations. Ils sont **rééducables** mais créent une **souffrance** et des désagréments **pour le patient et son milieu**.

DE AJURIAGUERRA en a donné une **première définition** très complète dans le *Manuel de la Psychiatrie* (1959). Selon lui les syndromes psychomoteurs ne répondent **pas à une lésion en foyer** donnant des syndromes neurologiques classiques, mais ils correspondent plus à un **dysfonctionnement de la dynamique du fonctionnement cérébral**. C'est d'ailleurs ce qui permet, via la **plasticité cérébrale**, d'obtenir une récupération ou une compensation importante grâce à la rééducation. Pour lui ces troubles sont **plus ou moins automatiques, motivés, subis et voulus**. Ils sont liés aux **affects** mais également attachés au **soma**. Ils sont **persistants** ou **labiles** dans leur forme mais **variables dans leur expression**. Enfin, ils restent **liés aux situations** et aux **afférences** chez un même sujet, ils peuvent avoir un **caractère expressionnel caricatural** et garder des **caractères primitifs**.

CORRAZE plus récemment est venu compléter cette définition. Selon lui ce sont des **troubles perceptivo-moteurs** qui **affectent les différentes fonctions d'exploration, d'action** et de **communication**. Ils se manifestent par des **signes neurologiques doux** et ils sont associés à un **complexe psycho-pathologique**.

Enfin une **définition consensuelle** a été établie par le **CEDIFP** (Collège des Équipes de Direction des Instituts de Formation en Psychomotricité) et ajoute à ses définitions l'impact de **l'interaction à l'autre** sur nos actions. Ces troubles entravent alors les **mécanismes d'adaptation** du patient dans sa **dimension perceptivo-motrice**, c'est à dire dans ses sensations, ses représentations et ses actions. Les troubles ont une **étiologie plurifactorielle** et **transactionnelle**. De plus, ils sont une source de **désagrément** et de **souffrance** pour le sujet et son entourage.

Pour finir, les troubles psychomoteurs sont souvent en lien avec des **signes neurologiques doux**. Ces signes étaient autrefois appelés **signes équivoques** ou **signes neurologiques mineurs**. Ils ne sont **pas en lien avec une atteinte cérébrale**, n'ont **pas localisation précise**. **Non pathognomoniques**, ils sont également **légers, discutables** et **intermittents** ce qui les rend **difficiles à observer**. Ils peuvent être **sensibles au milieu**, ne sont généralement **pas organisés comme un comportement**. Enfin ils ne représentent **pas un handicap majeur** dans la vie quotidienne.

Maintenant que nous avons défini les contours des troubles psychomoteurs, nous allons décrire plus précisément l'un d'eux : **le TDAH ou le TDC**.

Choix 1 : **TDAH** = trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble qui comporte une triade de symptômes (avec **troubles de l'attention, hyperkinésie (=agitation) et impulsivité**). On définit 3 symptômes principaux : l'enfant peut être **agité**, c'est-à-dire qu'il est en **mouvement permanent**, il ne répond pas aux interdits, il a un **niveau d'activité très élevé** et celle-ci n'est **pas adaptée** aux exigences du milieu ni à la réussite scolaire. Il a une **agitation** que l'on dit **stérile** et **inefficace**. Il peut être aussi **distract**, il faut lui **répéter les choses**, il oublie et se **distract très facilement**. Il ne **peut pas se concentrer sur une tâche** et finit par **abandonner avant même de l'avoir finie**. Enfin il peut être **impulsif**, il va se **précipiter pour agir**, il **répond aux questions avant la fin de son énoncé**.

Puis, il y a **5 critères** de fidélité inter-juges **indispensables** définis par le **DSM V**. Il faut remplir obligatoirement ces 5 critères et qu'ils aient **persistés pendant au moins 6 mois** à un **degré inadapté** pour parler de TDAH. Le critère A est un critère d'inattention ou d'impulsivité/agitation qui doit durer pendant plus de 6 mois. On retrouve 3 formes possibles : si le sujet présente au moins 6 symptômes sur 9 d'inattention on parlera de TDAH avec **inattention prédominante (critère A1)** ; s'il présente au moins 6 symptômes sur 9 d'impulsivité on parlera de TDAH avec **impulsivité prédominante (critère A2)** et s'il valide les **critères A1 et A2** on parlera de **forme mixte**. Selon le **critère B**, les symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention provoquant une **gêne fonctionnelle sont présents avant l'âge de 12 ans**. D'après le **critère C**, on retrouve un certain degré de **gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans au moins deux types d'environnements différents**. Le **critère D insiste sur la mise en évidence d'une altération cliniquement significative** du fonctionnement social, scolaire et professionnel. Enfin, les symptômes ne surviennent pas exclusivement 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 E)**. Le TDAH s'exprime sous une **forme situationnelle et envahissante**.

De plus, le TDAH est souvent accompagné d'un autre trouble, c'est la **comorbidité**. Il peut être accompagné d'une **humeur dépressive avec une faible estime de soi, troubles relationnels de retards mentaux légers** et de **troubles des conduites**. Il y a aussi de **l'anxiété** chez **25% des TDAH** et il y a des TDAH chez 1/3 des anxieux. Parmi les sujets ayant le TDAH **60% présentent un syndrome de Gilles de la Tourette**.

Enfin le TDAH présente une **étiologie multifactorielle** qui regroupe des **facteurs génétiques, physico-chimiques, psychosociaux et neuropsychologiques**.

Pour conclure, nous pouvons dire que les troubles psychomoteurs et les signes neurologiques doux sont des notions essentielles qui n'ont cessées d'évoluer au fil des décennies. Le TDAH fait partie des troubles psychomoteurs que l'on retrouve très fréquemment, notamment chez les enfants (**50% des consultations en psychiatrie**) et qui nécessite de **nombreuses prises en charge psychomotrice**. Il est une **bonne illustration de la démarche diagnostique et des étiologies**. Le TDAH est un **trouble neuro-développemental** qui sera notamment décelé lors du **bilan psychomoteur** par l'intermédiaire de différents tests standardisés.

Choix 2 : **TDC** = trouble développemental de la coordination

Le trouble développemental de la coordination (TDC) est un **trouble neurodéveloppemental** à étiologie multifactorielle. C'est un trouble **situationnel** et **discret**. Il peut causer comme pour le TDAH de la souffrance pour le sujet et son entourage.

Le premier auteur à avoir parlé de ce trouble c'est **Ernest DUPRE** avec la **débilité motrice en 1907**, en y intégrant la maladresse il parlait aussi d'un TDC. **Henri WALLON en 1925** avec sa deuxième thèse sur « **l'enfant turbulent** », où il dit que la **maladresse n'est pas entièrement imputable** surtout en cas d'insuffisance mentale. Plus tard en **1950, DE AJURIAGUERRA, STAMBAK et SOUBIRAN**, vont parler de **dyspraxie infantile ou développementale**, qui regroupe des désorganisations conjointes d'un désordre du schéma corporel et spatiale. **En 1990**, arrive enfin le terme de **TAC**, qui correspond à une clinique commune à toutes ces définitions. On parle aujourd'hui de **trouble développemental de la coordination (TDC)**.

Pour comprendre ce trouble, il faut comprendre ce que sont les praxies, les apraxies et les dyspraxies. **Les praxies** désignent les 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, ce qui exclut donc les réflexes, les automatismes et les mouvements unitaires. Ces mouvements impliquent une automatisation des aspects moteurs, spatiaux, temporels, mnésiques et sensoriels de la motricité. Cette gestion est réalisable grâce aux aires cérébrales. **Les apraxies** sont un désordre dans l'exécution des

gestes appris, attribuable à une lésion cérébrale. C'est un trouble acquis, ce n'est pas un trouble développemental comme la dyspraxie. Et enfin **les dyspraxies** sont un trouble de réalisation du geste, il n'y a ni insuffisance d'apprentissage, ni déficit mental. Il y a quelque chose qui se fait mal dans l'apprentissage et ça va durer dans le temps.

Le TDC a **plusieurs caractéristiques cliniques** telles que la maladresse/incoordination, difficultés d'écriture, difficultés à terminer les tâches scolaires dans les temps, nécessite un effort et une attention supplémentaire lorsque les tâches ont une composante motrice, difficulté avec les activités quotidiennes, pour apprendre de nouvelles habiletés motrices ou encore peut sembler maladroit.

Il y a **quatre critères** pour avoir le diagnostic du TDC. Le **critère A** évalue **les performances dans les activités quotidiennes** nécessitant une bonne coordination motrice. Le **critère B** évalue les **conséquences** sur la réussite scolaire, les activités pré- professionnelles et professionnelles, les loisirs et les jeux. Le **critère C** vérifie que la perturbation n'est pas due à une **affection médicale générale** et ne répond pas aux critères d'un trouble envahissant du développement. Et le **critère D** vérifie s'il **existe un retard mental**, les difficultés motrices dépassent celles habituellement associées à celui-ci. Les deux derniers critères sont des **critères d'exclusion**. Pour être diagnostic TDC, un patient doit **présenter les quatre critères**.

La comorbidité aux niveaux des troubles psychomoteurs crée une **certaine hétérogénéité**. Jean PIAGET a donc déterminé **différentes formes de TDC selon différents facteurs**. La forme G1 avec **déficit des mouvements alternatifs** et du contrôle précision du geste, mais qui n'ont pas d'atteinte des coordinations générales, ni trouble du tonus. La forme G2 **avec des troubles du tonus**, un déficit dans le contrôle de la précision, qui présente des apraxies. Ces sujets ont un Quotient Intellectuel Verbal et un Quotient Intellectuel de Performance qui sont quasiment égaux. La forme G3 avec **le déficit du contrôle et de la précision**, une dysgraphie et présente une apraxie visuo constructive. Enfin, la forme G4 regroupe un **trouble du tonus, un déficit des mouvements alternatifs, un déficit du contrôle et de la précision du geste, une lenteur, mais qui ne présente pas d'atteinte des coordinations générales, ni d'apraxie d'habillage**.

Enfin, le TDC a une étiologie multifactorielle, le trouble peut être dû à un dysfonctionnement général au niveau des ganglions de la base du cervelet, une absence de stimulation, une limitation des occasions d'apprentissage ou de la motivation ou non de l'enfant. Il peut être héréditaire, provenir de facteurs péri ou néonataux.

Pour conclure, nous pouvons dire que les troubles psychomoteurs et les signes neurologiques doux sont des notions essentielles qui n'ont cessées d'évoluer au fil des décennies. Le TDC est un trouble psychomoteur que l'on retrouve très fréquemment dans le métier de psychomotricien, notamment chez les enfants et les adolescents. Son étiologie est multifactorielle et la connaissance de ses différentes caractéristiques et formes cliniques est essentielle. Le psychomotricien aura alors un rôle à jouer dans le dépistage de ce trouble. Le TDC sera notamment décelé lors du bilan psychomoteur par l'intermédiaire de différents tests standardisés.