

Université Paul Sabatier

Faculté de Médecine Toulouse Rangueil

Institut de Formation en Psychomotricité

Schizophrénie et Psychomotricité

Le cas d'une U.M.D

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricienne

Je remercie Jean-Philippe Pourageau de m'avoir accueillie en stage durant cette année et de m'avoir fait découvrir un milieu que je ne connaissais pas ; celui de la psychiatrie adulte.

Merci aussi à toute l'équipe de l'U.M.D.

Je remercie également Jean-Michel Albaret d'avoir accepté de suivre ce mémoire.

Ce mémoire a été supervisé par Mr Jean-Michel Albaret

Sommaire

pages

<u>Introduction</u>	1
<u>Partie théorique :</u>	
La schizophrénie : définition et caractéristiques	2
Modes de début	2
La dissociation	3
Critères diagnostiques	3
Histoire du concept	5
Les différentes formes de la maladie	6
Étiologie de la schizophrénie :	7
Facteurs biologiques	7
Facteurs psychologiques	8
Facteurs sociaux	8
Les traitements médicamenteux	9
Le concept de vulnérabilité	11
Troubles psychomoteurs et schizophrénie	12
1- La notion de Signe Neurologique Doux	13
2- L'endophénotype	15
3- Structures cérébrales impliquées dans la maladie	17
4- Les troubles cognitifs dans la schizophrénie :	18
- Les troubles de l'attention :	18
Réaction à une alerte	18
Attention soutenue	19
Attention sélective	19
- Les troubles du langage	20
- Les troubles des fonctions exécutives :	21
Le déficit mnésique	22
Fonctions exécutives et symptômes négatifs	23
L'anosognosie	24
5- Troubles psychologiques, communication et interactions sociales	25
6- Troubles moteurs et schizophrénie :	27

- Tonus et ajustement postural	27
- Motricité et coordinations	29
- Schéma corporel et image du corps	31
- Les mouvements anormaux :	33
Les stéréotypies	33
La question des dyskinésies tardives	34
- Les mouvements oculaires	36
- Ralentissement psychomoteur	36
- Autres troubles psychomoteurs	37
Conclusion	38
<u>Partie pratique :</u>	
Présentation de la structure	39
Population	40
Modalités de fonctionnement	40
Le projet thérapeutique	41
Bilans psychomoteurs :	43
Antoine	43
Yannick	46
Conclusion des bilans et axes de prise en charge	50
La relaxation	52
Le Training Autogène de Schultz	53
La méthode Jacobson	53
Prise en charge d'Antoine en relaxation	54
La méthode progressive adaptée au patient	56
Effets de la prise en charge	57
Le trampoline	59
Prise en charge de Yannick	59
L'apprentissage du trampoline	61
Les différents exercices proposés	62
Effets de la prise en charge	63
<u>Discussion et conclusion générale</u>	64
<u>Bibliographie</u>	67

Introduction

Dans le cadre de cette troisième année d'étude en psychomotricité, j'ai eu l'occasion de réaliser mon stage en psychiatrie adulte, et plus précisément dans une Unité pour Malades Difficiles (U.M.D). En effet, les U.M.D sont des structures de soins spécialisées qui accueillent une population spécifique dont la problématique générale inclut, outre la maladie mentale, une notion de dangerosité psychiatrique. La majorité des patients rencontrés présentant des troubles psychotiques, j'ai décidé d'orienter mon travail vers cette maladie complexe qu'est la schizophrénie.

Ainsi, ce mémoire porte dans un premier temps sur l'étude des troubles psychomoteurs (cognitifs, moteurs) les plus fréquemment retrouvés chez les malades, et sur la façon dont on peut intégrer ces troubles au sein même du tableau clinique propre à la schizophrénie. Dès lors, le but est de tenter de déterminer, notamment à travers les notions de signe neurologique doux et de marqueur endophénotypique de la maladie, en quoi ces manifestations psychomotrices caractéristiques sont-elles à rapprocher de la symptomatologie psychiatrique ? Et par conséquent dans un deuxième temps, quelle place occupe le psychomotricien auprès d'adultes schizophrènes et comment s'inscrit-il dans le protocole de soins des patients de l'U.M.D ? De même, dans une perspective plus large de rééducation mais surtout de réadaptation sociale, comment définit-on son rôle dans la prise en charge thérapeutique globale et pluridisciplinaire des malades psychiatriques ?

Après avoir présenté la schizophrénie et ses différents symptômes, nous aborderons de manière théorique les troubles psychomoteurs rencontrés dans la maladie. Puis, étayé par les conclusions du bilan et les observations cliniques, je décrirai, d'un point de vue pratique, le travail de suivi en psychomotricité avec deux patients schizophrènes du service. Ainsi, à travers les exemples de la relaxation et du trampoline, l'objectif est de mettre en valeur les relations qui existent entre troubles psychomoteurs et pathologie psychiatrique, en tenant compte ici bien sûr du contexte, de la symptomatologie (positive et négative) de la schizophrénie ainsi que de la problématique spécifique et individuelle des patients relevant d'une U.M.D.

Partie théorique

La schizophrénie : définition et caractéristiques

La schizophrénie est une maladie chronique qui touche 1% de la population et appartenant au domaine des psychoses. Sans parler des autres troubles psychotiques, il semble important d'évoquer que l'on rapporte à la psychose tout trouble psychiatrique grave durant lequel de nombreux aspects du fonctionnement psychique de la personne sont perturbés (pensée, sensations, perceptions, contrôle des impulsions, fonctionnement social,...) et dont le comportement et la pensée de celle-ci paraissent étranges, voire incompréhensibles et imprévisibles par l'entourage. Le sujet psychotique n'est peu ou pas conscient de sa maladie (Llorca et al., 2005).

Ainsi, la schizophrénie (du grec *schizein* ; fendre et *phren* ; pensée) est un trouble de longue durée, marquée par ce que l'on appelle des accès psychotiques (avec symptômes caractéristiques) et dont l'évolution fluctue au cours du temps. On peut dire que sa caractéristique générale principale est « l'altération du contact avec la réalité ». La maladie débute entre 15 et 35 ans (il y aurait une forme précoce avant 14 ans pour 14% des sujets), sous une forme dite aigüe ou sous une forme insidieuse. Le risque suicidaire de la schizophrénie est élevé ; 10% des patients décèdent de suicide.

Modes de début

Le mode de début de type aigu (environ 60% des cas) se manifeste de façon brutale (en un ou deux jours) souvent sous la forme de Bouffée Délirante Aigüe (BDA), (Besançon, 1993). Il apparaît alors des symptômes dissociatifs avec éléments délirants poly-thématiques, le sujet adhère à ses délires. Sa durée peut varier d'un jour à un mois mais toutes les BDA n'évoluent pas en schizophrénie. D'autres formes de début aigües existent : accès confuso-onirique (discordance et incohérence prédominant), troubles des conduites (automutilation atypique, fugue, voyage pathologique), état thymique atypique (type maniaque, dépressif ou mixte, éléments dissociatifs).

Quant au mode de début insidieux, il est plus difficile à repérer mais également de plus mauvais pronostic. Il peut se caractériser par un affaiblissement physique et psychique (apragmatisme, clinophilie, incurie, désintérêt, activités étranges) mais aussi une modification de la personnalité et de l'affectivité (froideur, ambivalence, attrait pour le mysticisme,...), des troubles alimentaires et conduites toxicomaniaques, ou encore une symptomatologie dite pseudo-névrotique

(obsessions étranges, forme de phobie ; dysmorphophobie notamment).

Une note sur la dissociation

Le phénomène de dissociation (Bleuler, 1911) et de désorganisation (appelé syndrome dissociatif) caractéristique de la pathologie s'exerce à trois niveaux : celui de la pensée, celui de la motricité et celui des affects. La rupture des associations logiques, un certain hermétisme ainsi qu'une altération des mots (avec néologismes par exemple) et une discontinuité dans le discours (barrages : interruption brutale d'une phrase puis repart, fading mental : moins intense que le barrage, ralentissement de la pensée) sont des éléments concordants avec une dissociation de la pensée. Aussi présent, le rationalisme morbide est une forme de pensée faite de raisonnements logiques poussés jusqu'à l'absurde.

La dissociation motrice se caractérise entre autres par des bizarreries comportementales (stéréotypies, maniérisme,...) et des manifestations d'un syndrome catatonique (alternance stupeur/agitation, négativisme, écholalie et échopraxie, syndrome extra-pyramidal, catalepsie).

Quant à la dissociation affective, elle se traduit par des réactions émotionnelles inappropriées à la situation (exemple : les rires immotivés), une discordance plus ou moins marquée entre les sentiments énoncés et la manière de les exprimer. Les patients peuvent également faire apparaître deux émotions opposées mais de manière simultanée ; on parle alors d'ambivalence des affects. Une indifférence affective est également retrouvée chez la majorité des malades, associée à ce que l'on appelle la « froideur schizophrénique » (Fouchey, 2008).

Les critères diagnostiques

Le DSM-IV indique :

- Au moins deux symptômes parmi les symptômes suivants : **Symptômes positifs (4)**: **idées délirantes**, **hallucinations**, **discours désorganisé** (=distorsion du langage et de la communication), **comportement désorganisé et troubles moteurs de type catatonique**, **symptômes négatifs (1)**, qui lui-même regroupe 3 symptômes : l'émoussement affectif (visage immobile et aréactif ainsi que diminution de la gestuelle et du contact oculaire), l'alogie (=logique perturbée et pauvreté du langage) et l'avolition (=incapacité à initier et maintenir une conduite volontariste, une activité constructive).

- Un dysfonctionnement social
- Des symptômes qui perdurent au-delà de 6 mois

La schizophrénie se caractérise par la présence de plusieurs types de symptômes. Ainsi, on différencie les symptômes positifs des négatifs, sachant que sur **les cinq critères énoncés**, au moins deux d'entre eux permettent d'évoquer la schizophrénie (au niveau du diagnostic) s'ils s'associent à un dysfonctionnement social et cela sur plus de six mois. Il faut aussi exclure pour le diagnostic : un trouble schizo-affectif (qui fait néanmoins partie du spectre de la schizophrénie) et trouble de l'humeur, une affection médicale générale ou due à une substance, une relation avec un Trouble Envahissant du Développement (dans ce dernier cas, le diagnostic de schizophrénie ne peut s'ajouter à celui de TED que si des délires ou des hallucinations prononcées durent au moins un mois).

De plus, le DSM-IV répertorie plusieurs autres symptômes généralement présents dans la nosographie de la maladie : rires et sourires immotivés, anhédonie (=perte du plaisir), humeur dysphorique, troubles du sommeil et/ou de l'alimentation, troubles de l'attention, de l'orientation, de la mémoire, troubles moteurs autres que la catatonie évoquée précédemment, confusions, dépersonnalisations et déréalisations, défaut d'insight (=conscience que la personne a de son trouble ou de sa maladie), (In M. Saoud, T. d'Amato, 2006).

NB : les troubles moteurs comprennent notamment les balancements, grimaces, troubles de la posture, les comportements stéréotypés ou ritualisés, un maniérisme bizarre.

En ce qui concerne les idées délirantes, elles varient selon leur thème (persécution, mégalomanie, érotomanie, religion, mysticité, faute, filiation,...) et leur mécanisme (hallucinatoire, interprétatif, imaginatif, intuitif).

Les hallucinations, quant à elles, sont dans la grande majorité des cas de nature auditive (verbale ou non) mais peuvent être également visuelles, olfactives, tactiles, gustatives, somesthésiques.

Histoire du concept de schizophrénie

La schizophrénie n'est pas nouvelle dans le domaine des maladies psychiatriques mais sa conceptualisation, notamment au niveau de ses comportements désordonnés et caractéristiques, est mieux appréhendée. La schizophrénie en tant que « maladie discrète », telle serait l'idée moderne qui conditionne son approche (Tsoi et al., 2008).

C'est en 1860 que Morel introduit les premières notions sur le sujet dans son Traité des Maladies Mentales et emploie le terme de « Démence précoce » (*dementia praecox*), qu'il définit comme un état de détérioration précoce et anormal d'un comportement et de la fonction mentale. Il parle alors d'une dégénérescence mentale avec des épisodes aigus de « folie » débutant chez le sujet jeune.

Emil Kraepelin (1809-1926) place ensuite la démence précoce aux côtés de la « catatonie » (terme introduit par Kahlbaum en 1874) et des démences paranoïdes. Puis il va distinguer la démence précoce de la psychose maniaco-dépressive, étape qui se veut alors très influente dans l'évolution des méthodes de classifications diagnostiques. Hecker (1843-1909) lui, décrira le comportement bizarre observé dans l'hébéphrénie (*cf* partie suivante).

En 1911, Eugen Bleuler (1857-1939) est le premier à parler de « schizophrénie » pour la démence précoce. Cette nouvelle terminologie n'est alors plus essentiellement descriptive mais elle inclut les phénomènes de causalité. Pour Bleuler, la maladie résulte de la scission des fonctions psychiques (surtout affective et cognitive). Cette coupure entre pensée, émotion et comportement soulignée par Bleuler donne alors une conception différente de celle de Kraepelin : l'aspect déficitaire dans l'évolution de la maladie n'est pas systématique pour évoquer la schizophrénie, alors qu'il l'est dans la démence précoce. Les quatre A de Bleuler (Association, Affect, Autisme, Ambivalence) constituaient ainsi les symptômes primaires de la schizophrénie, auxquels il associait des symptômes secondaires (hallucinations, idées délirantes) décrits également par Kraepelin (In H.I. Kaplan, B.J. Sadock, 1999).

On sait alors que ces recherches et découvertes (entre autres) ont fondé les bases des connaissances actuelles que nous avons de la schizophrénie et ont largement contribué à l'émergence de modèles cliniques et de classifications symptomatologiques, propres à la pathologie.

Les différentes formes de la maladie

La schizophrénie se décline en plusieurs types ou formes cliniques, sachant que des passages d'une forme à une autre sont possibles. Ainsi, on distingue trois sous-types évoqués déjà en 1904 par Kraepelin :

- paranoïde
- hébéphrénique
- catatonique

Le DSM-IV comprend en plus, les sous-types suivants :

- désorganisé
- indifférencié
- un sous-type dit résiduel
- + les schizophrénies dysthymiques entrant dans la catégorie « trouble schizoaffectif »

La CIM-10, elle, propose la classification suivante pour les formes de schizophrénie :

- (F20.0) paranoïde (prépondérance des symptômes délirants assez stables (de persécution souvent) avec hallucinations (auditives notamment), perturbations des perceptions).
- (F20.1) hébéphrénique (perturbation des affects au premier plan, discours et pensée désorganisés, comportement imprévisible et humeur inappropriée, symptômes négatifs précoces).
- (F20.2) catatonique (perturbations psychomotrices surtout, avec passage de stupeur à hyperkinésie, épisodes d'agitation intenses, « flexibilité cireuse » (=maintien des membres et du corps dans des positions imposées de l'extérieur), stéréotypies, hallucinations).
- (F20.3) indifférenciée (critères généraux de la schizophrénie mais sans correspondance avec les trois formes précédentes, ou répondant aux critères de plusieurs formes sans prédominance pour l'une d'entre elles).
- (F20.4) dépression post-schizophrénique (épisode dépressif au décours d'une schizophrénie ; les symptômes positifs et négatifs ne sont plus prépondérants mais encore présents).
- (F20.5) résiduelle (stade chronique de l'évolution d'une schizophrénie, symptômes négatifs durables).
- (F20.6) simple (bizarreries de comportement, diminution des performances et impossibilité de répondre aux exigences sociales, manifestations négatives de la schizophrénie résiduelle non consécutives à un épisode psychotique).
- autres formes de schizophrénie (accès schizophréniforme, psychose schizophréniforme,

trouble schizophréniforme, schizophrénie cénestopathique).

- schizophrénie, sans précision.

Étiologie de la schizophrénie

La schizophrénie est aujourd'hui appréhendée selon un modèle tridimensionnel « biopsychosocial ». En effet, elle est sous l'influence de plusieurs facteurs causaux et son évolution dans le temps dépend également de facteurs dits prédisposants, de précipitation et de perpétuation (Tsoi, Hunter, Woodruff, 2008).

Les facteurs biologiques :

Au niveau génétique, les études familiales montrent qu'un parent de premier degré d'un sujet schizophrène a 2 à 9% de risques de développer la maladie. Les pourcentages sont de 41 à 79% de risques pour les jumeaux monozygotes et de 0 à 17% pour les dizygotes.

Au niveau neurochimique, les hypothèses sont en faveur de la mise en jeu de la dopamine. Ainsi, les antipsychotiques agissent en libérant des antagonistes de la dopamine qui se fixent sur les récepteurs dopaminergiques. Notons que les symptômes positifs de la schizophrénie sont considérés comme successifs à un hyperfonctionnement de la dopamine alors que les symptômes négatifs eux, découlent d'une insuffisance du neurotransmetteur. Par conséquent, les antipsychotiques ont peu d'effets sur les symptômes négatifs (*cf* paragraphe sur les traitements ci-après).

Au niveau neuroanatomique, des modifications du cortex seraient également impliquées dans l'expression des troubles chez les patients (*cf* paragraphe sur les structures cérébrales mises en jeu dans la maladie, page 17).

De même, la prise de toxiques (cannabis, amphétamines) a un impact sur les manifestations de la schizophrénie, surtout chez les sujets « génétiquement » vulnérables. On relève aussi la participation de certaines infections, facteurs obstétricaux, immunologiques et nutritionnels ainsi que certains agents chimiques et physiques (plomb, radiations, traumatismes) dans le déterminisme de la maladie (Saoud, d'Amato, 2006).

Les facteurs psychologiques :

Ils se décomposent en éléments relevant du domaine cognitif et en facteurs dits « de personnalité ». On retrouve alors sur le plan cognitif un déficit de l'attention sélective, des fonctions exécutives et de la mémoire déclarative notamment. Ces troubles cognitifs semblent stables et les études s'accordent à dire que les personnes schizophrènes présentent des difficultés dans l'attribution d'états mentaux (théorie de l'esprit) et dans la capacité à distinguer les émotions et intentions des autres. Notons que les délires pourraient provenir des tentatives de la part du sujet de faire des liens entre les différentes informations disparates intégrées (avec incohérence et distorsion).

Quant aux facteurs « de personnalité », ils correspondraient dès le plus jeune âge à des difficultés dans les relations sociales, des problèmes dans le comportement, les habiletés motrices mais aussi le rendement scolaire chez l'enfant puis chez l'adolescent. Notons que des hypothèses seraient de considérer ces troubles non pas comme des facteurs prédisposants mais comme l'expression précoce de la maladie. De même, des perturbations du contexte familial, avec une mesure des « Émotions Exprimées » (E.E) parentales élevée (excès de critique, d'hostilité, d'implication des proches envers le sujet et sa maladie), pourraient être des éléments prédisposants chez l'adulte. Soulignons aussi le rôle des capacités de résistance au stress dans le déclenchement de la schizophrénie (Simonet, Brazo, 2005).

Les facteurs sociaux :

On y inclut l'impact des événements de vie, du stress (y compris stress maternel) mais aussi de l'isolement social, du niveau socio-économique et de l'urbanité (en lien en partie aussi avec le stress).

Ainsi, ces multiples facteurs peuvent être ensuite qualifiés de :

- facteurs de prédisposition : génétique, complications obstétricales, personnalité « schizotypique », vie en milieu urbain (migration)
- facteurs de précipitation : prise de toxiques, E.E familiale élevée, stress et événements de vie
- facteurs de perpétuation : refus du traitement, troubles cognitifs (imaginaire pauvre), isolement.

(Tsoi et al., 2008).

Morel (1857) : « Parfois la pathologie apparaît à la naissance. Plus souvent, elle dort chez l'individu comme un mal caché qui se révèle au cours d'une vie, spontanément ou sous l'influence d'une nouvelle intoxication... L'aliénation mentale est toujours le résultat d'une prédisposition organique antérieure. »

Traitements médicamenteux dans la maladie

Sans le considérer isolément, le traitement médicamenteux reste indispensable dans la prise en charge globale de la schizophrénie, pour assurer notamment la stabilité (sur le plan psychiatrique, c'est à dire en diminuant les délires, hallucinations,...) et donc espérer apporter un « mieux-être » au patient. Sachant que la base de la prise en charge thérapeutique est l'acceptation (même en partie) de la maladie et des symptômes qui en découlent par la personne, le traitement médicamenteux permet également dans un second temps de mieux aborder les prises en charge non médicamenteuses (en psychologie, psychomotricité, ergothérapie par exemple). Car il est évident qu'un patient moins délirant sera plus « présent » et plus impliqué dans les différentes thérapies proposées ; minimiser la perte du contact avec la réalité est un élément essentiel pour toute prise en charge, et pour pouvoir travailler un des points phares de la maladie, à savoir la communication et les habiletés sociales.

Ainsi, depuis l'arrivée des neuroleptiques en 1952 avec notamment la chlorpromazine, la diversification des molécules et l'évolution dans la compréhension de la schizophrénie et de ses symptômes a permis une adaptation de plus en plus juste de la prise en charge. Plus récemment, l'utilisation des antipsychotiques de deuxième génération ciblent et précisent leur action sur les systèmes biologiques synaptiques et sur les neurotransmetteurs impliqués dans la maladie.

Le terme de neuroleptique a été introduit par Delay et Deniker (1955) et doit, pour être qualifié ainsi, répondre aux cinq critères suivants :

- diminution de l'agitation et de l'agressivité,
- « diminution » des états de psychoses aiguë et chronique,
- création d'un état d'indifférence motrice,
- action sous-corticale prédominante,
- présence d'effets secondaires neurologiques et neurovégétatifs.

Les effets secondaires font donc partie des caractéristiques des neuroleptiques classiques, dits aussi « typiques » ou de première génération.

Les antipsychotiques atypiques (ou de deuxième génération) présentent eux, peu ou pas d'effets secondaires. On trouve notamment la clozapine et l'amisulpride puis dans l'ordre d'apparition, la rispéridone, l'olanzapine, l'aripiprazole (2002). Ainsi, les neuroleptiques atypiques sont aujourd'hui davantage utilisés et recommandés en première intention. Leur mode d'action se différencie de celui des neuroleptiques classiques principalement par leur « double antagonisme » dopaminergique (comme les antipsychotiques classiques) et sérotoninergique. Il en résulte alors une action sur les symptômes positifs par blocage des récepteurs à la dopamine (impliquée dans les délires, hallucinations,...) mais aussi et surtout une limitation (ou un évitement) des effets secondaires (par la mise en jeu des voies sérotoninergiques) (Saoud, d'Amato, 2006).

Il semble intéressant de citer simplement les effets indésirables rencontrés les plus fréquemment avec la prise de neuroleptiques, afin de situer les troubles du patient aussi en fonction de ces effets et de les prendre en compte, lors d'une prise en charge en psychomotricité par exemple. Ils sont les suivants : somnolence (surtout en début de traitement), syndrome d'indifférence psychomotrice, réactivations des accès d'angoisse, symptomatologie dépressive, accès confusonoïriques (rares) mais aussi prise de poids, hyperprolactinémie, syndrome métabolique, anomalies lipidiques et problèmes cardiaques.

Les effets de type neurologique eux, sont surtout des troubles du tonus et des difficultés de mouvements (avec dyskinésies tardives, contractions musculaires involontaires), l'apparition d'un syndrome parkinsonien (tremblements, rigidité posturale et akinésie) et une instabilité posturale (Llorca, 2006).

Ainsi, on peut résumer ce qu'on vient de voir en disant que les antipsychotiques atypiques possèdent la même efficacité que les neuroleptiques classiques sur les symptômes positifs mais semblent avoir moins d'action sédatrice. Ils engendrent surtout moins de signes extra-pyramidaux et présenteraient certains effets bénéfiques sur la symptomatologie négative de la maladie.

Le concept de vulnérabilité

Zubin et Spring (1977) : « La vulnérabilité d'un individu par rapport à une affection particulière est la mesure de la facilité et de la fréquence avec laquelle il développe cette affection lors de la présence d'agents perturbateurs ». Le concept de vulnérabilité se rapporte à un continuum entre le normal et le pathologique.

La notion de vulnérabilité est une notion importante dans la schizophrénie. En effet, elle prend en compte les troubles cognitifs rencontrés chez les patients mais inclut également les facteurs de stress en jeu dans le déclenchement de la maladie. Ce concept général de vulnérabilité permet en partie d'expliquer l'hétérogénéité de causes et d'expressions des symptômes en fonction des individus. Il appuie notamment le modèle cognitivo-comportemental de la schizophrénie (Simonet, Brazo, 2005), essentiel pour comprendre les troubles et adapter du mieux possible les différentes prises en charge à chaque patient.

Zubin et Spring (1977) sont les premiers à évoquer le terme de « vulnérabilité multifactorielle » à la schizophrénie :

- vulnérabilité innée (génétique),
- vulnérabilité acquise (influence de l'environnement qui comprend le contexte familial, social mais aussi les complications d'ordre médical),

à laquelle s'ajoute des événements « provocateurs », endogènes (liés par exemple à la prise de toxiques) ou exogènes (événements de vie, stress). Ces derniers, difficiles à différencier car souvent liés, ont été regroupés sous le terme de facteurs de « stress », donnant ainsi le modèle stress-vulnérabilité (Simonet, Brazo, 2005). Ces facteurs peuvent être : un arrêt du traitement, un contexte familial perturbé, le soucis de performance dans le travail ou les études, l'isolement et la modification des relations sociales, la prise de toxiques ou médicaments.

Ainsi, selon Nuechterlein et Dawson (1984a ; 1984b), quatre composantes interagissent et forment un tel modèle :

- les marqueurs de vulnérabilité,
- l'effet stressant de l'environnement,
- l'existence d'états intermédiaires antérieurs à l'épisode psychotique (caractérisés par certains signes comme des difficultés de concentration, une tension et une irritabilité),
- les comportements en réponse : symptômes schizophréniques.

Les états intermédiaires se caractérisent par le résultat d'une surcharge des processus de traitement de l'information ainsi que par l'augmentation de l'activité du système nerveux autonome et le traitement incohérent des stimuli sociaux. A ce moment là, le type de stratégie qu'emploie le sujet pour s'adapter va conditionner l'évolution de ces troubles. L'épisode schizophrénique se déclare lorsque le déficit de traitement de l'information désorganise, fragmente la pensée et la perception du sujet. La relation à l'environnement est alors perturbée et la personne perd le sens de la réalité si ce déficit cognitif est trop important ; délires, hallucinations et troubles de la pensée apparaissent alors. Quant aux marqueurs de vulnérabilité de type neurocognitif, leur étude porte notamment sur les domaines de l'attention et des fonctions exécutives, domaines dans lesquels on observe des déficits chez les personnes schizophrènes mais aussi chez leur famille. Nous allons donc voir quelles sont les perturbations cognitives mais également motrices qui se manifestent dans la maladie, à travers l'étude des troubles psychomoteurs.

Troubles psychomoteurs et schizophrénie

Par définition, les troubles psychomoteurs sont des troubles perceptivo-moteurs qui se manifestent comme des signes neurologiques doux et qui sont associés à des troubles affectifs, ces derniers pouvant être de nature psychiatrique ; on parle alors de trépied symptomatologique. Cette définition de Corraze (2010) fait ainsi d'emblée le lien entre troubles psychomoteurs et schizophrénie, du fait que la notion même de trouble psychomoteur puise entre autres son origine dans le domaine de la psychiatrie (associée à la neuropsychologie). En effet, avant d'aborder plus précisément le concept de signe neurologique doux pour expliquer en partie celui de trouble psychomoteur, soulignons les apports de la psychiatrie dans l'histoire de la psychomotricité. A la fin du dix-neuvième siècle, les études portent notamment sur l'hystérie, et dans les années 30 à 50, des auteurs comme Jaspers et Baruk font évoluer la psychiatrie avec les recherches sur les troubles du mouvement et la catatonie notamment, qui sera alors considérée, de part sa double dimension biologique et psychologique, comme un trouble psychomoteur. « La volonté intervient dans le trouble catatonique, qui est un trouble non purement moteur, mais psychomoteur » (Baruk, 1947). Ajuriaguerra (1962), lui, offrit un peu plus tard la dimension écologique essentielle à la définition du trouble psychomoteur. Ainsi, après avoir défini la notion de signes doux et d'endophénotype, nous verrons quels sont les troubles psychomoteurs les plus fréquemment rencontrés dans la schizophrénie.

1- La notion de Signe Neurologique Doux

On connaît depuis longtemps la relation qui existe entre trouble psychiatrique et trouble neurologique. Si dans certaines pathologies, la composante neurologique est prégnante et permet peut-être plus facilement d'établir un lien de causalité entre cette atteinte neurologique et les symptômes psychiatriques, la schizophrénie reste un cas complexe. Néanmoins, l'explication plurifactorielle est aujourd'hui prédominante comme dans beaucoup d'autres maladies mentales, ce qui donne d'autant plus d'importance aux signes doux et à leur mode d'expression (que nous allons détailler ici). En effet, les études « endophénotypiques » offrent d'elles-mêmes une place essentielle à ces signes doux, qui vont alors pouvoir s'inclure à part entière dans les modèles « explicatifs » de la schizophrénie.

Ainsi, les signes neurologiques se divisent en deux catégories : les signes dits majeurs (ou durs), qui touchent une région localisée dans le réseau neuronal, comme les signes pyramidaux et extra-pyramidaux, et les Signes Neurologiques Mineurs (S.N.M) appelés aussi et surtout Signes Neurologiques Doux (S.N.D).

Les éléments neurologiques propres à la schizophrénie (signes durs) sont démontrés depuis longtemps, déjà avec Kraepelin en 1899 puis Bleuler en 1911. Il existe notamment une échelle de schizophrénie du M.M.P.I qui contient 8 items neurologiques (questionnaire se composant de 567 affirmations dans la nouvelle version, auxquelles le sujet doit répondre par « vrai » ou « faux » ; il donne un profil psychologique). On sait actuellement que les personnes schizophrènes, en comparaison avec les autres patients psychiatriques, présentent plus de signes neurologiques.

Néanmoins, dans le cadre de ce mémoire, ce sont les signes neurologiques doux qui vont particulièrement nous intéresser du fait de leur rapport étroit avec les troubles psychomoteurs. Ces signes possèdent plusieurs caractéristiques :

- on ne peut pas les localiser spécifiquement ; ils n'entrent donc pas dans la composition d'un syndrome neurologique défini, ils ne sont pas liés à une atteinte cérébrale focale, mais sont en lien avec un dysfonctionnement « général » neurologique supérieur,
- ils sont légers, intermittents et situationnels (et peuvent être influencés par les émotions),
- ce ne sont pas des comportements.

Notons que le DSM-IV évoque le signe doux comme un « trouble des capacités motrices non dû à des conditions médicales générales ».

Les études estiment à plus ou moins 5% la prévalence de ces signes doux dans la population générale, sachant que selon les auteurs (Bombin, Arango et al., 2005 ; Krebs et Mouchet, 2007), des anomalies neurodéveloppementales précoces entreraient dans l'étiologie de ces S.N.D, que l'on observe entre autres dans des pathologies comme la schizophrénie ou encore l'autisme, et ceci dès l'enfance.

Ainsi, plusieurs classifications des signes doux ont été proposées, avec la mise au point d'échelles standardisées de mesure, de quantification de ces troubles en fonction des pathologies mais aussi des situations. En 1989, Buchanan et Heinrichs créent la N.E.S (Neurological Examination Scale) à partir d'une étude sur un groupe de 100 patients schizophrènes. En 2000, Krebs et coll. proposent une autre échelle qui inclut 23 items de mesure des S.N.D dans les troubles psychiatriques.

Trois composantes sont évaluées dans les différentes échelles, à savoir : **l'intégration sensorielle**, **l'intégration motrice** et la **coordination motrice**, auxquelles s'ajoutent les mesures des **mouvements involontaires** et la **qualité de la latéralisation** dans l'échelle de Krebs. D'autres études récentes (Chan, 2008) suggèrent une classification des signes doux en : **coordinations motrices** (des membres supérieurs et inférieurs), **intégration sensorielle**, **actions complexes motrices** et **inhibition**.

On peut néanmoins retenir au moins sept types de signes doux, un peu différents des catégories d'évaluation mais qui s'y rapportent (Corraze, 1999) : traitement des informations spatiales, tonus, force musculaire, qualité des réflexes, équilibre, mouvements coordonnés des membres supérieurs et inférieurs, praxies.

Dans son rapport de recherche en Sciences Cognitives, Gay (2009-2010) souligne le rôle des S.N.D en tant que marqueurs spécifiques de la schizophrénie. Nous retiendrons plusieurs points essentiels pour justifier la mise en jeu et l'impact des signes neurologiques doux dans la maladie, basés sur les recherches de différents auteurs :

- les signes mineurs sont davantage retrouvés dans la schizophrénie que les signes majeurs (chez 50 à 65% des patients),
- leur présence est plus importante dans la schizophrénie que dans d'autres troubles psychiatriques,
- ils ne sont pas corrélés au sexe ni à l'âge (sauf à un âge avancé),
- ils ne sont pas en lien avec les symptômes positifs (délires, hallucinations) mais le sont avec la désorganisation en général et certains symptômes négatifs,
- ils sont en lien avec certains déficits au niveau de l'attention et des fonctions exécutives (mémoire de travail et résolution de problèmes notamment),

- ils ne sont pas un effet secondaire des traitements (mais peuvent être éventuellement influencés par ces derniers),
- ils sont retrouvés dès l'enfance et considérés comme stables dans le temps,
- ils présenteraient une certaine vulnérabilité génétique ; ils peuvent être retrouvés chez les membres non psychotiques d'une famille avec un schizophrène (Lenzenweger, 2006).

Précisons que dans la population générale, l'existence de signes doux peut être un indice précurseur de l'apparition de troubles mentaux mais cette relation n'est pas à généraliser pour autant. En revanche, comme nous venons de le voir, ces signes sont retrouvés dès l'enfance chez les personnes malades.

Une étude de Rogers en 1992 avait déjà permis entre autres d'observer certains signes comme des problèmes de coordination, d'équilibre ou encore des anomalies posturales et toniques chez des personnes schizophrènes. Des associations avaient alors été établies entre la présence de S.N.D et des troubles de la pensée, la présence de symptômes négatifs et un dysfonctionnement cérébral d'ordre supérieur. La composante génétique de ces signes avait elle aussi été mise en valeur (signes semblables relevés chez les parents non schizophrènes d'un patient).

Laureta Bender, elle, qualifie de « soft signs » les signes rencontrés chez des enfants de mères schizophrènes et considérés comme prédisposants à l'expression future de la maladie.

2- Des signes doux au concept d'endophénotype

Ainsi, il semblerait bien que les S.N.D observés chez les personnes schizophrènes constituent de véritables critères mesurables, qui leur permettraient de s'insérer dans un cadre spécifique à la maladie, qualifié d'endophénotype. Pour Chan et Gottesman (2008), ce dernier terme résulterait de l'association des caractéristiques neurobiologiques et « neurocomportementales » propres à la maladie. L'approche de ces endophénotypes semble très intéressante pour comprendre, par l'étude des déficits, les causes de la schizophrénie et faire le lien entre le niveau macroscopique de la pathologie (c'est à dire les manifestations cliniques) et le niveau microscopique correspondant aux structures cérébrales (et génome) spécifiquement concernées dans la maladie. Tsuang et Faraone (1999 ; In Chan, Gottesman, 2008, p. 959) parlent de « target features » (caractéristiques cibles) dans la schizophrénie, autrement dit des « caractéristiques cliniques ou neurobiologiques qui sont l'expression de prédispositions sous-jacentes à la maladie ». La prédisposition à une pathologie résulte alors de l'interaction entre variables génétiques et environnementales.

L'endophénotype présente plusieurs caractéristiques (Gottesman et Gould, 2003) :

- il est associé à une pathologie,
- il est héréditaire,
- il est indépendant de l'état « interne » du sujet (mais il y aurait peut-être une légère dégradation avec l'âge),
- il présente une association familiale (études de corrélation avec les jumeaux et similarité des signes doux entre un patient schizophrène et son frère/sœur non schizophrène, notamment pour les coordinations motrices).

Une méta-analyse de Chan et al. (2009) montre que la différence très significative entre l'expression des S.N.D chez les personnes schizophrènes et chez les sujets contrôle est en faveur de l'existence d'un endophénotype propre à la maladie. Cette dernière s'exprimerait à travers les déficiences sensorielles et motrices. L'étude met en évidence un lien entre performances cognitives et symptômes négatifs (avec des effets suivant l'âge et la durée de la maladie). De même, des recherches de Chan et al. soulignent des corrélations entre la présence de signes doux (variable indépendante) et des troubles de l'attention, de la mémoire logique et visuelle (variables dépendantes). De même, il a été relevé certaines associations entre :

- composante « coordinations motrices » et déficit dans l'inhibition de l'attention, les performances verbales et la mémoire visuo-spatiale,
- composante « séquences motrices complexes » et déficit dans les fonctions exécutives,
- composante « intégration sensorielle » et défaut d'initiation et de fonctionnement verbal.

Les S.N.D incluent de nombreux critères (surtout dans le domaine des coordinations motrices) en faveur de l'existence d'un endophénotype. En ce qui concerne la chronicité de la maladie, on ne démontre pas de différences significatives dans l'expression des signes doux lors d'un premier épisode psychotique ou bien lors d'une évolution chronique. Cependant, on note une augmentation des signes doux dans les cas de comorbidités, si la schizophrénie est associée à un TOC (Trouble Obsessionnel Compulsif). De plus, il semblerait que les S.N.D soient majorés chez les sujets présentant plus de symptômes négatifs que de positifs (mais ceci reste encore à confirmer).

3- Les structures neuroanatomiques impliquées dans la maladie

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les chercheurs démontrent de plus en plus de corrélations entre l'expression de certains troubles et la mise en jeu d'anomalies cérébrales dans la schizophrénie (Swerdlow, 2011). Sans tomber pour autant dans le « tout neurologique », il semble important de se rendre compte de l'avancée des recherches actuelles quant à l'implication des structures anatomiques cérébrales dans les manifestations de la maladie.

Ainsi, une étude (entre autres) très récente d'Heuser et al. (2011) permet d'illustrer certaines de ces corrélations. Sur un groupe de 102 sujets schizophrènes, l'auteur étudie les relations entre signes neurologiques (durs et doux) et modifications neuroanatomiques. Il en ressort des liens entre :

- S.N.D en général et diminution de la densité de matière grise dans le gyrus pré et post-central, le lobe pariétal inférieur et le gyrus occipital inférieur.
- Troubles des coordinations ainsi que dans les tâches motrices complexes et modifications des régions pariétale, frontale et cérébelleuse.
- Difficultés d'orientation ainsi que dans les fonctions intégratives et modifications au niveau frontal, pariétal, occipital, ou modifications frontales bihémisphériques.
- Signes durs et anomalies au niveau du cortex droit et du cervelet.
- Modification du lobe frontal et déficits neuropsychologiques, troubles de la personnalité mais aussi perturbation de la marche.

D'autres études (Keshavan et al., 2003 ; Thomann et al., 2009) démontrent que le cortex frontal et le cervelet interviennent aussi dans le déficit des fonctions exécutives et de l'attention. De même, les auteurs évoquent le terme de « dysmétrie cognitive » pour qualifier la corrélation inverse qui existe entre présence de S.N.D et volume hémisphérique droit du cervelet.

On remarque alors de manière générale la corrélation entre les diverses zones cérébrales impliquées et l'hétérogénéité des S.N.D, pour expliquer en partie l'existence d'un dysfonctionnement général cérébral ainsi que l'existence de déficits spécifiques aux signes particuliers rencontrés dans la schizophrénie. On parle alors de la « notion de dysfonctionnement cérébral a minima, indissociable de celle de trouble psychomoteur » (Albaret, 2001).

4- Les troubles cognitifs dans la schizophrénie

Il y a un regain d'intérêt notable depuis quelques dizaines d'années en ce qui concerne la prise en compte des troubles cognitifs dans la schizophrénie, du fait de l'important retentissement de la maladie sur le plan fonctionnel pour les patients. En effet, environ 85% d'entre eux présentent des troubles cognitifs (Palmer et coll., 1997) et plus de 20% voient leur qualité de vie s'altérer de manière significative. Si les préoccupations portaient surtout auparavant sur le traitement des symptômes positifs avec l'action des neuroleptiques, on sait aujourd'hui que certains d'entre eux peuvent accélérer le déclin des capacités cognitives, déclin souvent lent et variable selon les individus.

Comme nous l'avons vu précédemment, la notion d'hétérogénéité de la schizophrénie a conduit au concept d'endophénotype et plus précisément à ceux de marqueurs endophénotypiques dont font partie certains troubles cognitifs. Ainsi, ces derniers seront qualifiés de « marqueurs de vulnérabilité » (Simonet, Brazo, 2005) s'ils sont présents à tous les stades de la maladie (de façon plus ou moins prononcée) chez les sujets schizophrènes mais aussi chez les sujets « à risques » (parenté, personne schizotypique).

Les troubles cognitifs sont donc variés dans la schizophrénie, ils peuvent s'intriquer les uns les autres et sont présents dès le début de la maladie (Blank et al., 2007). Les plus étudiés et sans doute aussi les plus significatifs rencontrés chez les patients vont concerner l'attention, les fonctions exécutives, la mémoire, le langage et les aspects psychologiques (motivation, initiative).

Les troubles de l'attention

Réaction à une alerte :

Déjà observés par Kraepelin et Bleuler, les problèmes liés à l'attention forment une entité importante dans le champ des troubles cognitifs propres à la schizophrénie. Chez les patients, un des « sous-domaines » de l'attention mis en jeu concerne la réaction à une alerte. Cette dernière fait référence au système de vigilance, d'éveil qui permet de traiter les informations et de répondre aux stimulations de l'environnement (Saoud, d'Amato, 2006).

Ainsi concrètement, un signal d'alerte va produire chez un sujet sain une réaction d'orientation qui, par répétition du stimulus, va progressivement diminuer : on parle alors d'habituation. Chez les personnes schizophrènes, ce processus réactionnel est perturbé de sorte qu'un état d'alerte permanent se met en place. Chaque stimulation, même répétée, apparaît alors

comme nouvelle pour le schizophrène, et le phénomène d'habituation ne vient pas minorer cette réaction d'orientation. Des études montrent que les hallucinations et délires pourraient provenir de ce dysfonctionnement (l'environnement paraîtrait constamment comme une menace pour les malades).

Attention soutenue :

La capacité d'attention soutenue est également touchée dans la schizophrénie et se caractérise par plusieurs éléments. On la définit comme l'aptitude à maintenir une performance sur une longue période de temps et elle dépend des capacités de vigilance, de détection du stimulus et de résistance à la distraction.

Les tests du C.P.T (Continuous Performance Task) sont des outils pour mettre en évidence ce défaut d'attention soutenue. Nous retiendrons les points suivants :

- beaucoup d'erreurs par omission sont retrouvées dans les épreuves,
- les déficits sont particulièrement associés aux symptômes négatifs,
- ils ne sont pas sous l'influence des neuroleptiques,
- de faibles résultats aux tests sont aussi observés chez les parents de personne schizophrène,
- les mauvaises performances sont associées à des anomalies de la substance grise.

Ainsi, les recherches sur l'attention soutenue dans la schizophrénie (Cornblatt, Malhotra, 2001) vont dans le sens d'une approche « endophénotypique » avec toujours l'étude de facteurs spécifiques, caractéristiques, qui pourraient être considérés comme marqueurs de la maladie (susceptibilité génétique).

Attention sélective :

Elle est également impliquée au travers de difficultés pour le traitement et la sélection des informations pertinentes propres à une tâche. Autrement dit, les patients schizophrènes peuvent être dans l'incapacité d'extraire les informations utiles et pertinentes pour une action donnée parmi un flux de stimulations diverses. Les troubles de l'attention sélective sont en lien avec ceux des processus d'alerte vus précédemment, car ils découlent entre autres d'une perturbation de la réaction d'habituation. En effet, on considère l'attention sélective comme l'ensemble des mécanismes mis en jeu pour extraire et traiter activement une information tout en négligeant les autres, jugées alors non

en rapport avec la tâche donnée. Cette focalisation de l'attention sur un élément « cible » dépend des processus d'éveil, de vigilance et de réaction du sujet (face à une stimulation), mettant en jeu le système limbique, le néocortex et la formation réticulaire.

On estime l'empan mnésique à sept éléments (plus ou moins deux) dans la population générale. Des études (Granholm et coll., 1996a ; 1996b) démontrent que les personnes schizophrènes détectent moins de cibles parmi un ensemble d'informations présenté. Ainsi, dans la maladie, le déficit cognitif réside dans un « dysfonctionnement » des processus attentionnels eux-mêmes et pas seulement dans la lenteur de traitement des informations, en considérant la part d'héritabilité génétique (les recherches sont encore à approfondir).

Cliniquement, ce sont les symptômes négatifs qui semblent corrélés à ce trouble de l'attention sélective. Notons que l'attention divisée rentre aussi en compte dans la maladie. Ainsi, tous ces troubles semblent liés entre eux et sont principalement associés aux symptômes négatifs et de désorganisation. La symptomatologie positive de la schizophrénie elle, ne semble pas avoir d'impact sur l'attention (Saoud, d'Amato, 2006).

Les troubles du langage

Souvent apparentés à l'expression des perturbations de la pensée, les troubles du langage chez les personnes schizophrènes peuvent aussi être liés à des modifications des aires cérébrales mises en jeu dans l'élaboration du discours (aire de Wernicke pour la compréhension, aire de Broca pour le langage parlé). Ainsi, dans ce cas, le trouble serait considéré pour certains comme une forme d'aphasie. De même, il est démontré que des anomalies dans la prosodie (intonation) observées chez les schizophrènes se retrouvent chez des individus non schizophrènes mais porteurs de lésions des lobes pariétaux ; lésions qui pourraient aussi jouer un rôle dans l'apraxie et la désorientation droite/gauche (Peretti, Martin, Ferreri, 2004).

Il reste néanmoins important de rattacher ces troubles du langage à leur contexte d'apparition. En effet, tout en étant liés à des modifications cérébrales, ils sont aussi étroitement corrélés à des difficultés dans l'adaptation du langage à la situation, à l'environnement. Ainsi, dans la conversation mais aussi dans l'écriture, la pensée semble floue, imprécise et parfois incohérente (« discordance idéationnelle »). On remarque des persévérations dans les idées, des digressions mais également des ruptures dans le discours (phénomène de barrage, qui peut découler d'un moment d'hallucination). Notons qu'avant l'arrivée des neuroleptiques, les troubles du langage s'aggravaient avec l'évolution de la maladie.

Le langage écrit est lui aussi souvent incohérent, « décousu », marqué d'idées abstraites. Le style d'écriture est parfois télégraphique, on relève des troubles syntaxiques, lexicaux, l'utilisation de néologismes et des confusions sémantiques ainsi que certaines déformations morphologiques.

Cette approche suggère une analyse multifactorielle des troubles du langage dans la schizophrénie (facteurs psychologiques et neurologiques).

Les troubles des fonctions exécutives

Composantes cognitives beaucoup étudiées dans la schizophrénie (Brazo et al., 2005), les fonctions exécutives regroupent les capacités de planification, d'abstraction mais aussi la flexibilité cognitive, l'inhibition et la mémoire de travail. Tous ces éléments font donc défaut dans la schizophrénie, avec un retentissement souvent important sur le plan fonctionnel, dans la vie des personnes (pouvant engendrer des problèmes de comportement, d'autonomie). En effet, on rattache volontiers certains symptômes comme l'anosognosie ou encore la symptomatologie négative propre à la maladie à un déficit des fonctions exécutives. Cette dernière notion renvoie donc à l'application de toutes les stratégies permettant l'adaptation d'un individu à son environnement, adaptation qui se voit modifiée dans la schizophrénie. La perte de contact avec la réalité prend ainsi tout son sens au travers de ce déficit des fonctions exécutives : désorganisation (de la pensée et des comportements), « rigidité cognitive », inadaptation, surcharge d'informations, altération de la perception, diminution des capacités d'abstraction, impulsivité, persévérance des comportements sont autant d'éléments caractéristiques engendrés en partie par des fonctions exécutives déficientes.

Les interactions sociales s'en trouvent alors perturbées, du fait des compétences qu'elles requièrent (flexibilité, adaptation aux situations et aux personnes, sélection des informations).

D'un point de vue pratique et métrique, quelques tests permettant de mesurer ces fonctions exécutives couramment utilisés sont notamment :

- La Tour de Londres (mesure de la planification, avec un nombre de mouvements défini),
- Le Trail Making Test (attention sélective et flexibilité mentale avec contrainte de temps),
- Le Stroop (attention sélective et capacités d'inhibition ; on observe un défaut d'inhibition de la réponse chez les patients schizophrènes).

Le déficit mnésique :

En lien souvent avec l'attention, des troubles mnésiques sont à relever chez les patients. Formant un des aspects cognitifs les plus altérés dans la schizophrénie, les capacités mnésiques sont à décomposer en plusieurs fonctions ; toutes n'étant pas en déficit notable suivant les individus. Ainsi, les composantes de la mémoire généralement touchées dans la schizophrénie sont la mémoire dite à court terme (ou de travail) avec un empan mnésique moindre (la personne ne conserve pas la représentation d'une information dans le contexte) et une réponse différée défaillante.

NB : on entend par réponse différée le phénomène du « choix forcé », par exemple dans le cas où le sujet doit répondre l'inverse de ce qu'il voit.

Le monitoring de la source d'information regroupe la catégorisation et généralisation, et permet de se souvenir a posteriori des événements. La perturbation de cette composante de la mémoire s'associe principalement à la symptomatologie positive (Johns et coll, 2001) et pourrait engendrer les hallucinations (par défaut de monitoring des intentions). En effet, une étude de Brunelin et al. (2008) démontre que, en comparaison avec d'autres groupes (témoin, patients avec épisode dépressif majeur), les personnes schizophrènes porteurs de symptômes positifs présentent un déficit spécifique dans le processus de reconnaissance de la source (confusion entre les mots issus d'une source externe réelle et ceux issus d'une source imaginée).

Alors que la mémoire de travail rentre directement dans les processus cognitifs dits exécutifs, la mémoire à long terme elle, n'appartient pas au champ de compétences des fonctions exécutives. Néanmoins, elle est également impliquée dans la maladie. Rappelons que cette mémoire à long terme se divise en :

- mémoire explicite (déclarative) comprenant elle-même les aspects sémantique (savoirs, connaissances) et épisodique (mémoire des événements vécus),
- mémoire implicite (non déclarative) composée des fonctions procédurale (savoir-faire) et d'agencement (effets des conditionnements).

Dans la schizophrénie, c'est la mémoire explicite qui est touchée. En effet, les patients présentent des difficultés pour acquérir les concepts des mots, parfois leur sens et la symbolique (déficit dans la mémoire sémantique associé aux délires et à la désorganisation de la pensée).

L'altération de la mémoire épisodique (surtout verbale) se traduit quant à elle par d'importantes difficultés à se rappeler des événements mais aussi des informations lues par exemple,

et ceci malgré la répétition. Un déficit d'encodage indépendant perturberait l'organisation nécessaire à la restitution des informations mais n'influence pas les capacités de reconnaissance des sujets schizophrènes. On considère cette caractéristique comme marqueur endophénotypique de la maladie de par sa présence chez les parents de patients mais également de par l'étroite corrélation qui existe entre troubles de la mémoire déclarative et problèmes d'acquisition des habiletés sociales (Green, 1996).

Fonctions exécutives et attention en lien avec les symptômes négatifs :

Comme nous l'avons évoqué précédemment, on raccorde souvent le déficit des fonctions exécutives avec la symptomatologie négative de la maladie. En effet, la schizophrénie offre un tableau clinique très hétérogène dans les manifestations des symptômes négatifs, symptômes que l'on peut décomposer en deux sous-groupes :

- les symptômes négatifs primaires, (I) considérés comme caractéristiques du syndrome déficitaire propre à la schizophrénie, qui ne résultent pas du traitement et qui peuvent persister en l'absence de cause connue.
- les symptômes négatifs secondaires, (II) qui eux, peuvent être diminués en traitant la cause (Carpenter et al., 1988).

Notons que peu d'études font cette distinction et les travaux de Brazo et coll. en 2005 ont montré que les patients présentant des symptômes négatifs ont des troubles importants de l'attention et des fonctions exécutives, ces troubles cognitifs restant pour la plupart indépendants du QI. En revanche, il n'est pas observé de différences significatives entre les individus porteurs de symptômes I seuls et ceux présentant des symptômes II seuls.

Les résultats au test du Stroop sur 60 patients schizophrènes démontrent un temps de réponse plus important pour nommer les couleurs que pour lire les mots ainsi que des difficultés à inhiber la forte tendance à lire les mots dans l'épreuve d'interférences (toujours avec un temps de réponse élevé).

On peut donc en conclure que la distinction entre les deux types de symptômes négatifs est difficile et très peu développée dans la littérature. En revanche, ce qu'il paraît important de retenir, c'est ce lien semble-t-il étroit qui existe entre symptomatologie négative de la maladie et troubles cognitifs (attention et fonctions exécutives). La connaissance de telles relations permet une meilleure compréhension et donc peut-être une meilleure adaptation des méthodes de prise en charge des patients schizophrènes, notamment ici sur le plan non médicamenteux (les traitements

neuroleptiques agissant davantage sur les symptômes positifs).

Ainsi, selon Lapasset et Silverstein (2004), la symptomatologie négative est importante à prendre en compte pour plusieurs raisons :

- les traitements ont peu d'effets dessus (malgré les gros progrès dus aux antipsychotiques atypiques),
- elle altère significativement le fonctionnement du sujet et est de mauvais pronostic dans l'évolution de la maladie,
- beaucoup d'auteurs lui rattachent une importance essentielle dans la maladie en général,
- des études montrent que la désorganisation cognitive et la « pauvreté psychomotrice » sont corrélées avec le dysfonctionnement social, alors qu'elles ne le sont pas (ce n'est en tout cas pas prouvé) avec la perte du contact avec la réalité (d'Amato, Rochet, 1995).

Une note sur l'anosognosie :

Comme nous l'avons évoqué en introduction des fonctions exécutives, la non reconnaissance de la maladie ou anosognosie fait partie des troubles que certains auteurs lient également à un déficit des fonctions exécutives (Saoud, d'Amato, 2006). Il semble intéressant d'en parler un peu dans la mesure où l'anosognosie est un phénomène récurrent dans la schizophrénie et important à prendre en compte par les thérapeutes. En effet, ce trouble peut s'avérer être le frein à une prise en charge médicamenteuse mais pas seulement. Le cadre, l'équipe soignante et la mise en place d'un suivi pluridisciplinaire peuvent constituer d'autant plus d'incompréhensions et donc de réticence de la part du patient.

Ainsi, sous les termes d'anosognosie ou de défaut d'insight, cette non reconnaissance du trouble présente différents degrés de sévérité et d'intensité dans son expression. On trouve plusieurs niveaux (Michel et al., 1994) : l'anosognosie (méconnaissance du trouble par l'individu alors que ce trouble est significatif), la non reconnaissance de la maladie, la perplexité, le sentiment d'être malade, la conscience partielle de la maladie et enfin la conscience de celle-ci. Des échelles permettent d'apprécier le degré d'insight, sachant que les termes anosognosie et défaut d'insight reviennent souvent (parfois peut-être en manquant de précision) pour parler de la schizophrénie.

Certes, il n'est pas systématiquement nécessaire de mesurer ce trouble mais il est bon de connaître le niveau de conscience que les patients ont de leurs symptômes, notamment en ce qui concerne les hallucinations, délires et multiples formes d'interprétations, les éléments de dissociation.... Cela permet de comprendre certaines réactions et par conséquent de pouvoir

intervenir en fonction de celles-ci, toujours dans un souci de soin et d'alliance thérapeutique, quels que soient les professionnels concernés.

Jaspers évoquait en 1913 le fait que les malades psychotiques ne reconnaissent jamais entièrement leur maladie. Pour lui, ils « ont appris par cœur les opinions des psychiatres et des autres hommes et ils répètent des phrases vides qui ne leur disent rien à eux ».

On sait aujourd'hui que sous la notion d'anosognosie, une part de la schizophrénie s'inscrit là encore dans le domaine de la neuropsychologie ; ce trouble, corrélé au dysfonctionnement cognitif (Young et coll., 1993) pourrait être lié à des modifications des lobes pariétaux.

5- Troubles psychologiques, communication et interactions sociales

Il ne s'agit pas ici de reprendre tous les éléments déjà énoncés au travers de la symptomatologie propre à la maladie (*cf* premier chapitre : définition et caractéristiques) mais plutôt de préciser à quels niveaux les troubles de nature psychologique (cognitifs et « de personnalité ») se manifestent le plus fréquemment et le plus significativement chez les personnes schizophrènes. Ainsi, les modèles théoriques de la maladie accordent une place prépondérante aux difficultés de communication et d'adaptation sociale rencontrées chez les patients. En effet, l'exemple du modèle cognitivocomportemental de la schizophrénie (Simonet, Brazo, 2005) inclut la notion de compétence sociale (Legeron, 1984), domaine très étudié dans la maladie et constituant la base de techniques de prise en charge thérapeutique telles que l'entraînement aux habiletés sociales (Pilling et al., 2002) mais aussi la psychothérapie cognitive ou encore la méthode d'économie de jetons (introduite par Ayllon et Azrin en 1968).

Ce modèle prend en compte les troubles cognitifs et les facteurs de stress qui constituent des facteurs de vulnérabilité de type psycho-sociaux, comme nous l'avons vu précédemment (Simonet, Brazo, 2005). La notion de cognition sociale peut alors être abordée (Prouteau et coll., 2011) dans la mesure où ces troubles psychologiques, associés également aux troubles moteurs (*cf* partie suivante), conduisent à des perturbations dans la communication et les interactions sociales, qui sont des éléments essentiels responsables du dysfonctionnement général du sujet. Velligan et coll. (2000) ont par exemple établi un lien entre le niveau des fonctions exécutives et celui du fonctionnement de la personne au quotidien (relations aux autres, travail, autonomie).

Ainsi, la cognition sociale, altérée dans la schizophrénie, désigne l'ensemble des processus cognitifs sous-tendant les relations inter-individuelles ; cet ensemble comprenant notamment le décodage des émotions (faciales, Communication Non Verbale) et la théorie de l'esprit (attribution d'états mentaux et décodage des intentions des autres) ; (Green et Leitman, 2008). Par conséquent, le sujet schizophrène possède une interprétation des intentions et désirs d'autrui erronée, qui peut conduire à l'apparition d'idées et/ou d'actes inappropriés ainsi qu'à un retrait social (Green et al., 2005). Notons au passage que des études (Bora et al., 2009) sont favorables au fait de considérer le déficit de théorie de l'esprit comme un marqueur endophénotypique de la maladie.

De plus, une autre composante psychologique observée et étudiée dans la schizophrénie concerne l'alexithymie. Cette notion, se définissant par l'absence de mots pour décrire les émotions (Sifnéos, 1973) et à distinguer de l'apathie, est néanmoins à prendre en compte chez les patients, à travers leurs difficultés pour distinguer, réguler et décrire les émotions, ainsi que pour traiter les informations qui s'y rapportent (C.N.V). Il semblerait alors que l'alexithymie soit davantage un trait de personnalité des patients, plutôt que l'expression même de symptômes schizophréniques ou de dépression associée (Prouteau et coll., 2011).

6- Troubles moteurs et schizophrénie

Associés ou ajoutés aux difficultés cognitives, les troubles de nature « motrice » sont moins décrits dans la littérature, malgré le fait que leurs manifestations constituent des signes visibles et, pour certains, récurrents dans la schizophrénie.

Ainsi, s'ils ne se définissent pas souvent comme des symptômes précis, les troubles moteurs sont pour certains comparés aux signes neurologiques doux, preuve que ces derniers occupent une place importante dans l'expression de la maladie. « Une perte de l'harmonie des mouvements du corps est l'un des signes précurseurs de la schizophrénie » (Peretti, Martin, Ferreri, 2004, p.5).

Nous allons donc essayer de décrire les principaux signes moteurs rencontrés chez les patients, signes qui pourront s'inscrire dans le cadre plus général d'un suivi en psychomotricité par exemple.

Tonus et ajustement postural

Les personnes schizophrènes présentent des éléments caractéristiques au niveau de leur posture et de leur tonus. En effet, toute la difficulté d'analyse des troubles du tonus réside dans le fait qu'ils sont souvent consécutifs au traitement par antipsychotiques (classiques surtout).

Ainsi, on observe une raideur générale chez les patients (s'apparentant à celle rencontrée dans la maladie de Parkinson et due au déficit en dopamine), accompagnée d'une difficulté de dissociation des ceintures (qui donne une apparence « en bloc »). Cette attitude générale sous-entend aussi des anomalies de la marche, avec souvent une perte du ballant des bras. On note aussi la plupart du temps une diminution des réflexes.

Néanmoins, des études montrent que certains signes moteurs sont également relevés chez des patients schizophrènes non traités par neuroleptiques, ou bien chez ceux dont le traitement n'est pas considéré comme étant la cause d'effets secondaires (notamment avec les antipsychotiques atypiques) : dans ce cas, on ne parle alors plus d'effets secondaires indésirables mais bien de signes qui semblent relatifs à la maladie elle-même. Le terme de « dysharmonie des mouvements » est ainsi couramment utilisé pour qualifier les particularités dans la « gestuelle » des patients et dans leurs habiletés motrices en général. On relève tout d'abord une hypertonie de fond chez les sujets, remarquée notamment du fait de la présence de résistances lors de la mobilisation passive (paratonies fréquentes par exemple).

L'étude réalisée par Treillet, Rouyère et Mechler (2008) avec un groupe de schizophrènes permet de décrire et de préciser certains « traits » et particularités motrices encore assez peu détaillés dans la littérature. Cette étude préliminaire se base sur l'étalonnage de plusieurs épreuves en vue d'établir un « profil psychomoteur » chez les patients. Notons que, comme évoqué précédemment, cette analyse clinique des troubles exclut les effets secondaires des traitements, autrement dit que l'on peut considérer ces manifestations comme distinctes de celles découlant des antipsychotiques (aucun effet indésirable notable n'a été relevé chez ce groupe, de par le type de neuroleptique utilisé ou encore le bon ajustement du traitement (parfois difficile à obtenir) et des faibles doses).

L'hypertonie axiale et des membres observée chez les patients semble persister malgré la répétition des manipulations passives. Elle est plus importante au niveau de l'axe du corps et des ceintures (scapulaire et pelvienne) qu'au niveau des membres. En revanche, l'hypotonie est prépondérante lors de la mise en jeu du tonus d'action (avec des fluctuations), notamment au niveau des membres, et des jambes en particulier. Ces troubles du tonus, retrouvés de façon similaire chez plusieurs patients, pourraient former différents « symptômes » propres à la schizophrénie, sans pour autant se limiter à l'expression du « syndrome catatonique ». Ce dernier, souvent décrit dans les ouvrages (Kaplan, Sadock, 1999), qualifie en effet une forme précise de la maladie. Or, cette étude met en avant le caractère plus général quant à la présence de troubles toniques et posturaux chez les schizophrènes.

Les auteurs parlent alors de « nonchalance » dans le mouvement, terme qui illustre bien une certaine hypotonie dans l'action, associée à une rigidité de l'axe du corps. Les patients ont aussi parfois du mal à ajuster leur posture (mauvaise réaction à la poussée). Ceci engendre cet effet de dysharmonie ; dysharmonie à relier pour certains aux symptômes de désorganisation. De plus, il y aurait éventuellement une corrélation entre la désorganisation tonique motrice et l'augmentation de l'anxiété chez les sujets. Les auteurs évoquent une tendance à l'hypertonie générale associée aux émotions.

Cette étude préliminaire n'est pas exhaustive mais paraît à son échelle un bon support d'évaluation des troubles moteurs dans la schizophrénie, troubles qui sont néanmoins connus depuis longtemps et, pour certains, reconnus en tant que signes doux. Ainsi, l'approche des troubles comme S.N.D peut ici se justifier par le lien établi entre problèmes toniques et désorganisation générale.

En effet, si on considère les anomalies du tonus comme l'expression en partie de signes doux, on retrouve au travers de cette étude le lien entre désorganisation globale et signes doux, lien déjà démontré par certains chercheurs (*cf* paragraphe sur les signes neurologiques doux).

Motricité et coordinations

Les coordinations générales sont également perturbées chez les schizophrènes, au-delà du seul fait d'une hypertonie fréquente pouvant altérer les mouvements de coordinations. En effet, la mise en jeu de plusieurs parties du corps en même temps (mouvements des bras et jambes, ou des membres avec la tête par exemple) engendre des difficultés pour coordonner ces mouvements (Treillet, Rouyère, Mechler, 2008).

Les coordinations générales sont donc déficitaires et mises en valeur dans les activités nécessitant la « double tâche motrice ». De même, les mouvements fins (dextérité manuelle et digitale) sont altérés, ainsi que la motricité faciale (souvent qualifiée de pauvre et associée par conséquent à un appauvrissement dans l'expression des émotions ; ceci se couplant aux facteurs psychologiques et aux symptômes négatifs).

Une étude très récente de Lazerges et al. (2011) offre de nouvelles perspectives quant à la compréhension des troubles des coordinations sensorimotrices dans la schizophrénie. On sait déjà que les sujets schizophrènes présentent des difficultés dans la perception des mouvements issus d'un organisme vivant (mouvements dits biologiques) ; il en découle des troubles de la coordination visuo-motrice. L'analyse expérimentale des auteurs consiste à mesurer les coordinations sensorimotrices en réponse à un stimulus « biologique » dans le cas d'une tâche de poursuite de cible (poursuite « motrice » : avec le doigt) chez les sujets schizophrènes.

Il a déjà été montré (Silver, Shlomo, Schwartz et al., 2002) que dans une tâche visuo-motrice de nature intentionnelle, les patients schizophrènes obtenaient des scores beaucoup plus élevés que les sujets témoins en ce qui concerne le temps total d'exécution (tâche de poursuite visuo-motrice), le nombre d'interruptions et d'erreurs dans le mouvement de la main du sujet, et la distance entre les deux trajectoires cible/main du sujet (résultats indépendants des effets secondaires des traitements et des mouvements involontaires anormaux). Ils en concluent alors une possible spécificité des troubles de la coordination visuo-motrice dans la schizophrénie.

L'équipe de Lazerges elle, vise en partie l'explication du retentissement fonctionnel des ces troubles sur les interactions sociales. Les résultats montrent premièrement que les personnes schizophrènes réalisent plus difficilement l'exercice dans sa globalité que les sujets sains (en adéquation avec les connaissances générales et l'expérience précédente). De plus, les résultats révèlent que les sujets schizophrènes ont plus de difficultés à synchroniser, coordonner leurs mouvements avec ceux d'une cible biologique (« humaine » : la main de l'examineur) qu'avec ceux d'une cible non biologique (cible sur un écran d'ordinateur). Notons que c'est l'inverse chez les

sujets témoins.

Ainsi, il semble réellement que les capacités de coordinations visuo-motrices des personnes schizophrènes soient influencées par le caractère biologique de la source de stimulation. Les expérimentateurs de cette étude apportent donc des précisions quant à la compréhension des troubles sensorimoteurs dans la maladie. Au-delà du trouble moteur essentiellement décrit pour parler des difficultés de coordinations, les auteurs étendent la réflexion sur la dynamique des coordinations sensorimotrices à celle des « coordinations sociales ».

Autrement dit, ce nouveau champ d'exploration dans la schizophrénie permet d'aborder d'une autre façon un des aspects fondamentaux de la maladie, à savoir les modifications des interactions sociales et leurs impacts sur le plan fonctionnel, dans le quotidien des patients. Le défaut de coordination de type sensorimoteur face à des mouvements biologiques renvoie alors au défaut d'ajustement social et émotionnel que l'on connaît dans la maladie (*cf* paragraphe sur les interactions sociales page 25).

Par conséquent, « aborder le vaste domaine de la cognition sociale par le biais de la cognition motrice » (Lazerges et al.) semble une piste très intéressante sur le plan thérapeutique en particulier, afin de mieux appréhender les difficultés sociales et relationnelles propres à la schizophrénie mais également dans le but d'étendre la recherche à d'autres pathologies psychiatriques. De manière générale, on sépare peut-être trop souvent les aspects cognitifs et sensorimoteurs (notamment dans le cas des maladies mentales). Certes, leur distinction est nécessaire pour pouvoir décrire, expliquer et catégoriser les différents troubles propres à une pathologie, mais leur forte intrication induit d'elle-même une approche orientée vers la « dynamique des coordinations sociales » dans le cas de la schizophrénie.

Schéma corporel et image du corps dans la schizophrénie

La schizophrénie fait partie des pathologies psychiatriques dans lesquelles des modifications du schéma corporel et de l'image du corps sont prégnantes. Ces concepts s'illustrent notamment au travers de troubles spécifiques tels que la dysmorphophobie ou encore les symptômes de dépersonnalisation et les angoisses de morcellement. Ces termes, pris de façon générale, nous évoquent alors plus ou moins une des facettes de la schizophrénie. Néanmoins, il est important de ne pas mélanger ces idées relatives au corps, c'est pourquoi la définition et la distinction certes, parfois difficile, des notions de schéma corporel et d'image du corps paraissent essentielles à la compréhension des différents troubles qui s'y rattachent. Une bonne appréhension de ces concepts permettra ainsi une meilleure adaptation des techniques de rééducation et de prise en charge des patients en psychomotricité, notamment dans le cadre de l'utilisation de la relaxation comme nous le verrons en deuxième partie.

Sans détailler toute l'histoire de l'évolution des deux concepts, rappelons qu'au début du vingtième siècle, schéma corporel et image du corps représentaient deux notions indistinctes. C'est avec l'apport de la psychiatrie (idée de dépersonnalisation de Dugas et de cenestopathie de Dupré) et de la neurologie (membre « fantôme » et idée d'autotopagnosie de Pick) dans l'étude des pathologies (exemple du syndrome de Gerstmann) qu'elles vont peu à peu être différenciées, puis reconnues aussi chez le sujet sain. Ainsi, au niveau des termes, on distingue :

- le corps perçu (qui se manifeste dans la perception que le sujet en a ; cette perception peut être plus ou moins fragmentaire),
- le corps connu (nomination des parties du corps),
- le corps reconnu (dans l'espace, reconnu comme sien par le sujet),
- le corps percevant et agissant (qui inclut les informations du corps mais aussi du milieu).

On peut dire alors que tout ce qui relève de la localisation des points et parties du corps se rattache au schéma corporel (autrement dit le « où ? » et « comment ? ») alors que ce qui concerne la reconnaissance des formes (le « quoi ? », corps perçu et reconnu) définit l'image du corps. Autrement dit, le schéma corporel est lié à la notion d'espace corporel (« carte », topographie et organisation des parties du corps entre elles) alors que l'image du corps suggère le processus d'identification par les perceptions et attitudes du sujet, elles-mêmes fonction de ses pensées, sensations et convictions et sous l'influence de différents facteurs du milieu (psychosociaux,...).

Ainsi, dans la schizophrénie, des études (Treillet, Rouyère, Mechler, 2008) et observations cliniques confirment entre autres les données de la littérature en relevant chez les patients des

troubles des sensations lors de stimulations extéroceptives (en quantité d'informations et en précision). On note également des déficits dans les perceptions internes du corps (touchant la respiration, le rythme cardiaque, l'état de tension musculaire,...). De même, certains sujets montrent des difficultés à percevoir leur corps dans le milieu, c'est à dire dans l'espace extra-corporel.

Toutes ces modifications sous-entendent une image du corps perturbée chez les patients et qui, associée aux facteurs environnementaux, peut se répercuter sur leurs comportements, leurs actions et pourrait aussi jouer un rôle dans l'expression des symptômes positifs.

L'altération de l'image du corps peut également apparaître à travers le défaut d'identité des patients, la baisse de l'estime de soi et parfois le manque d'hygiène. C'est en partie à travers ces signes que l'on évoque le syndrome de dépersonnalisation bien connu dans la schizophrénie.

La dysmorphophobie quant à elle, n'est pas toujours observable (du moins chez les patients que j'ai pu rencontrer) mais reste un phénomène fréquent dans la maladie. Elle se définit comme une perturbation de l'appréciation corporelle. Les convictions du sujet à ce propos sont durables, fausses et péjoratives, en décalage avec la réalité. Ce n'est pas une vraie phobie mais plutôt une idée obsédante (Canchy-Giromini, 2001) ; ce trouble se rapporte aussi à l'image du corps. Selon Combe et Tourniaire (In F. Canchy-Giromini, 2001, p.137), « la perturbation de l'image du corps, discordance entre réalité corporelle et représentation mentale, atteint un seuil pathologique quand elle provoque un trouble de l'identité, une faille narcissique de l'être qui méconnaît son corps et peu à peu se sépare de lui, au fur et à mesure que la rupture du lien corps-pensée s'aggrave jusqu'à ne plus se reconnaître en lui ».

Les troubles du schéma corporel eux, vont s'observer dans les difficultés de réversibilité et d'organisation des segments corporels, qui engendrent par conséquent des perturbations dans l'organisation et la coordination des mouvements en vue d'une action (difficultés praxiques, échopraxie souvent, persévérations motrices). Il semble donc que troubles du schéma corporel et des coordinations motrices (vus précédemment) ne soient pas à considérer indépendamment les uns des autres.

Les mouvements anormaux

Les stéréotypies :

La notion de stéréotypie motrice est très ancienne, elle remonte à Falret (1864) et concernait déjà principalement les schizophrènes (et les autres patients psychotiques). On définit les stéréotypies comme des mouvements ou séquences motrices répétés, échappant au contrôle de la volonté et qui peuvent interférer avec une action adaptée et volontaire. Dans ce cas alors, ses effets peuvent s'avérer très négatifs et perturber de façon majeure le fonctionnement de l'individu. Notons que le terme de maniérisme souvent rencontré dans les écrits s'applique à « la présence, dans un mouvement intentionnel normal, de stéréotypies » (Marsden et al., 1975). Ces dernières possèdent une organisation motrice constante mais sans but précis et réel.

On classe les stéréotypies motrices en trois groupes (Corraze, 1999) sachant que différentes échelles permettent de les « mesurer » (Sprague et Newell, 1996). On différencie :

- les mouvements :
 - de la tête (balancements, cognements, secousses,...),
 - des bras et mains (torsions, rotations, claquements,...),
 - des jambes,
 - de la face (grimaces, pincements des lèvres, sourire mais aussi protrusion de la langue, bruxisme, mastication,...),
 - de tout le corps (souvent balancements, tournoiements),
- les manipulations du corps (morsures, (onychophagie) pincements, succions, grattages, arrachage des poils ou des cheveux (trichotillomanie),...),
- les manipulations du milieu (frotter, caresser les objets, les manipuler sans cesse,...).

Chez les personnes schizophrènes, c'est dans la forme catatonique de la maladie que les stéréotypies ont été le plus retrouvées.

NB : la catatonie est un terme clinique considéré en psychiatrie comme un syndrome psychomoteur rencontré dans la schizophrénie et caractérisé par une perte d'initiative motrice, une passivité, des troubles du comportement (opposition souvent) et une catalepsie (=perte d'initiative avec rigidité musculaire). Diagnostic posé plus rarement aujourd'hui, la schizophrénie catatonique se manifeste notamment par des anomalies du tonus (catalepsie ou « flexibilité de cire »).

Une autre manifestation de type catatonique est ce que l'on appelle « l'excitation

catatonique », dans laquelle on retrouve des stéréotypies marquées, une agitation motrice, des éléments relevant du système nerveux autonome (tachycardie, hypertension) et des troubles du langage parlé.

Ainsi, si les stéréotypies motrices sont aussi observées dans d'autres formes de schizophrénie, les études démontrent déjà depuis plusieurs années l'étroite relation entre ces mouvements répétitifs et un défaut de régulation du neurotransmetteur qu'est la dopamine (et dysfonctionnement des réseaux entre le cortex et les noyaux striés). Les recherches récentes évoquent la cause d'une atteinte centrale. Tout ceci est également à mettre en lien avec les symptômes négatifs de la maladie. Soulignons cependant que les stéréotypies ne sont pas considérées comme des signes doux.

La question des dyskinésies tardives :

Très présente dans la schizophrénie, la dyskinésie tardive se définit comme un trouble du mouvement hyperkinétique de nature répétitive et involontaire. Ces mouvements touchant les régions faciales (buccales souvent) mais aussi les membres (on parle de choréo-athétose des extrémités) sont souvent successifs au traitement de la maladie.

NB : « la choréo-athétose doit être distinguée des autres chorées à origine génétique. Les mouvements incontrôlés des muscles, qui surviennent aussi pendant les périodes de repos, sont dus à une atteinte des ganglions de la base du cerveau. Les organes les plus souvent atteints sont les membres supérieurs et le larynx » (dictionnaire medicopedia).

En 1919, Kraepelin fait une première description détaillée de ces mouvements anormaux et classe la dyskinésie en tant que sous-type de la schizophrénie, appelée « catatonie parakinétique ». Au début du 20ème siècle, ce diagnostic est posé chez 5 à 10% des sujets schizophrènes. C'est après l'apparition des psychotropes (chlorpromazine) que le psychiatre allemand Schönecker (1957) décrit des mouvements bucco-faciaux persistants après diminution ou suppression du traitement. En 1964, Faurbye pose alors le terme de dyskinésies tardives en tant que mouvements anormaux sur une durée d'au moins six mois et souvent successifs à un traitement neuroleptique de longue durée.

Ainsi, les mouvements tardifs typiquement rencontrés sont ceux de grimace et mastication, claquements des lèvres, protrusion de la langue, bascule du tronc, poussée pelvienne, rotation des

chevilles ou des jambes, marche sur place, respiration irrégulière, sons répétitifs (ronflements, grognements), mouvements de chorée des extrémités. Variables suivant leur intensité (légers, modérés ou sévères), ces mouvements disparaissent pendant le sommeil. Notons que certaines de ces manifestations cliniques peuvent prendre l'allure d'akathisie, c'est à dire l'association entre mouvements stéréotypés et composante sensitive (sensation de douleur,...). Ce phénomène touche surtout les membres inférieurs, par exemple lors de la marche sur place (qui résulte d'une incapacité d'inhiber le mouvement ; on parle de tasikinésie). On peut alors admettre que la différence entre dyskinésies et stéréotypies paraisse parfois difficile à faire.

Dans un rapport de 2011, Lerner et Miodownik posent la question de savoir si ces dyskinésies tardives sont à considérer uniquement comme un effet secondaire du traitement ou si elles constituent également un des symptômes moteurs de la schizophrénie. En effet, certaines études rapportent que jusqu'à 14% des personnes schizophrènes non traitées par voie médicamenteuse présenteraient des mouvements involontaires (Peretti, 2003 ; Sachdev, 2005). La physiopathologie de la dyskinésie tardive paraît donc complexe, avec plusieurs facteurs en jeu : prédispositions génétiques avérées mais aussi hypothèses neurochimiques (traitements neuroleptiques) et de neurotoxicité (Lerner, Miodownik, 2011). Les antipsychotiques atypiques auraient peut-être un retentissement plus lent sur les dyskinésies tardives et les recherches se tournent vers un éventuel traitement par agents anti-oxydants. Ainsi, selon A. Bottéro (2008, p. 261), « plus on tarde à intervenir, plus les dyskinésies risquent de devenir irréversibles. D'où l'importance cruciale d'un dépistage régulier, à l'affût de signes avant-coureurs de dyskinésies tardives ».

Une étude dans un groupe de patients schizophrènes montre que la persistance des symptômes soulève l'hypothèse d'un facteur étiologique sous-jacent prédisposant ; pour les auteurs, les dyskinésies tardives sont non seulement des effets secondaires mais aussi les symptômes moteurs d'un trouble avec un « processus » de développement qui peut apparaître sous différentes formes cliniques.

Les mouvements oculaires

Autre trouble de type moteur, celui de la poursuite oculaire lente. Peretti (2003) rapporte qu'il est présent chez 52 à 86% des sujets schizophrènes. Il pourrait même s'inscrire comme marqueur de la maladie selon certains auteurs. On relève aussi chez les patients une augmentation de la fréquence de clignement des paupières, fréquence qui se voit diminuer sous l'action des neuroleptiques. En effet, ce phénomène pourrait résulter là encore d'un hyperfonctionnement dopaminergique, d'où l'efficacité des traitements.

Cependant, d'autres études sur la poursuite oculaire ne démontrent pas son caractère endophénotypique, étant donné les résultats obtenus : une altération de la poursuite oculaire lente chez les parents de schizophrènes (davantage de mouvements de saccades) n'est pas retrouvée chez les sujets eux-mêmes (Boudet et al., 2001).

D'autres signes neurovégétatifs peuvent être retrouvés fréquemment chez les personnes schizophrènes, notamment lors d'épisodes aigus : dilatation des pupilles, mains moites, augmentation de la tension artérielle et du rythme cardiaque. Ces manifestations ne sont pourtant pas forcément liées à un état d'anxiété et d'agitation chez le patient.

Ralentissement psychomoteur

Cela fait longtemps que le ralentissement psychomoteur est observé dans la schizophrénie. En effet, Bleuler décrivait déjà en 1911 le ralentissement comme une « forme bénigne de stupeur », le classant alors, tout comme la stéréotypie, dans les symptômes catatoniques.

En revanche, en dépit de son observation chez les sujets schizophrènes, le ralentissement psychomoteur est assez pauvrement décrit dans la littérature, seulement comme la conséquence de déficits cognitifs (notion de lenteur) ou suite aux traitements neuroleptiques. Une analyse récente de Morrens et al. (2008) a permis entre autres d'appréhender ce symptôme à part entière, indépendamment notamment des réponses stéréotypées évoquées dans le syndrome catatonique. On définit le ralentissement psychomoteur comme une exagération anormale des temps de réaction et d'exécution (bradykinésie) en l'absence de tout trouble moteur élémentaire. Il relève plutôt d'un trouble de l'activation (L. Bérubé, 1991).

Ainsi, l'évaluation des patients se fait sur une tâche de copie de figures (en l'occurrence des lignes) sachant que dans l'expérience, les sujets sont traités uniquement avec un antipsychotique atypique. Une tablette graphique enregistre les performances des patients lors de la réalisation de ces motifs simples (lignes verticales, horizontales,...) ; la technique informatisée permet de distinguer les processus impliqués dans la planification, dans l'initiation du mouvement puis dans son exécution. Les auteurs remarquent alors que les temps d'initiation (correspondant au temps écoulé entre la présentation du motif à la personne et sa réalisation) et d'exécution du mouvement sont plus longs dans la schizophrénie. Ralentissement et vitesse de traitement, ajoutés aux stéréotypies, sont trois éléments qui reflètent la diminution des performances chez les schizophrènes (par exemple dans les fonctions exécutives pour le ralentissement psychomoteur), avec des différences liées à l'âge et à la durée de la maladie en ce qui concerne les deux symptômes mais il n'y a pas de différences observables dans la vitesse de traitement. Ainsi, il semble judicieux de considérer ces deux symptômes psychomoteurs à part entière et de les séparer du déficit cognitif.

Autres troubles psychomoteurs

Ajoutons seulement que d'autres troubles comme la graphesthésie, l'astéréognosie, des troubles de l'équilibre et des anomalies de la latéralisation sont souvent présents chez les patients. Les troubles de l'image du corps, les difficultés de repérage spatio-temporel ainsi que les troubles toniques et praxiques (caractère schématique et stéréotypé dans les actions) sont souvent associés entre eux, mais également rattachés à la notion d'instabilité. Notons que cette notion est très ancienne dans le domaine de la psychiatrie ; Kraepelin (1898 : In P. André et coll., 2004, p. 224) l'évoquait déjà à travers les « psychopathes instables », personnes qu'il décrivait comme présentant des troubles du caractère et une versatilité de l'humeur. Cette instabilité est elle-même à lier avec l'impulsivité (pouvant alors conduire à un éventuel passage à l'acte chez le sujet schizophrène) et l'inattention. On remarque alors que la plupart de ces troubles s'intriquent et même s'ils ne sont pas développés ici, ils font partie de la symptomatologie psychomotrice et sont à prendre en compte dans la prise en charge des patients.

Conclusion

A travers cette première partie, j'ai tenté de regrouper, outre les éléments caractéristiques du tableau psychiatrique, les divers symptômes psychomoteurs fréquemment retrouvés dans la schizophrénie. De par sa complexité, on peut dire que cette maladie s'inscrit dans plusieurs champs cliniques et, par conséquent, dans plusieurs champs d'investigation thérapeutique. Ceci sous-entend donc la prise en considération d'une pluridisciplinarité dans les modalités de prise en charge des patients, à laquelle contribue l'intervention du psychomotricien.

Ainsi, grâce au bilan dans un premier temps, nous allons essayer d'établir la relation entre la symptomatologie de la schizophrénie vue en théorique et ses manifestations cliniques, observables par le praticien. Puis, au regard du bilan psychomoteur et de la problématique individuelle de deux patients de l'U.M.D, nous aborderons les axes de prise en charge et les illustrerons par la pratique de la relaxation et du trampoline. Nous discuterons enfin de leur utilisation et de leurs effets à plus ou moins long terme, un des objectifs étant de situer le psychomotricien dans le protocole de soin et de définir son rôle auprès d'adultes schizophrènes, au sein d'une U.M.D mais également de manière plus générale auprès d'une population souffrant de troubles psychiatriques.

Partie pratique

Présentation de la structure

L'Unité pour Malades Difficiles d'Albi est une structure récente puisqu'elle a ouvert ses portes fin 2011 et accueille actuellement la totalité des patients pour sa première unité (20 places hommes), alors qu'une deuxième unité de 20 lits hommes également est prévue. L'établissement s'inscrit dans le cadre d'un projet national qui consiste en la création de quatre nouvelles U.M.D, sachant qu'il en existe déjà cinq en France qui présentent des taux d'occupation élevés. Avec un délai d'attente de six mois en moyenne, la demande de la part des secteurs de psychiatrie est très importante. Dépendante de la Fondation Bon Sauveur d'Alby, l'U.M.D devrait donc permettre de couvrir une partie des besoins en soins du sud de la France, tout en gardant pour autant une vocation nationale.

Notons qu'historiquement, alors que certaines unités existaient déjà, ce n'est qu'en 1950 que le premier texte fait référence à ces services psychiatriques et classe les patients en fonction de la sévérité de leurs troubles : « malades agités », « déséquilibrés antisociaux, médico-légaux ou non », « grands déséquilibrés antisociaux généralement médico-légaux ». Le nom d'Unité pour Malades Difficiles et les modalités qui s'y rattachent n'apparaissent qu'en 1986. (In : Senninger, J.L., Fontaa, V. (1994). *Les Unités pour Malades Difficiles*. Paris : Heures de France).

L'U.M.D se différencie des U.H.S.A (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée pour les personnes détenues) et des U.S.I.P (Unité de Soins Intensifs Psychiatriques) notamment dans ses modes de prise en charge et dans le type de population qu'elle accueille. Tous trois appartiennent à un dispositif de soins commun, associés aussi au secteur de psychiatrie générale. Ainsi, les U.H.S.A prennent en charge les personnes détenues souffrant de troubles mentaux, avec ou sans consentement (ces unités s'incluent au sein même des structures hospitalières, spécifiques de par leurs normes de sécurité et de surveillance). Les U.S.I.P elles, sont récentes et accueillent des patients présentant des troubles majeurs du comportement ne permettant pas une prise en charge optimale en psychiatrie générale (avec une durée de séjour de deux mois maximum). Elles constituent un intermédiaire entre le service psychiatrique général et l'U.M.D, cette dernière ayant alors pour mission la prise en charge de patients présentant un « état de dangerosité lié à un état mental », sur une période plus longue que les U.S.I.P.

Population

« Les patients relevant d'une Unité pour Malades Difficiles doivent présenter pour autrui un danger tel qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières, mises en œuvre dans une unité spécialement organisée à cet effet. Ces patients doivent dans tous les cas relever des dispositions des articles L 3213-1 à 3213-9 du Code de la Santé Publique relatifs aux hospitalisations d'office et présenter, en outre, un état dangereux majeur, certain ou imminent, incompatible avec le maintien dans une unité d'hospitalisation habilitée à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement » (définition tirée du projet de service de l'établissement).

Ajoutons que la notion de dangerosité psychiatrique est à inclure dans une dimension multifactorielle, comprenant les aspects de la maladie elle-même mais aussi les aspects psychologiques personnels du patient, les éléments de son histoire et ceux de son environnement plus « actuels » (familial, social, relatif aux soins,...). De même, un passage à l'acte est à considérer dans son contexte psychiatrique et environnemental en ce qui concerne la demande d'admission, situation souvent complexe pour les professionnels concernés.

Ainsi, au niveau statistique, l'U.M.D accueille une majorité de patients psychotiques (présentant souvent une schizophrénie, paranoïa), sociopathes, associés ou non à une déficience intellectuelle, pour une durée généralement inférieure à deux ans (six mois- un an pour la plupart). Selon les rapports d'études, un tiers des patients sont admis après un meurtre et un autre tiers après l'agression d'un membre du personnel soignant. Ils viennent de Centres Hospitaliers Spécialisés ou de services pénitentiaires.

Modalités de fonctionnement

L'admission d'un patient se fait suivant la procédure (régie par quatre textes de Loi), elle est prononcée par le Préfet alors que la demande se fait d'un médecin hospitalier au médecin responsable de l'U.M.D, qui donne un accord de principe (avec un engagement de reprise du patient de la part du directeur de l'établissement demandeur à la sortie de l'U.M.D ; même engagement pour les personnes détenues). La Commission de Suivi Médical, spécifique aux U.M.D, a également son rôle dans la réflexion quant au maintien et à la sortie du patient (elle peut être saisie).

La sortie de l'U.M.D est aussi prononcée par le Préfet du département d'implantation de

l'unité, et peut donc bénéficier de l'avis de la Commission de Suivi Médical. Cette sortie peut être :

- immédiate et définitive (retour vers le milieu pénitentiaire notamment),
- d'essai (rare en pratique),
- un transfert vers le secteur de soins psychiatrique d'un établissement hospitalier public,
- un retour dans le service d'origine en cas d'admission non justifiée.

Notons qu'il peut aussi y avoir des sorties dites de courte durée (pas plus de douze heures) pour motif thérapeutique ou autre, accompagnée par un ou plusieurs membres du personnel.

Quant aux droits des patients, ils sont régis principalement par trois textes en vigueur qui leur autorisent entre autres l'information, l'accès à leurs données personnelles, leur garantissent le secret médical et le respect de la vie privée et leur permettent de désigner une personne de confiance.

Le projet thérapeutique

Il est individualisé et, basé sur la notion de « dangerosité psychiatrique », il vise la prise de conscience du patient face à sa maladie dans la mesure du possible, ainsi que la mise en place ou la restructuration d'un mode de communication et relationnel le plus adapté possible.

Tout d'abord, à son arrivée, le patient est systématiquement admis en chambre d'isolement selon le protocole U.M.D (dans un souci de sécurité) et permet une première évaluation par le médecin psychiatre et l'équipe soignante. Ce processus ne constitue pas une mesure d'exclusion mais permet au personnel d'entrer en contact avec le patient de façon individuelle, d'évaluer un peu sa pathologie pour pouvoir aborder les bases de la prise en charge thérapeutique (avec l'aide des éléments du dossier).

Le traitement est mis en suite en place progressivement et, suivant les observations des soignants, le médecin va peu à peu prescrire les prises en charge en ergothérapie, psychomotricité, sport, ainsi que l'accès du patient à l'espace social. Notons que l'U.M.D tente le plus possible d'être en lien avec le service d'origine pour un meilleur accompagnement du patient et pour préparer au mieux sa sortie. Chaque patient est suivi par un des deux médecins psychiatres en particulier (diagnostic, traitement, prescriptions,...) mais aussi par un(e) infirmier(e) référent(e), dans le but de renforcer le lien thérapeutique, faciliter les échanges et le travail lors des synthèses par exemple. Néanmoins, l'ensemble de l'équipe reste référente de l'ensemble des patients, permettant une observation la plus complète possible et une cohésion dans la prise en charge.

Le projet thérapeutique se base donc sur une évaluation et une observation individuelle, multidimensionnelle et pluridisciplinaire (incluant médecins, infirmiers, aides soignants, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, assistant social, éducateurs sportifs). Ce projet fait lui-même l'objet de réévaluations, le but étant, toujours par le biais d'un cadre structurant et relationnel, de diminuer ou canaliser l'agressivité du patient ainsi que son état d'anxiété et de tension, en prenant bien sûr en compte la maladie mentale et les troubles qui en découlent.

Ajoutons l'importance de l'information aux familles, dont le rôle et l'accompagnement entrent aussi directement dans le cadre du projet de soins ; maintenir le lien avec les proches (visites, appels téléphoniques) est essentiel quand la personne est demandeuse.

Ainsi, le psychomotricien s'inscrit à part entière dans le protocole thérapeutique, associé à la chimiothérapie et aux autres disciplines. Son action répond à certains critères du projet individualisé, par le biais d'une prise en charge adaptée et basée sur un bilan préalable. En effet, le but est de rechercher la coopération et l'adhésion du patient avec son projet, projet défini avec le psychiatre (« contrat de soins ») et dont la démarche vise à prévenir les situations de violence, les facteurs précipitants et suggérer des comportements alternatifs (notons au passage que chaque professionnel est formé à la gestion de crise et de violence et dispose d'un système d'appel et de localisation. De même, les différentes prises en charge se font toujours accompagnées d'un autre soignant).

Nous allons donc voir, à travers la présentation de deux bilans psychomoteurs réalisés chez deux patients schizophrènes de l'U.M.D, quels troubles en ressortent, quelles relations peut-on faire entre les éléments retrouvés en pratique et ceux étudiés en première partie de ce mémoire, et par conséquent, dans quelle mesure peut-on proposer une rééducation psychomotrice à ces patients souffrant de schizophrénie ? Et de manière plus large, comment le psychomotricien s'inscrit-il dans le vaste et complexe champ de la psychiatrie adulte ?

Antoine

Anamnèse

Antoine a 29 ans. Il décrit une enfance difficile, marquée par de la violence de la part des parents (père décédé). Antoine subit de nombreux placements dès l'âge de 9 ans. Sa scolarité est chaotique et il quitte l'école en 5ème. A l'adolescence, des troubles du comportement apparaissent sous la forme d'actes d'hétéro-agressivité qui seront à l'origine de sa première hospitalisation en psychiatrie. S'ensuivent cinq hospitalisations en U.M.D, puis Antoine est pris en charge en hôpital psychiatrique où il fugue à plusieurs reprises et manifeste de la violence envers le personnel avec une tentative de meurtre, qui le conduisent en Décembre 2011 à l'U.M.D d'Albi.

A ce jour, Antoine a peu de lien avec sa famille (son grand-père et une tante), sa mère étant décédée en 2005.

Compte-rendu des soignants à l'arrivée d'Antoine à l'U.M.D

A son arrivée, Antoine manifeste une angoisse massive ainsi qu'une instabilité psychomotrice et une incapacité à se projeter dans l'avenir. Il est respectueux du cadre et verbalise sa fascination pour la violence (en particulier les films). Des symptômes apparaissent plus tard, Antoine se montre très interprétatif, il refuse le traitement et menace verbalement le personnel. L'isolement et l'augmentation du traitement semblent avoir un effet sur les symptômes, Antoine devient accessible au raisonnement, il s'interroge sur sa maladie et peut se montrer critique au sujet de ses interprétations.

Evaluation des aptitudes physiques, compte-rendu de l'éducateur sportif

Les capacités physiques d'Antoine sont correctes mais il s'essouffle rapidement. Un certain ralentissement est observé, avec des difficultés à prendre les informations lors de déplacements. Antoine est capable de diversifier ses actions (tir, faire une passe) lorsqu'il est statique mais la prise de décisions est difficile quand il est en mouvement.

Des difficultés dans la réception de balle sont également observées.

Bilan psychomoteur

La passation du bilan s'est faite en deux fois ; Antoine s'est montré coopératif dans l'ensemble mais a demandé l'arrêt des tests d'attention et d'écriture car cela le mettait en difficulté.

Orientation droite/gauche : Piaget

Connaissance sur soi et sur autrui acquises.

Position relative de trois objets acquise.

Latéralité manuelle établie à droite.

Praxies idéomotrices : imitation de gestes de Bergès-Lézine

Imitation de gestes simples : 20/20

Imitation de gestes complexes : 14/16

Gestes en contraire : 10/10

La réversibilité est acquise, pas de troubles praxiques même si la réalisation de certains gestes se font par étapes.

Visuo-construction : Figure de Rey

Score en copie (nouvelle cotation /72) : 70/72 (résultat dans la norme)

Score en mémoire : 8/72 (soit -5,2 DS)

Temps de copie : 5min 30 (soit entre les percentiles 10 et 25)

On relève donc des difficultés de mémoire visuelle ainsi qu'une lenteur dans le traitement perceptif de l'information visuelle.

Praxies tridimensionnelles : Benton 3D

Score de reproduction des 3 constructions : 29/29

Score temps total des 3 constructions : 3 min (dans la norme)

On ne relève pas de difficultés des praxies visuo-spatiales. Antoine demande même à faire d'autres exercices de construction de ce type.

Attention : D2

La ligne d'essai est effectuée sans difficultés mais Antoine demande d'arrêter l'épreuve.

Ecriture : Echelle graphométrique

Vitesse normale : 60 lettres/min, soit niveau 9-10 ans

Vitesse accélérée : 99 lettres/min, soit niveau 9-10 ans

Aspects qualitatifs : hauteur relative des lettres non respectée, absence de levée du stylo lors du tracé (lettres déformées, traits rajoutés). On peut parler d'une dysgraphie mineure.

Développement global psychomoteur : Lincoln-Oseretsky

Score global : 63/150 (classe 0, soit -6,6 DS)

Motricité manuelle/contrôle-précision : 13/45, soit 0% de réussite

Motricité globale : 14/27, soit 59% de réussite

Coordinations pieds/mains : 12/12, soit 100% de réussite

Motricité manuelle simultanée : 15/36, soit 29% de réussite

Equilibre : 0/18, soit 0% de réussite

Motricité manuelle grossière : 9/12, soit 66% de réussite

On en déduit un trouble de l'équilibre et des difficultés pour les tâches de motricité manuelle fine, sans oublier de prendre en compte la lenteur d'exécution qui pénalise le patient sur certains items. La motricité générale et les coordinations restent relativement efficaces.

Dextérité manuelle : Purdue-Pegboard

Score main droite : 9 (soit inférieur au centile 1, la moyenne étant de 15-16)

Score main gauche : 11 (soit le centile 5, la moyenne étant de 15)

Score deux mains : 9 paires (soit le centile 6, la moyenne étant de 12)

Score assemblage : 20 (soit le centile 3, la moyenne étant de 32)

On en déduit donc des difficultés de dextérité manuelle, associée à une lenteur importante.

Examen du tonus

Tonus de fond : on relève une hypotonie à l'épreuve du ballant, ce dernier est exagéré par le patient après lui avoir expliqué qu'il faut se relâcher. Il n'y a pas de paratonies ni de syncinésies (épreuve des marionnettes). En ce qui concerne la mobilisation passive, on ne note pas de résistance particulière dans les différents segments corporels lors de l'épreuve d'extensibilité des membres. Antoine est passif et se laisse manipuler.

On peut donc déduire du bilan psychomoteur une lenteur significative, des troubles de l'équilibre ainsi que certaines anomalies toniques (perte du ballant des bras observée lors de la marche), un déficit de la motricité manuelle et des troubles graphomoteurs. Sur le plan cognitif, on observe un déficit de la mémoire visuelle, les tâches attentionnelles semblent poser problème.

Diagnostic psychiatrique

Il reste bien évidemment l'élément principal et fondamental ; il a été posé chez Antoine le diagnostic de schizophrénie de type paranoïde.

Traitement : Antoine est sous traitement par antipsychotiques classiques (neuroleptiques pour diminuer l'état psychotique aigu et chronique, les délires, les hallucinations et l'agitation, ainsi que des Neuroleptiques à Action Prolongée (N.A.P) pour le traitement au long cours de la maladie) et un régulateur de l'humeur pour les épisodes maniaques.

Yannick

Anamnèse

Yannick est âgé de 46 ans (célibataire). Les éléments concernant son enfance et sa jeunesse ne sont pas rapportés, on sait seulement qu'il a des frères et sœurs, les informations concernant son père sont incomplètes. Sa mère est décédée.

Yannick possède un CAP. Il présente des difficultés majeures à gérer son argent (et bénéficie d'une mesure de protection). Sur le plan somatique, il présente une Cardiomyopathie Hypertrophique Septale et est sujet à des crises d'épilepsie. Yannick a déjà fait l'objet de plusieurs hospitalisations en psychiatrie (qui s'échelonnent de 2002 à 2011 : HO pour incurie, prostration au domicile, troubles de type paranoïdes, avec parfois agressions envers le personnel).

Une sortie d'essai le ramène en HO, après une alcoolisation et prise de toxiques, crise d'épilepsie, incurie, dégradation du domicile. Là, le tableau clinique est identique. Quelques sorties d'essai se passent ensuite bien avec visites au CMP mais sont suspendues suite à une crise d'épilepsie (qui nécessite 15 jours de récupération sur le plan cognitif). HO à nouveau car Yannick reste prostré au domicile, mutique, apragmatique, altération de son état général. Transfert après agression d'une soignante, puis épisode de délire de persécution avec interprétation et tension psychique importante, agressivité, souvent lié à un arrêt de traitement. Novembre 2011, le patient est admis à l'UMD après passage à l'acte (tentative de strangulation) sur une soignante, suite à une frustration.

Compte-rendu des soignants après l'arrivée de Yannick à l'UMD

Dans son comportement, le patient alterne des moments de calme avec d'autres moments où il taquine les autres sans donner d'explications et présente des rires immotivés. Sa communication est en général très pauvre, il évoque à son arrivée son appréhension quant aux futurs patients qui, selon lui, seraient dangereux alors que lui ne l'est pas. Yannick peut faire apparaître une certaine tension s'il se sent frustré mais il reste calme et respectueux du cadre. L'hygiène et l'alimentation

sont correctes. Il est cependant soumis à une restriction hydrique du fait d'une potomanie. En ce qui concerne les activités, Yannick sollicite les soignants pour des parties de ping-pong et baby-foot, regarde la télévision.

Activités sportives : l'éducateur sportif rapporte une implication de la part du patient dans le jeu ainsi qu'une bonne intégration des consignes. Yannick est réceptif et semble plutôt bien gérer la frustration. Dans l'ensemble, l'adresse et la mobilité sont correctes même s'il n'y a pas de grands déplacements. Le patient prend plaisir et se projette à la prochaine séance.

Ergothérapie : Yannick est attentif aux consignes et réalise un modelage en terre ; il est concentré, s'applique et prend du plaisir.

Bilan psychomoteur

La passation s'est déroulée en trois fois, Yannick s'étant montré opposant la première fois. Il lui a été alors signalé qu'il pouvait à tout moment demander de sortir un peu s'il se sentait en difficulté ; ce qu'il a fait à deux reprises.

Orientation droite/gauche : Piaget

La connaissance droite/gauche sur soi et sur autrui sont acquises, ainsi que la position relative de trois objets, même si les réponses du patient nécessitent un temps de réflexion.

Notions temporelles

Les notions élémentaires sont acquises (heure, jour, mois, année) ainsi que le repérage sur un calendrier et le calcul de la date de semaine en semaine.

Latéralité manuelle : elle est établie à gauche.

Visuo-construction : Figure de Rey

Score en copie : 33/36 (soit +0,5 DS). Yannick commence par l'armature centrale puis complète avec les détails (type 1). Le temps de copie est long (5 min, correspondant au centile 10) pour traiter les informations visuelles mais le patient est méticuleux et la figure est précise.

En revanche, la reproduction de mémoire n'a pu être réalisée.

Attention sélective : Stroop

Score carte A (lecture simple) : 55 (soit -3,7 DS) avec 0 erreur

Score carte B (lecture en ignorant couleur) : 50 (soit -3,4 DS) avec 0 erreur

Score carte C (nommer couleur) : 35 (soit -3,3 DS) avec 0 erreur

Score carte B (interférence ; nommer couleur d'impression) : 18 (soit -3,4 DS) avec un score d'erreur de 10

Score d'interférence : 17 (moyenne à 27,5, soit -1,2 DS)

On en déduit un déficit marqué dans la vitesse de traitement de l'information et des difficultés de sélection/inhibition de la réponse sur une tâche attentionnelle.

Notons que l'attention soutenue (D2) n'a pu être évaluée car Yannick s'est arrêté au bout d'une minute de passation (omissions relevées sur les deux lignes traitées).

Rétention visuelle : Benton 2D

Administration A : dessin présenté 10 secondes puis reproduction de mémoire

Score : 1/10

Erreurs : 9/10 (5 omissions et 4 déformations)

L'ensemble de l'épreuve est très déficitaire, on relève un trouble de la mémoire immédiate avec une sélection et rétention d'informations visuelles inadéquates (balayage visuel absent).

Ecriture : BHK

Le temps d'écriture est très lent (119 lettres en 5 min, soit 24 lettres/min) avec de nombreuses interruptions de liens (quasiment toutes les lettres sont détachées) ainsi qu'une hauteur relative entre les lettres incorrecte.

On peut donc évoquer une dysgraphie, en prenant en considération une crispation assez importante lors de l'écriture et un temps de traitement de l'information et d'exécution long, malgré une attention maintenue tout au long de l'épreuve.

Néanmoins, en ce qui concerne la lecture, elle est fluide, sans temps d'arrêt.

Les opérations de base en calcul sont acquises.

Praxies idéomotrices : imitation de gestes de Bergès-Lézine

Imitation de gestes simples : 20/20

Imitation de gestes complexes : 12/16

Gestes en contraire : 0/10

La réversibilité n'est pas acquise, on note un trouble praxique.

Dextérité manuelle : Purdue-Pegboard

Score main gauche : 8 (soit inférieur au centile 5)

Score main droite : 9 (soit le centile 1 : inférieur au niveau 6 ans)

Score deux mains : 6 paires (soit inférieur au centile 5)

Score assemblage : 12 (soit inférieur au centile 1 : niveau 6 ans)

On peut déduire un trouble significatif de la motricité manuelle fine, associée toujours à une lenteur importante.

Développement psychomoteur : Lincoln-Oseretsky

Seuls les items du facteur « motricité globale » (F2) ont été administrés. Le score est de 24/27, soit 85% de réussite. Les coordinations dynamiques générales et la motricité globale sont dans la norme.

Examen du tonus

Tonus de fond : estimation faussée lors de l'épreuve du ballant car le patient facilite le geste avant la saisie du poignet. Néanmoins, la chute freinée des bras évoque la présence de paratonies des membres supérieurs. On n'observe pas de syncinésies à l'épreuve des marionnettes. Lors de la mobilisation passive (épreuve d'extensibilité), on relève une résistance au niveau du pied droit (lors de la flexion du pied). L'épreuve de résistance à la poussée donne une réponse normale.

En conclusion, Yannick présente une lenteur importante générale, un déficit marqué dans les fonctions exécutives (mémoire de travail notamment) et les tâches attentionnelles, des troubles praxiques (gestuelles) et des troubles de motricité manuelle fine, une dysgraphie. On relève des anomalies toniques avec paratonies (membres supérieurs).

Diagnostic psychiatrique

Les éléments retrouvés chez le patient concernant les symptômes et son histoire (anamnèse) suggèrent une schizophrénie mais le diagnostic concernant la forme précise de la maladie n'est pas posé (évocation antérieure de troubles délirants seulement). Yannick présente aussi une potomanie qui nécessite un contrôle régulier de sa consommation d'eau et des restrictions hydriques. Le médecin souligne alors le fait que cette tendance à la potomanie peut engendrer des troubles métaboliques, qui eux-mêmes peuvent être à l'origine de l'apparition d'états confusionnels et, par conséquent aussi, d'éventuels passages à l'acte. Ce trouble constitue donc un véritable problème chez le patient qu'il faut prendre en considération.

De plus, au niveau somatique, Yannick souffre d'épilepsie qui, constituant une comorbidité fréquente avec la schizophrénie, entraîne des troubles d'ordre cognitif (mémoire, attention,

impulsivité,...) et entre donc également en jeu dans la symptomatologie générale du patient.

Traitement : Yannick est également sous N.A.P (traitement au long cours) et anti-épileptique. Il est également traité pour sa cardiomyopathie.

Conclusion, comparaison des bilans et axes de prises en charge

Ainsi, si l'on reprend les éléments des deux bilans psychomoteurs pour ces deux patients schizophrènes, on remarque tout d'abord la lenteur commune (en considérant aussi les effets secondaires des neuroleptiques classiques (syndrome d'indifférence psychomotrice,...)) mais surtout la redondance au niveau cognitif des troubles attentionnels et des fonctions exécutives (plus marqués chez Yannick, mais tous deux montrent néanmoins un déficit dans la mémoire de travail).

Sur le plan moteur, on retrouve des troubles praxiques concernant la motricité fine notamment. Des difficultés graphomotrices sont également relevées. De plus, le ralentissement psychomoteur est significatif chez ces deux patients (bradykinésie importante). Les anomalies toniques font partie des éléments cliniques essentiels, avec la prépondérance d'une hypertonie axiale de fond, mais aussi la présence de paratonies, une perte du ballant des bras chez Antoine et Yannick, à considérer là encore avec la prise de neuroleptiques.

Au niveau psychologique et émotionnel, au-delà des symptômes propres à la maladie, notamment en ce qui concerne les délires (paranoïdes, de persécution), les deux patients présentent surtout une communication verbale (et non verbale) pauvre et une anxiété, un état de tension interne important. Ils sont tous les deux plutôt solitaires, montrent un apragmatisme et un ralentissement psychique notable, un émoussement affectif qui traduit aussi une certaine anhédonie (avec des rires immotivés de temps à autre). En ce qui concerne les troubles de type paranoïde, ils sont plus marqués chez Antoine, la paranoïa incluant une méfiance, un jugement faussé et une inadaptation sociale (André et al., 2004). D'après la CIM-10, la schizophrénie paranoïde est une forme sensible aux neuroleptiques, marquée par des délires de persécution souvent, mais aussi des hallucinations notamment auditives et une perturbation des perceptions. Les symptômes catatoniques et ceux concernant les affects, la volonté, le langage sont jugés plus discrets.

Ainsi, à travers les conclusions de ces bilans, mon but ici n'est pas de démontrer seulement les similitudes observées chez les patients schizophrènes, ni de se limiter à ces troubles alors qu'on

sait l'hétérogénéité et la complexité que présente cette maladie dans l'expression de ces symptômes. De même, la comparaison entre deux sujets seulement n'est évidemment pas suffisante. Néanmoins, on peut reconnaître dans ces cas cliniques par le biais du bilan, certains des principaux symptômes (que l'on peut alors qualifier de psychomoteurs) propres à la schizophrénie et énoncés en première partie. La sémiologie psychiatrique fondamentale quant à elle, ne peut être envisagée que par les observations et l'examen psychiatrique du médecin.

Par conséquent, sans se limiter à ces troubles, l'objectif du bilan pour le psychomotricien est de poser un cadre pour la prise en charge et définir les axes de travail. Les propositions « d'activités » et de rééducation se font en fonction des principales difficultés du patient, mais aussi en fonction du patient lui-même, de ses besoins, de son état de tension et d'anxiété et suivant l'importance des symptômes positifs et négatifs qu'il présente.

Le bilan est donc le premier élément de la prise en charge psychomotrice, sachant que l'objectif ici n'est pas forcément de prouver l'efficacité d'une méthode particulière à travers le test-retest (même si le but reste bien sûr le soin et la réadaptation). Le travail consiste plutôt à analyser l'évolution des patients pris en charge, à partir du bilan mais également à partir des observations cliniques (notamment concernant le comportement général et les interactions) et des éléments rapportés par le sujet lui-même.

Ainsi, en fonction de toutes ces constatations et des résultats obtenus, le but est de comprendre et de définir la place du psychomotricien auprès d'adultes schizophrènes, et plus généralement, dans le cadre d'une Unité pour Malades Difficiles ; service qui suggère la prise en charge d'une population spécifique et qui sous-entend donc peut-être aussi une certaine spécificité dans la façon d'appréhender les pathologies psychiatriques.

Dans le cas d'Antoine, la suggestion de la relaxation se justifie par l'état de tension et la méfiance qu'il manifeste à l'égard de l'environnement, ajoutés au fait des anomalies toniques. Pour Yannick, le travail sur les troubles du tonus est proposé par le biais de la pratique du trampoline, sachant aussi qu'il n'a pas adhéré dans un premier temps à la relaxation. Nous verrons que désormais, le couplage des deux activités est possible et lui semble bénéfique.

Nous allons donc aborder et approfondir ces deux axes de travail que sont la relaxation et la pratique du trampoline, en s'appuyant sur les conclusions des bilans et sur les observations cliniques. De même, il est primordial de tenir compte du ressenti et de la motivation propres à chacun des patients et qui vont conditionner le déroulement de la rééducation.

La relaxation

Tout d'abord, il me paraît important de discuter de son utilisation chez les personnes schizophrènes. En effet, une grande majorité des écrits et des recherches contre-indique la pratique de la relaxation chez les sujets présentant des psychoses (André et coll., 2004). C'est pourquoi je me dois de préciser le type de relaxation choisie et les modalités de son utilisation, pour ne pas aller à l'encontre de son aspect thérapeutique. Ainsi, après avoir présenté brièvement les deux grands types de relaxation couramment utilisés en psychomotricité, nous nous attarderons sur la méthode choisie dans le cadre de l'U.M.D. En m'appuyant sur le cas d'Antoine, mon but est donc de retranscrire ici les effets d'une méthode basée sur la détente neuro-musculaire de Jacobson et adaptée aux patients psychotiques. De plus, c'est par l'observation clinique mais aussi surtout par le ressenti et la verbalisation du patient lui-même que l'apport d'une telle méthode, soutenu par quelques autres études (Lapasset, 2008), pourra être justifié. Il ne s'agit évidemment pas de défendre son usage systématique dans le traitement de la schizophrénie mais de proposer et illustrer simplement cette technique, à prendre comme un outil de travail qui peut s'avérer judicieux en fonction de l'individu et de sa symptomatologie psychiatrique et psychomotrice.

Le Training Autogène de Schultz

Il s'agit d'une méthode à point de départ psychothérapeutique, avec une forte composante cognitive. On peut qualifier cette technique de « pluridimensionnelle » car elle agit sur la détente musculaire et sur l'ensemble des manifestations du système autonome. En effet, le cycle inférieur (le plus souvent utilisé) du training autogène se déroule sous les consignes du thérapeute, permettant au patient un grand calme, une détente physiologique (bras, jambes, plexus solaire, front,...) et une distanciation à l'égard des perturbations internes et externes. Les consignes touchent d'abord la lourdeur, puis la chaleur, le rythme cardiaque et la respiration (Hissard, 1988). Ces sensations, notamment de lourdeur et de chaleur, peuvent être difficilement accessibles chez les personnes schizophrènes.

Autrement dit, du fait de cette importante composante cognitive nécessitant des capacités d'abstraction et une « recherche » active des sensations internes (lourdeur, chaleur, fraîcheur,...), la méthode Schultz n'est pas recommandée et même contre-indiquée pour les personnes souffrant de psychoses. Elle pourrait provoquer chez les patients des réactions indésirables et déclencher des mécanismes se rapprochant de leur symptomatologie positive (délires, interprétations,...). De même, elle sous-entend que l'individu possède déjà une certaine conscience et reconnaissance de son corps (image du corps), ce qui n'est pas évident et constitue souvent un trouble en lui-même dans la schizophrénie (comme nous l'avons vu en première partie).

La méthode Jacobson

Créée par Edmund Jacobson, la méthode de ce nom se base sur les travaux du chercheur en physiologie et est considérée comme le modèle de référence de toutes les relaxations neuromusculaires (que nous ne développerons néanmoins pas ici) à point de départ physiologique. Ainsi, Jacobson définit la relaxation comme « l'absence de toute contraction musculaire s'exprimant du point de vue électromyographique par un silence électrique absolu ».

Cette technique (raccourcie par Wolpe) consiste à faire prendre conscience à la personne de ses tensions musculaires même minimales pour ensuite apprendre à les réduire. Elle peut être utilisée comme préparation au training de Schultz car elle nécessite un travail de concentration sur la sensibilité proprioceptive et kinesthésique. En effet, pour commencer, le thérapeute peut faire prendre conscience des tensions à son patient en lui demandant un mouvement de flexion puis d'extension du bras, tout en lui saisissant le poignet pour s'y opposer. Puis le patient produira seul la décontraction sans se préparer en tension. Ainsi, on met en jeu différents groupes musculaires tels

que ceux du dos, du thorax, de la jambe et du pied mais aussi le cou, les mâchoires... pour permettre à la personne de pousser de plus en plus la relaxation.

Rentrant dans ce que l'on appelle l'abord corporel, cette méthode permet aussi une évolution du vécu corporel qui devient agréable et mieux accepté. Les patients se ré-intéressent à leur corps, ils le réinvestissent peu à peu, et le situe tel qu'il est réellement (corps perçu comme un espace topologique propre au sujet). Pour le thérapeute, la relaxation peut être également un moyen efficace d'aborder les malades quand le dialogue est difficile. Ainsi, elle a pour objectif de contrôler l'anxiété, l'émotion et l'état de tension interne, et d'améliorer l'image que la personne se fait de son corps.

La relaxation type Jacobson fait donc partie des techniques basées sur l'alternance entre contraction et décontraction des muscles. Qualifiée de relaxation progressive (Jacobson, 1980), elle se concentre sur le groupe de muscles à travailler ; l'objectif pour le patient est qu'il parvienne à prendre conscience de son état de tension actuelle. On peut alors éventuellement dire que cette méthode agit sur la notion « d'ici et maintenant » de manière concrète, en suggérant uniquement la concentration de la part du sujet sur son propre état de contraction musculaire. Nous allons ensuite voir que pour les patients de l'U.M.D, cette concrétisation de l'état de tension est renforcée par l'utilisation de balles en mousse que le psychomotricien passe simplement sur les différentes parties du corps travaillées. Le patient, en reproduisant le trajet de la balle dans sa tête, parvient alors plus facilement à situer, cibler et ressentir les parties de son corps.

Prise en charge d'Antoine en relaxation

Il semble d'abord utile de reprendre quelques éléments concernant le comportement général d'Antoine, éléments relevés par le médecin lors des entretiens mais aussi par l'équipe soignante dans son attitude au quotidien. Antoine présente un syndrome interprétatif marqué, qui le pousse à se sentir persécuté (manifestation délirante) parfois au moindre regard, sourire ou expression d'un autre patient ou d'un membre du personnel. Antoine n'a que partiellement conscience de sa schizophrénie mais peut reconnaître sa part de responsabilité lors d'une altercation avec un autre patient par exemple. Il manifeste une anxiété et une tension importantes, qui peuvent le conduire parfois à des moments d'agitation (et éventuellement risque d'hétéro-agression).

La forte problématique familiale (*cf* anamnèse) est aussi à intégrer pleinement dans la maladie psychiatrique d'Antoine, qui a exprimé le souhait de s'en sortir après son passage à l'U.M.D.

En ce qui concerne la rééducation, il est important de toujours se resituer dans le contexte, c'est à dire de prendre en compte certes les aspects de la maladie en elle-même mais également plus simplement le fait que, face à un public adulte, il n'est pas toujours évident de faire accepter ses propositions de prise en charge et de motiver les patients.

Ainsi, pour sa première séance en psychomotricité (janvier 2012), Antoine s'est montré un peu opposant. Le protocole de relaxation n'avait alors pas encore commencé, il s'agissait de présenter quelques exercices d'étirements et de coordinations (reproduction de mouvements proposés par le thérapeute,...) pour introduire un peu la prise en charge et mettre en confiance le patient. Antoine n'a pas vraiment adhéré et avait hâte que la séance se termine, séance qui a duré une dizaine de minutes. Notons au passage que la durée des prises en charge en général pour tous les patients excède rarement trente minutes. En effet, au bout de vingt à trente minutes, ils sont souvent moins attentifs et certains se disent fatigués (par exemple lorsqu'ils ont fait un peu de trampoline suivi de jeux de lancé de balles, ou d'exercices nécessitant un certain degré de concentration et d'entraînement par répétition pour être réussi : utilisation du « bâton du diable » par exemple, activité qui suscite la coordination et l'anticipation des mouvements,...) ; soulignons les effets des traitements qui peuvent avoir un impact sur la concentration et la fatigabilité.

La suite de la prise en charge avec Antoine s'est donc centrée sur la relaxation progressive de type Jacobson et adaptée à sa pathologie, en respectant les étapes du protocole au fil des séances. En tout, il a fallu environ huit séances pour aboutir à la méthode complète. Notons que la durée de ces dernières augmente au fur et à mesure de l'ajout de consignes (on passe de quelques minutes au début à environ 15 minutes en fin de protocole). Cet allongement progressif du temps de relaxation inhérent à la méthode s'est donc avéré être un bon moyen de « capter » Antoine et de l'impliquer pleinement dans son projet thérapeutique sur des périodes de plus en plus longues. En effet, la participation active à la rééducation et la bonne coopération sont des éléments essentiels chez ces patients pour qui l'expression des symptômes schizophréniques (notamment négatifs) altère souvent de manière significative leur mode de communication (verbal et non verbal).

La méthode progressive adaptée

Le protocole entier est le suivant :

- « Fermez les yeux. Votre respiration est tranquille » (on peut alors poser simplement la main sur le ventre du patient afin qu'il ressente mieux ces respirations et pouvoir éventuellement les compter ; on en fait une dizaine).
- « Vous allez serrer la balle qui est dans votre main quand je vous le dirai pendant cinq secondes : allez-y » (on compte à voix haute les cinq secondes) puis « vous pouvez relâcher, reprenez une respiration régulière ». (le patient répète 2 ou 3 fois l'exercice avec un bras puis 2 ou 3 fois avec l'autre bras. « Serrez maintenant les deux balles en même temps (cinq secondes), relâchez ». On passe ensuite la balle sur les deux bras du patient, en partant d'une main et en arrivant sur l'autre main. « Concentrez-vous sur le contact de la balle avec votre bras », puis « vous allez refaire le trajet de la balle dans votre tête, en partant de la main droite, vous remontez jusqu'à l'épaule, puis le bras gauche jusqu'à votre main gauche ».
- « Vous allez maintenant contracter les muscles du visage pendant cinq secondes, vous ouvrez la bouche et plissez le front, puis vous relâchez ». On passe ensuite la balle sur le front, une joue, le menton puis l'autre joue du patient en verbalisant ce qu'on fait ; « concentrez-vous sur le contact de la balle avec votre visage », puis sans intervenir, on dit simplement : « vous allez refaire le trajet de la balle dans votre tête » et on décrit à nouveau le trajet (on répète 2 fois l'enchaînement de la séquence).
- « Vous allez maintenant lever la tête et la rapprocher de votre poitrine pour contracter les muscles du cou pendant cinq secondes, puis vous relâchez, soufflez. Concentrez-vous sur les muscles de votre cou qui sont maintenant relâchés et sur le contact de l'arrière de votre tête avec le coussin » (faire 2 fois l'exercice).
- « Vous allez écarter les bras (cinq secondes) puis les ramener près du corps, soufflez ». On dessine ensuite trois cercles sur chaque épaule du patient pour cibler les muscles sollicités, puis « vous allez refaire le trajet de la balle mentalement, sur une épaule puis l'autre » (faire 2 fois l'exercice).
- « Vous arquez le dos (cinq secondes) et relâchez » (deux fois). « Vous vous concentrez sur les zones de contact du haut jusqu'en bas du dos et vous appréciez la différence de contraction ».
- « Vous allez maintenant lever la jambe, pied vers l'intérieur et en flexion (cinq secondes) puis relâchez » (deux fois). On passe la balle le long de la jambe puis le patient refait le trajet mentalement ; idem pour l'autre jambe (deux fois aussi).
- « Vous êtes maintenant complètement détendu, vous allez vous concentrer une dernière fois

sur les zones de contact que l'on vient de voir » (on énumère succinctement les différentes parties du corps travaillées).

- « Maintenez un peu cet état de détente, puis quand vous le souhaitez, vous ferez les mouvements de reprise » (ces derniers consistent à ramener les bras contre la poitrine (flexion) dix fois). Le patient peut ensuite se rasseoir, la relaxation est terminée.

Notons qu'il ne faut pas forcer la contraction des différents muscles mis en jeu, le but n'est pas de ressentir la douleur. De même, la notion de symétrie du corps est importante en relaxation. Pour les membres, on travaille donc un côté puis l'autre (pour les bras et les jambes) et si possible les deux ensemble (pour les bras). Ajoutons que la répétition et l'entraînement sont nécessaires à l'efficacité de la relaxation, c'est pourquoi nous utilisons un protocole, certes adapté, mais qui reste ensuite toujours le même pour le patient. Nous suggérons aussi, dans la mesure du possible, que le patient essaye de se relaxer seul, quand il est dans sa chambre par exemple. Il peut alors se redire les consignes mentalement même sans l'aide des balles, l'objectif étant de favoriser l'autonomie et l'auto-contrôle chez des patients sujets à l'impulsivité et à l'anxiété.

Effets de la prise en charge

Les éléments rapportés par le patient lui-même et ceux observés au cours des séances laissent à penser que la relaxation a un effet bénéfique sur Antoine (à court terme du moins). En effet, malgré le fait qu'il ne verbalise pas beaucoup son ressenti, il nous répond que cela lui « fait du bien » quand on lui pose la question en fin de séance. Au fur et à mesure, Antoine dit mieux ressentir le trajet de la balle et parvenir un peu à refaire ce trajet dans sa tête (notamment lorsqu'il n'a pas les balles ; il s'entraîne parfois seul nous dit-il).

Il peut s'avérer néanmoins assez difficile de se rendre compte de l'extérieur des bienfaits « physiologiques » de la relaxation. On remarque toutefois, en comparaison avec les premières séances, moins (même absence) de mouvements pendant le temps de détente, et notamment moins de mouvements oculaires et des paupières, que l'on observait même lorsque le patient avait les yeux fermés. Pour ce qui est de la tendance à l'hypertonie de fond, elle semble persister mais les exercices de contraction-décontraction des muscles permettent au patient de ressentir la différence de leur état de tension. La respiration quant à elle, est régulière et « lente » pendant les séances, suggérant donc la détente du patient.

On note surtout de manière générale une plus grande disponibilité d'Antoine, une certaine confiance aussi (importante chez ce patient qui reste très interprétatif) qui se manifeste notamment par l'accès plus facile à l'humour ; il semble prendre plaisir à venir en séance et l'anxiété diminue durant celle-ci.

Ajoutons que pour certains patients (non dans le cas d'Antoine), quelques minutes de massages (pratiqués par le psychomotricien, formé à la technique) peuvent succéder à une séance de relaxation. En effet, le massage est indiqué dans les psychoses, en ce qui concerne les troubles de l'image du corps et l'anxiété notamment (André et coll., 1996). Il facilite la prise de conscience des limites du corps, et la reconnaissance de ce dernier comme sien. De même, « le toucher thérapeutique et la verbalisation qui l'accompagne permettent de lutter contre les impressions de morcellement » (André et al., 2004, p. 131). Il est alors à utiliser en fonction de l'état du sujet, de ses envies et de sa symptomatologie positive ; il pourrait s'avérer une contre-indication chez un patient tel qu'Antoine, avec un mécanisme délirant de type interprétatif marqué, associé au thème de persécution par exemple. En revanche, des exercices d'étirements en fin de séance peuvent être proposés pour travailler entre autres la prise de conscience du schéma corporel.

La relaxation vise donc la reprise de l'élaboration de la représentation corporelle par les patients, autrement dit un « réinvestissement » de l'image du corps. Cependant, précisons que dans ce domaine, il n'y a pas de réelles certitudes (basées sur des démonstrations scientifiques) à propos des résultats obtenus, mais des effets observables et certaines concordances entre relaxation et image du corps. C'est pourquoi il est important de poser un cadre quant à son utilisation, pour rendre compte au mieux de ses effets sur les patients. Ainsi, selon André (2004, p. 180), dans les psychoses, « la relaxation est difficile mais permet cependant, lorsque sont mis en avant les éléments de permanence, d'unité et de réel, un travail de représentation du corps ».

Le trampoline

L'étude d'Aubert et Rech (1993) est une bonne base pour expliquer et justifier l'utilisation du trampoline dans la prise en charge psychomotrice chez un sujet adulte présentant un trouble psychiatrique. En effet, leur travail avec un patient psychotique témoigne de l'efficacité de la pratique du trampoline sur différents troubles moteurs observés dans les psychoses, où s'inclut par conséquent la schizophrénie. Ainsi, les auteurs ont déjà démontré l'impact bénéfique de cet outil dans plusieurs domaines tels que les coordinations dynamiques, la posture et l'anticipation mais aussi l'orientation spatiale et le rythme, outil qui s'adapte alors très bien comme j'ai pu également le constater à une population d'adultes.

En effet, nous allons voir à travers le cas de Yannick, que la pratique du trampoline s'avère être bénéfique sur les troubles du tonus et de la posture mais pas seulement. Nous verrons aussi qu'une telle activité permet de développer chez les patients schizophrènes une certaine confiance en eux ainsi que l'expression des émotions et du sentiment de plaisir parfois, par rapport à une situation qui ne leur est, pour la plupart, pas familière. Le trampoline mélange alors des composantes motrices et émotionnelles qui se veulent présentes et liées entre elles dans la schizophrénie.

Prise en charge de Yannick

Pour Yannick, la suggestion du trampoline découle principalement de ses difficultés au niveau tonique. En ce qui concerne les coordinations, malgré le fait que le bilan ne souligne pas de troubles spécifiques (item « motricité globale » du Lincoln-Oseretsky), certains signes sont présents, liés entre autres aux anomalies du tonus (lenteur, difficultés pour la double tâche, rigidité globale du corps) et peuvent entraîner des incoordinations. Selon Picq et Vayer (1984), le saut constitue « l'exercice de coordination globale par excellence ». Dans cette perspective, on comprend alors aisément que le trampoline soit un bon outil pour travailler les coordinations générales des membres supérieurs/inférieurs de l'ensemble membres-tronc-tête, mais également l'ajustement postural, l'équilibre et l'orientation spatiale (Aubert, Rech, 1993).

Yannick peut présenter une humeur fluctuante et une intolérance à la frustration. Il s'exprime peu, possède une conscience de soi et une élaboration mentale faibles. Le choix et la prise d'initiative sont très difficiles pour le patient. L'épilepsie associée joue un rôle dans les troubles cognitifs rencontrés chez Yannick, ajoutée au fait de la maladie en elle-même. Le déficit attentionnel mais surtout mnésique est à prendre en compte, d'autant qu'il peut parfois passer

« inaperçu ». En effet, Yannick s'exprimant peu, il est parfois difficile de savoir ce qu'il retient des séances. Le bilan et certaines observations nous ont permis de nous rendre compte de l'existence de troubles importants de la mémoire ; pour exemple, le patient ne se souvient pas de dessins qu'il a réalisés sur plusieurs séances en ergothérapie.

Au niveau moteur, comme nous l'avons vu, Yannick présente des troubles praxiques (problèmes de réversibilité), toniques (paratonies), avec une apparence « en bloc » (défaut de dissociation des ceintures, hypertonie axiale). On relève également une lenteur.

Ainsi, les observations et conclusions que nous allons retirer de la pratique du trampoline portent sur plus de dix séances (une par semaine dans le cadre de mon stage, je n'étais donc pas présente les fois où Yannick avait une autre séance dans la semaine), sachant que leur nombre précis ne constitue pas en soi un élément primordial dans le cadre d'une telle prise en charge, si l'on considère le contexte et la problématique psychiatrique des patients de l'U.M.D.

Notons que la durée des séances au trampoline est de quelques minutes (dix maximum) car l'activité est rapidement fatigante sur le plan physique d'une manière générale, cette fatigue étant majorée chez certains patients, suivant leur condition physique mais aussi de par les traitements et la pathologie. Un autre exercice ou jeu succède donc au trampoline au cours d'une séance. Il peut s'agir comme nous l'avons évoqué précédemment de lancer de balles (les patients apprécient souvent de faire deux ou trois parties et acceptent facilement de perdre au travers du jeu), d'activités de jonglage (bâton du diable, diabolo), frisbee, mais aussi de la relaxation. Cette dernière proposition va particulièrement nous intéresser dans le cas de Yannick qui, depuis quelques séances, semble prendre plaisir à se détendre après avoir fait du trampoline, alors que la relaxation ne l'intéressait pas auparavant. Mais avant de considérer le couplage de ces deux activités, voyons comment se sont déroulés l'apprentissage du trampoline et la progression des séances dans le temps.

L'apprentissage du trampoline

En ce qui concerne l'outil en lui-même, il s'agit d'un trampoline rond pour adultes (100 kg maximum), fermé par un filet d'une hauteur légèrement plus importante que celle d'un adulte moyen. Notons que ce filet assure la sécurité des patients lorsqu'ils sont déséquilibrés et/ou projetés vers l'extérieur, il constitue donc un élément à prendre en compte dans la façon d'appréhender l'activité par la personne ; en effet, certains patients auraient sans doute beaucoup plus hésité en l'absence de filet.

Pour Yannick, le temps d'adaptation n'a pas été long au regard d'une éventuelle anxiété ou peur des premiers sauts. Une à deux séances de quelques minutes ont suffi pour qu'il se sente à l'aise ; le patient nous précise alors qu'il n'en a jamais fait auparavant.

Sur le plan somatique, on peut penser que la cardiomyopathie dont souffre Yannick pourrait constituer un élément de contre-indication quant à la pratique du trampoline. Néanmoins, l'avis du médecin et le fait que les séances soient courtes et au rythme du patient ont permis la prise en charge. Des petites pauses peuvent alors être faites entre les consignes et démonstrations du thérapeute, car lorsque l'on parle de rythme, c'est tout d'abord le trampoline lui-même qui va l'imposer dans les sauts (et constitue de ce fait une certaine forme de feedback), le patient jouant davantage un rôle dans la durée des séquences.

Ainsi, l'apprentissage des différents sauts s'est fait par le biais du « modeling » (Aubert, Rech, 1993). Autrement dit, Yannick intègre les exercices après démonstration du thérapeute au sol, ce qui lui permet de visualiser d'abord un mouvement simple (un saut en écartant les pieds par exemple) puis par la suite, un enchaînement rythmé de plusieurs sauts différents composant une séquence. Notons que certains types de sauts ne peuvent être montrés au sol (le « tomber assis » par exemple) ; dans ce cas, il est expliqué pour être appris puis est nommé d'une seule façon tout au long des séances. Le fait de nommer un saut de manière précise et constante permet déjà de lui donner un certain rythme. Le patient associe le mot au mouvement et ce dernier sera alors plus facilement intégré à une séquence motrice.

Les différents exercices proposés, par difficulté croissante

- « Le saut simple » : pieds légèrement écartés, rester au centre du trampoline (présence d'un repère central sur la toile), petite amplitude.
- « Le saut pieds joints » : amplitude plus marquée.
- « Le saut pieds devant/derrière » : alterner le pied gauche/droit devant/derrière (en fente) à chaque saut.
- « Le saut pieds joints sur le côté » : alterner les sauts à gauche puis à droite du repère central.
- « Le saut en tournant » : il constitue un exercice plus complexe qui se compose de trois types de sauts :
 - « le saut $\frac{1}{4}$ de tour » (à Droite et à Gauche),
 - « le saut $\frac{1}{2}$ tour » (D et G),
 - « le saut avec tour complet » (D et G).
- « Le saut en touchant les talons ou les genoux ».
- « Le saut écart » : en l'air, écarter et monter les jambes.
- « Le tomber assis ».

L'objectif est ensuite de combiner ces éléments afin d'organiser des séquences motrices. Notons que le degré de difficulté est également dépendant de chaque patient. En effet, les trois derniers types de sauts énoncés peuvent être acquis avant les sauts avec rotation (en fonction des problèmes d'équilibre, de coordinations membres-tronc-tête,...). De même, l'appréhension entre en ligne de compte et s'observe dans des situations différentes selon les personnes ; les sauts demandant davantage d'amplitude (« saut écart ») ou le fait de se « laisser tomber assis » peuvent s'avérer plus anxiogènes chez certains.

Effets de la prise en charge au trampoline

Comme nous l'avons dit plus haut, Yannick n'a pas manifesté d'appréhension particulière quant à la pratique du trampoline. On notera cependant que le « tomber assis » a été un peu plus compliqué à réaliser. Malgré une communication assez pauvre, Yannick possède un bon niveau de compréhension générale et donc de compréhension des consignes, il s'est montré volontaire et attentif au cours des séances. Les premiers essais ont été marqués par l'apparition de sourires lors des sauts, sourires que l'on peut qualifier d'immotivés (alors que le visage de Yannick était plutôt amimique et figé) et qui se rattachent à la symptomatologie (dissociative) de la schizophrénie. Ces comportements se sont peu à peu estompés au fil de la prise en charge.

L'attitude générale de Yannick sur le trampoline reflète certaines anomalies toniques. Il est plutôt hypertonique, les bras sont peu mobiles et l'amplitude des sauts est assez faible. Le patient peut être déséquilibré parfois mais regarde bien en face de lui, ce qui l'aide à réaliser des sauts droits. Les différences principalement observées entre le début de la pratique et après une dizaine de séances résident dans les capacités de coordinations générales de Yannick et d'ajustement postural. En effet, malgré une tendance à l'hypertonie axiale persistante et une faible dissociation des ceintures, le patient semble plus « à l'aise » dans l'exécution globale des mouvements, qui s'enchaînent de manière plus fluide et sans hésitations.

Ainsi, ce n'est pas tant en quantité d'exercices et d'enchaînements que Yannick a évolué mais plutôt dans la réalisation de plus en plus spontanée et sans erreurs d'enchaînements. Le patient paraît plus « autonome » dans la pratique du trampoline, il réagit plus instantanément aux consignes, garde mieux les éléments en mémoire et anticipe davantage les mouvements successifs composant une séquence. L'effet de l'apprentissage et de l'entraînement à une habileté motrice se traduit notamment par ce phénomène d'anticipation posturale. Le saut au trampoline sous-entend la notion de feedback donné par la toile elle-même et constituant un élément essentiel à l'apprentissage et à la spécialisation d'une tâche (motrice ici).

Sur le plan émotionnel, Yannick verbalise davantage son ressenti après plusieurs séances. Il évoque le fait que cela lui « fait du bien », et rattache les effets du trampoline aux sensations « physiologiques » (fatigue, augmentation de la fréquence cardiaque) qu'il ressent. De plus, la possibilité d'introduire désormais la relaxation dans la prise en charge, et le jugement positif que Yannick porte dessus démontrent le double « retentissement » du trampoline ; des améliorations toniques et un meilleur investissement du corps, qui se couplent aux effets de la relaxation.

Discussion et conclusion générale

Un des objectifs de ce mémoire était de mettre en relation directe les troubles psychomoteurs étudiés sur le plan théorique dans la schizophrénie, et leurs manifestations cliniques observables chez les malades. En effet, les bilans réalisés chez deux patients et les prises en charge qui en ont découlé ont permis de souligner la présence de certains signes (neurologiques doux entre autres) et perturbations caractéristiques de la maladie. Néanmoins, à travers les exemples de la relaxation et du trampoline, le travail a davantage porté sur la rééducation des troubles moteurs, laissant un peu de côté la composante cognitive pourtant prégnante et très étudiée dans la schizophrénie (Prouteau et al., 2011 ; Saoud, d'Amato, 2006). Il semble alors important de discuter de ces aspects cognitifs que je n'ai pas vraiment développé dans les prises en charge d'Antoine et Yannick. En effet, si les conclusions tirées des deux bilans suggéraient également d'importantes difficultés dans les fonctions exécutives, la mémoire de travail et l'attention, le rôle du psychomotricien dans le cas de l'U.M.D porte davantage sur un travail moteur et corporel proposés aux patients.

Ce rôle doit donc être appréhendé dans son contexte, autrement dit auprès d'une population présentant une problématique psychiatrique spécifique et complexe telle que celle d'une U.M.D. De plus, il semble judicieux de prendre en considération toutes les composantes mises en jeu à travers le trampoline par exemple. Car le fait de se concentrer sur les consignes et les enchaînements et de les mettre en mémoire, constituent d'elles-mêmes un certain entraînement cognitif, notamment chez des patients présentant un fort déficit mnésique comme Yannick. De même, renforcer le patient sur des tâches davantage « motrices » peut sembler plus adapté car ces dernières le mettent souvent moins en échec. La motivation et l'implication sont facilitées par la mise en action motrice et directe du patient. De plus, comme nous l'avons vu dans la partie théorique, le travail sur la coordination motrice et l'aspect biologique des mouvements permet de façon indirecte d'aborder le domaine de la cognition sociale ; piste qui paraît très intéressante à développer dans une perspective de traitement non médicamenteux de la schizophrénie (Lazerges et al., 2011).

De plus, l'intervention de la psychologue dans la prise en charge pluridisciplinaire inclut le travail sur les interactions et habiletés sociales, éléments essentiels dont les perturbations conduisent à la désadaptation sociale des patients (entraînement aux habiletés sociales (Pilling et al., 2002), thérapie à remédiation cognitive (Wykes et al., 2003) évoqués en première partie).

Pour revenir maintenant à l'intervention spécifique du psychomotricien auprès des personnes schizophrènes mais aussi plus généralement en psychiatrie, on peut dire qu'elle s'intègre dans une perspective de soin et de réadaptation globale de l'individu à son environnement social. Car toute la complexité de la maladie mentale est due au fait « qu'elle touche l'homme dans son entier, c'est à dire dans son humanité, dans sa façon d'être dans le monde, dans ses relations avec les autres hommes » (André, P., 1997). Ainsi, dans le cas d'une U.M.D (mais pas seulement), cette intervention prend en compte l'histoire du patient et le contexte de sa maladie, afin de répondre au mieux à ses besoins et à la problématique psychiatrique associée à la problématique psychomotrice. D'après Bottéro, A. (2008, p. 265), « après plusieurs années d'évolution, les patients souffrant de schizophrénie ont appris à se connaître, à mesurer leurs limites, par la force des choses. Ils savent qu'ils sont fragiles, que leur résistance psychologique est restreinte, que certaines circonstances risquent de les déborder et d'entraîner leur rechute ». De même, il ajoute pour évoquer le passage à l'acte, qu' « il est toujours extrêmement difficile de faire la part entre ce qui revient à ses circonstances exactes de survenue et ce qui revient à la maladie » (Bottéro, 2008, p. 52).

On peut alors penser que réside ici tout le paradoxe de la maladie, notamment chez des patients tels que ceux rencontrés en U.M.D. Cette réflexion peut en effet s'appliquer à propos des patients chez qui la problématique psychiatrique est rattachée au niveau social, à la notion de dangerosité. En effet, malgré l'agressivité soulignée chez eux, ces patients n'en restent pas moins fragiles sur le plan psychologique et émotionnel, ceci nécessitant par conséquent leur besoin de soins. C'est dans cette perspective de réadaptation que les professionnels paramédicaux se placent alors. Dans le cas de l'U.M.D, le psychomotricien tient sa place de thérapeute de rééducation, tout en prenant en compte le besoin de cadre, de structuration et d'auto-contrôle des patients ; l'autonomie et la prise de conscience de leurs troubles passent entre autres par le fait de se réapproprier une identité, ce qui justifie le rôle de la relaxation et des activités davantage « motrices ». Ces exercices permettent en effet aux patients en plus des retombées « physiologiques », une appréhension différente de leurs actions et leur place dans le milieu.

Le rôle du professionnel est aussi de donner des clés à ces patients (telle que la technique de relaxation) dans un objectif de contrôle et d'autonomie à plus long terme, après leur sortie de l'U.M.D. En effet, beaucoup proviennent de services de psychiatrie qu'ils réintègrent après leur séjour (plus ou moins long), et certains d'entre eux ont évoqué avant leur départ leur ressenti concernant une impression de « mieux-être », effet que l'on doit bien sûr à l'ensemble de l'équipe soignante. Certes, la problématique de certains patients conduit sans doute à la crainte d'une rechute possible mais le fait de constater un changement entre leur arrivée et leur sortie du service, et

surtout le fait que certains expriment et parviennent à verbaliser ce changement, est déjà le résultat d'un acte thérapeutique en soi.

Ainsi, l'association et la complémentarité entre chimiothérapie et prises en charge non médicamenteuses paraît essentielle pour viser une thérapie globale et individuelle de la personne, afin de « lutter contre le processus de désocialisation » (Prouteau et coll., 2011) tant connu dans la schizophrénie. Comprenant le traitement des symptômes caractéristiques de la maladie mais aussi celui des multiples troubles associés, où s'intègrent certaines manifestations motrices et psychomotrices (notamment en ce qui concerne les signes doux), cette thérapie inclut donc le psychomotricien à part entière, dans son organisation et dans son action auprès de patients schizophrènes mais également plus généralement, auprès de personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Bibliographie

André, P., Benavidès, T., Canchy-Giromini, F. (2004). *Corps et psychiatrie* (2ème édition). Paris : Heures de France.

Aubert, E., Rech, M.P. (1993). Rééducation psychomotrice et pratique du trampoline : la psychomotricité a-t-elle du ressort ? *Evolutions Psychomotrices*, 21, 15-22.

Bottéro, A. (2008). *Un autre regard sur la schizophrénie : De l'étrange au familier*. Paris : Odile Jacob.

Brazo, P., Delamillieure, P., Morello, R., Halbecq, I., Marié, R.M., Dollfus, S. (2005). Impairments of executive/attentional functions in schizophrenia with primary and secondary negative symptoms. *Psychiatry Research*, 133, 45-55.

Canchy-Giromini, F. (2001). *Corps et paroles sur le corps*. Paris : Vernazobres-Gregio.

Chan, R.C.K., Gottesman, I.I. (2008). Neurological soft signs as candidate endophenotypes for schizophrenia : A shooting star or a Northern star ? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 957-971.

Chan, R.C.K., Xu, T., Heinrichs, R.W., Yu, Y., Wang, Y. (2009). Neurological Soft Signs in Schizophrenia : A Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 1-15.

Corraze, J. (1999). *Les troubles psychomoteurs*. Marseille : Solal.

Corraze, J. (2010). Psychomotricité : Histoire et validation d'un concept. In C. Matta Abi-Zeid, J.M. Albaret (Eds.), *Regards sur la psychomotricité libanaise (2000-2010) : de la théorie à l'examen psychomoteur* (pp. 11-28). Beyrouth : Université Saint-Joseph.

Gay, O. (2010). *Gyrification corticale et signes neurologiques mineurs dans les troubles schizophréniques*. Master Recherche en Sciences Cognitives, Paris Descartes.

Heuser, M., Thomann, P.A., Essig, M., Bachmann, S., Schröder, J. (2011). Neurological signs and morphological cerebral changes in schizophrenia : An analysis of NSS subscales in patients with first episode psychosis. *Psychiatry Research : Neuroimaging*, 192, 69-76.

Hissard, M.J. (1988). *Les relaxations thérapeutiques aujourd'hui*. Paris : Harmattan.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (1999). *Synopsis de psychiatrie : Psychiatrie de l'adulte I*. Paris : Masson-Williams & Wilkins.

Lapasset, J.A. (2008). Prise en charge des troubles psychomoteurs dans le cadre de la réhabilitation cognitive des schizophrènes : Une approche pragmatique du processus d'intégration. *In : Entretiens de psychomotricité* (pp. 43-53). Paris : Expansion Formation et Editions.

Lazerges, P.E., Cermolacce, M., Fakra, E., Tassy, S., Azorin, J.M., Huguet, P., Kelso, J.A.S., Oullier, O. (2011). Dynamique des coordinations sensorimotrices interpersonnelles chez les patients schizophrènes : introduction d'un nouveau paradigme. *L'Encéphale, Supplément 2*, 100-109.

Lerner, V., Miodownik, C. (2011). Motor Symptoms of Schizophrenia : Is Tardive Dyskinesia a Symptom or Side Effect ? A Modern Treatment. *Curr Psychiatry Rep*, 13, 295-304.

Llorca, P.M., Chéreau-Boudet, I., Lachaux, B., Lançon, C., Lombertie, E.R., Trarieux, A.M. (2005). *Les troubles psychotiques*. Paris : Masson.

Morrens, M., Hulstijn, W., Lewi, P., Sabbe, B. (2008). Bleuler revisited : Psychomotor slowing in schizophrenia as part of a catatonic symptom cluster. *Psychiatry Research*, 161, 121-125.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2003). *CIM-10/ICD-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche*. Paris : Masson.

Peretti, C.S., Martin, P., Ferreri, F. (2004). *Schizophrénie et cognition*. Paris : John Libbey Eurotext.

Pilling, S. and al. (2002). Psychological treatments in schizophrenia : II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine*, 32, 783-791.

Prouteau, A. et coll. (2011). *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie*. Paris : Dunod.

Saoud, M., d'Amato, T. (2006). *La schizophrénie de l'adulte, des causes aux traitements*. Paris : Masson.

Simonet, M., Brazo, P. (2005). Modèle cognitivocomportemental de la schizophrénie. *EMC-Psychiatrie*, 2, 62-80.

Swerdlow, N.R. (2011). Are we studying and treating schizophrenia correctly ? *Schizophrenia Research*, 130, 1-10.

Treillet, L., Rouyère, N., Mechler, I. (2008). Présentation d'outils d'exploration des profils psychomoteurs en psychiatrie adulte. In : *Entretiens de psychomotricité* (pp. 3-18). Paris : Expansion Formation et Editions.

Tsoi, D.T.Y., Hunter, M.D., Woodruff, P.W.R. (2008). History, aetiology, and symptomatology of schizophrenia. *Psychiatry*, 7, 10, 404-409.

Wykes, T. and al. (2003). Are the effects of cognitive remediation therapy (CRT) durable ? Results from an exploratory trial in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 61, 163-174.

Résumé

La schizophrénie est une maladie psychiatrique complexe et hétérogène, dont le tableau clinique dépend de multiples facteurs, selon un modèle dit biopsychosocial. Ainsi, on relève chez les patients schizophrènes divers troubles d'ordre cognitif, psychologique mais également moteur. De même, la présence de signes neurologiques doux sous-entend l'existence d'un endophénotype qui serait propre à la maladie. Les nombreuses manifestations motrices rencontrées chez les patients permettent alors entre autres d'inclure la psychomotricité au sein même de la prise en charge thérapeutique. A travers le bilan et le travail réalisé en Unité pour Malades Difficiles (U.M.D) auprès de deux patients, le but est de montrer en quoi les troubles psychomoteurs font partie intégrante de la symptomatologie générale de la maladie, toujours dans un soucis de prise en charge globale de la personne. La place du psychomotricien auprès d'adultes schizophrènes et plus généralement en psychiatrie est alors abordée ici par le biais de deux activités spécifiques : la relaxation et le trampoline.

Mots-clés : schizophrénie, troubles psychomoteurs, signes doux, psychomotricité, relaxation, trampoline.

Abstract

Schizophrenia is a complex and heterogeneous psychiatric disease, whose clinical picture depends on multiple factors, according to a biopsychosocial model said. Thus, there are in schizophrenic patients cognitive, psychological and motor disorders. Similarly, the presence of neurological soft signs imply the existence of an endophenotype that is specific to the disease. Many motor manifestations encountered in patients can then be included among other psychomotricity within the therapeutic management. Through the assessment and the work done in Unité pour Malades Difficiles (U.M.D) from two patients, the goal is to show how psychomotor disorders are an integral part of the general symptomatology of the disease, always a concern for overall management of the person. Instead of psychomotor therapist among adults with schizophrenia and more generally in psychiatry was then tackled here through two specific activities : relaxation and trampoline.

Keywords : schizophrenia, psychomotor disorders, soft signs, psychomotricity, relaxation, trampoline.