

Institut de Formation en Masso-kinésithérapie Niçois

Mémoire présenté et soutenu par **Clara LONGUEVILLE**

**Place de la masso-kinésithérapie en santé mentale aux dires des
psychiatres : à partir du cas des patients atteints de schizophrénie**

Axe 2 : Soins primaires et évaluation des pratiques professionnelles en masso-kinésithérapie

Master Ingénierie de la Santé – Parcours RECLINT

Jury :

CHOPLIN Arnaud, PhD – HDR en Sciences de l'Éducation - Directeur de l'IFMKN

DUBRULLE Véronique, Formatrice de l'IFMKN - Directeur de Mémoire

ABSTRACT

Introduction. Schizophrenic patients have altered body perceptions and pain, making them a high-risk population with an excessive mortality rate. The treatment of schizophrenia is complex and physiotherapy could optimize it. However, unlike other countries, the introduction of physiotherapy into mental health care in France seems to face obstacles. **Methods.** This qualitative study was carried out to investigate the perceptions of psychiatrists in France on the role of physiotherapy in care pathway of schizophrenic patients by highlighting the barriers and levers to its introduction. For this purpose, semi-structured interviews with ten psychiatrists were conducted in Nice, France. Deductive and inductive content analysis approaches were used for data analysis. **Results.** Psychiatrists have expressed their support in regard to the introduction of physiotherapy in mental health care by having a positive perception of it. Perceived benefits of physiotherapy to patients are mainly related to physical health and body awareness. In France, the main barriers to physiotherapy's introduction in mental health care appeared to be related to structural factors, factors related to practitioners and physiotherapists, and to patients. The main levers narrowly reflected the barriers identified but few psychiatrists mentioned them. Providing scientific evidence and promoting training for physical therapists in mental health seems essential. **Conclusion.** The interviews conducted raised awareness among the psychiatrists interviewed about the role of physiotherapy in mental health care. The barriers and levers identified in this study could open new avenues of reflection regarding the integration of physiotherapy into the therapeutic armamentarium for the treatment of schizophrenia.

Key-words: schizophrenia, physiotherapy, pain management, pain awareness, body awareness, barriers and facilitators.

RESUMÉ

Introduction. Les patients atteints de schizophrénie (PAS) présentent une altération des perceptions corporelles et de la douleur, ce qui en fait une population à haut risque avec un taux de mortalité excessif. Le traitement de la schizophrénie est complexe et la masso-kinésithérapie pourrait l'optimiser. Cependant, contrairement à d'autres pays, l'introduction de la masso-kinésithérapie dans les soins de santé mentale en France semble rencontrer des obstacles. **Méthode.** Cette étude qualitative a été réalisée afin de recueillir les perceptions des psychiatres en France sur le rôle de la masso-kinésithérapie dans le parcours de soins des PAS en mettant en évidence les barrières et les leviers à son introduction. Des entretiens semi-directifs avec dix psychiatres ont été réalisés à Nice, France. Une analyse thématique déductive et inductive a été effectuée. **Résultats.** Les psychiatres sont favorables à l'introduction de la masso-kinésithérapie dans les soins de santé mentale en ayant une perception positive de celle-ci. Les bénéfices perçus de la masso-kinésithérapie pour les PAS concernent principalement la santé physique et la conscience corporelle. En France, les principales barrières à l'introduction de la masso-kinésithérapie en santé mentale sont associées à des facteurs structurels, des facteurs liés aux médecins, aux masseurs-kinésithérapeutes, et aux PAS. Les principaux leviers reflètent étroitement les barrières identifiées mais peu de psychiatres les ont évoqués. Apporter des preuves scientifiques et promouvoir la formation des kinésithérapeutes en santé mentale semblent indispensables. **Conclusions.** Les interviews menées ont sensibilisé les psychiatres interrogés quant au rôle de la masso-kinésithérapie dans les soins de santé mentale. Les barrières et les leviers identifiés pourraient ouvrir de nouvelles pistes de réflexion quant à l'intégration de la masso-kinésithérapie dans l'arsenal thérapeutique pour le traitement de la schizophrénie.

Liste des abréviations utilisées

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SM : Santé mentale

PEC : Prise en charge

IOPTMH : *International Organization of Physiotherapy in Mental Health*

Mkpie : Masso-kinésithérapie

MK : Masseur-kinésithérapeute

PAS : Patients atteints de schizophrénie

PS : Professionnels de santé

AP : Activité physique

TNM : Thérapies non médicamenteuses

BBAT : *Basic Body Awareness Therapy*

HAS : Haute Autorité de Santé

M : Moyenne

ET : Écart-type

Table des matières

1) Introduction.....	1
2) Contexte clinique	2
2.1) Les patients atteints de schizophrénie : une population à risques et vulnérable	3
2.2) Absence de plainte et retard de diagnostic	4
2.3) Altération de la perception de la douleur	6
2.4) Troubles des perceptions corporelles	7
2.5) Évaluation de la douleur	8
3) Physiothérapie et santé mentale : la situation à l'international.....	9
3.1) The International Organization of Physical Therapy in Mental Health (IOPTMH)	10
3.2) Mise en place de la physiothérapie en santé mentale à l'international.....	10
3.3) Thérapies non médicamenteuses utilisées en physiothérapie et santé mentale.....	12
3.3.1) L'activité physique en général	12
3.3.2) Exercices corps-esprit.....	13
3.3.3) BBAT : Basic Body Awareness Therapy	14
3.3.4) Relaxation	15
3.3.5) La Thérapie psychomotrice norvégienne.....	16
3.3.6) Biofeedback.....	17
3.3.7) La Thérapie de groupe	17
3.3.8) La massothérapie	18
3.4) Modèles psychologiques utilisés en physiothérapie et santé mentale	19
4) Physiothérapie et santé mentale : la situation en France	21
4.1) La profession de masseur-kinésithérapeute : définition et compétences.....	21
4.2) Une place minoritaire de la santé mentale en masso-kinésithérapie en France.....	23
5) Synthèse de la revue de la littérature et énonciation de la problématique	25
6) Méthode.....	26
6.1) Choix de la méthode et objectifs	26
6.2) Participants	27
6.3) Cadre catégoriel <i>a priori</i>	27
6.4) Guide d'entretien.....	29
6.5) Procédure	30
6.6) Analyse des données.....	31
6.6.1) Retranscription.....	31
6.6.1) Analyse thématique.....	31
7) Résultats	32
7.1) Résultats bruts.....	32
7.2) Définition des thèmes, catégories et sous-catégories	33
7.3) Résultats de l'analyse thématique par entretien.....	37
7.4) Analyse quantitative	37

7.4.1) Thème « altération de la perception de la douleur chez les PAS »	37
7.4.2) Thème « Bénéfices perçus de la Mkipie pour les PAS »	41
7.4.3) Thème « Barrières à l'introduction de la Mkipie en SM en France »	42
7.4.4) Thème « Leviers à l'introduction de la Mkipie en SM en France »	45
7.5) Analyse qualitative	47
8) <i>Discussion</i>	54
9) <i>Conclusion</i>	60
<i>Bibliographie</i>	
<i>Annexe 1 : Informations délivrées aux participants</i>	1
<i>Annexe 2 : Entretien psychiatre 1</i>	3
<i>Annexe 3 : Résultats de l'entretien 1</i>	2
<i>Annexe 4 : Entretien psychiatre 2</i>	4
<i>Annexe 5 : Résultats de l'entretien 2</i>	9
<i>Annexe 6 : Entretien psychiatre 3</i>	11
<i>Annexe 7 : Résultats de l'entretien 3</i>	17
<i>Annexe 8: Entretien psychiatre 4</i>	19
<i>Annexe 9 : Résultats de l'entretien 4</i>	25
<i>Annexe 10 : Entretien psychiatre 5</i>	27
<i>Annexe 11: Résultats de l'entretien 5</i>	37
<i>Annexe 12 : Entretien psychiatre 6</i>	41
<i>Annexe 13 : Résultats de l'entretien 6</i>	47
<i>Annexe 14 : Entretien psychiatre 7</i>	2
<i>Annexe 15: Résultats de l'entretien 7</i>	10
<i>Annexe 16 : Entretien psychiatre 8</i>	13
<i>Annexe 17 : Résultats de l'entretien 8</i>	19
<i>Annexe 18 : Entretien psychiatre 9</i>	22
<i>Annexe 19 : Résultats de l'entretien 9</i>	33
<i>Annexe 20 : Entretien psychiatre 10</i>	36
<i>Annexe 21 : Résultats de l'entretien 10</i>	40

1) Introduction

La santé est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un « *état complet de bien-être physique, mental et social* ». La santé mentale (SM) se définissant comme « *un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté* » fait donc partie intégrante de l'état global de santé [1]. Cet état de bien-être psychique peut cependant être mis en péril dès lors qu'une personne souffre de troubles de la SM. Parmi les dix maladies les plus préoccupantes du 21^e siècle, l'OMS identifie cinq maladies mentales dont la schizophrénie, les troubles bipolaires, l'addiction, la dépression et le trouble obsessionnel compulsif [2]. Aujourd'hui, environ 450 millions de personnes souffriraient de troubles mentaux [3]. Plus généralement, une personne sur quatre serait concernée par un trouble mental à un moment ou un autre de sa vie [4]. La prise en charge (PEC) des patients souffrant de ce type de troubles est complexe mais représente un enjeu crucial dans une perspective de santé publique. En effet, l'espérance de vie des patients atteints de troubles psychiatriques serait réduite de 10 à 20 années [5]. Une optimisation de la PEC de ces patients s'avère donc primordiale à l'échelle nationale et internationale.

Dans l'optique d'enrichir l'arsenal thérapeutique pour traiter les troubles de la SM, le recours à la masso-kinésithérapie (Mkpie) apparaît pertinent à différents titres. En premier lieu, les compétences du masso-kinésithérapeute (MK) sont centrées sur trois catégories de mouvements : les mouvements externes produits par le corps humain, les mouvements animant l'intérieur du corps (ensemble des systèmes circulants assurant les fonctions vitales) et les mouvements de la pensée (processus aboutissant à l'élaboration, l'organisation et l'intégration de ces manifestations externes et internes [6]. Dès lors, la place de la Mkpie dans le traitement des troubles de la SM semblerait être adéquate. En deuxième lieu, certains pays étrangers, comme les pays scandinaves, ont étendu leur offre thérapeutique avec l'introduction de la Mkpie dans le traitement des troubles de la SM. Ces différents pays sont membres depuis 2006 de *The International Organization of Physical Therapy in Mental Health* (IOPTMH), organisation comptant 21 pays et soutenant une pratique basée sur des données probantes dans ce domaine [7]. Cependant, la France n'est toujours pas membre de cette organisation, ce qui peut témoigner du retard de ce pays dans la PEC des troubles de la SM en Mkpie. En effet, la Mkpie n'est pas prescrite pour ce type de troubles en France. Cela s'observe notamment dans le cas du traitement de la schizophrénie car les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) n'intègre pas la Mkpie dans le parcours de soin de ces patients [8].

La schizophrénie est définie comme un trouble mental grave affectant 23 millions de personnes dans le monde et observable cliniquement en général à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte [9]. L'association de différents symptômes permet le diagnostic de la pathologie et reflète la complexité de la PEC des patients atteints de schizophrénie (PAS) [9]. Les PAS représentent une population à risques et vulnérable au vu de la négligence somatique, des comorbidités et de la surmortalité qui leur sont associées [10–12]. L'absence de plainte douloureuse relevée chez certains PAS peut conduire à des retards de diagnostic de pathologies somatiques et ainsi contribuer à la surmortalité présente dans cette population [13]. Une des hypothèses explicatives de ce phénomène serait l'altération des perceptions corporelles dont notamment celle de la douleur [14,15]. De fait, la Mkipie pourrait permettre d'optimiser la PEC de ces patients mais son introduction dans le parcours de soin semble rencontrer des obstacles en France.

L'objectif principal de cette étude est de recueillir les perceptions de psychiatres sur (a) le rôle potentiel du MK dans la PEC des patients atteint de schizophrénie, plus particulièrement au niveau de l'altération des perceptions corporelles et de la douleur. L'objectif secondaire du travail est de déterminer (b) les facteurs limitant et facilitant le développement de la Mkipie en SM en France.

2) Contexte clinique

Les troubles schizophréniques relèvent de la Classification Internationale des Maladies 10^{ème} révision (CIM-10). Ils sont classés parmi les psychoses et se caractérisent par des « *distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés* » [16]. On parle ainsi schématiquement d'une perception perturbée de la réalité [9]. Généralement, les capacités intellectuelles du patient sont préservées, mais certains déficits des fonctions cognitives peuvent apparaître au cours de l'évolution [16].

Le diagnostic de la schizophrénie repose sur l'association de symptômes appartenant à trois différentes dimensions : les symptômes positifs, les symptômes négatifs et la désorganisation [9]. Une dimension dite neurocognitive peut également être ajoutée compte tenu de sa répercussion sur le handicap psychique du patient ainsi que sur son autonomie [17]. Ainsi, les symptômes positifs vont entraîner une modification du vécu du patient, comme une perturbation de sa relation avec l'environnement et son propre corps [17]. Les symptômes positifs peuvent également se manifester par des expériences délirantes, faites d'hallucinations (perceptions auditives, visuelles ou autres perceptions sensorielles sans objet) et de délires (convictions ou suspicions inébranlables malgré l'existence de preuves contraires) [17]. Par ailleurs, les

symptômes négatifs ou déficitaires présents chez les PAS sont illustrés par un appauvrissement affectif et émotionnel, une alogie (pauvreté du discours et de son contenu), une avolition (manque de motivation), et un apragmatisme (incapacité d'entreprendre une action avec perte d'initiative motrice) [17]. L'ensemble de ces symptômes négatifs permet d'expliquer le retrait social observé communément chez les PAS [17]. Enfin, il existe des symptômes de désorganisation de la pensée, des paroles, des comportements corporels, avec une possible perte de l'attention, de la communication ou de la mémoire [17]. En pratique, chaque cas de patient est différent avec une nature et une sévérité des troubles variables [9]. La combinaison des différents symptômes associés à la schizophrénie conduit généralement le patient schizophrène à se mettre en situations de risque et de vulnérabilité.

2.1) Les patients atteints de schizophrénie : une population à risques et vulnérable

Les PAS représentent une population dite à risques et vulnérable étant donné le taux de mortalité élevé rencontré dans cette population [10]. En médecine, on peut définir la vulnérabilité comme « *une incertitude de situation susceptible de mettre en péril l'organisation de la vie de l'individu, aussi bien du point de vue professionnel que personnel. Cette incertitude est entraînée non seulement par le développement d'une pathologie mais aussi par les répercussions que celle-ci engendre sur la vie sociale de l'individu (financières, matérielles, etc)* » [18]. Une notion de risque lui est fortement rattachée [19]. Ainsi, la vulnérabilité d'une population implique qu'une menace sera plus importante sur elle que sur d'autres [20]. Ainsi, il est admis que les PAS ont une espérance de vie d'environ 20% plus faible que la population générale [11]. Ils présentent également un taux de mortalité 1,6 à 3 fois plus élevé que dans la population générale [11]. Le suicide reste pour un tiers des cas la cause principale de surmortalité dans cette population, le reste étant lié aux maladies physiques, aux difficultés d'accès aux soins et aux conditions socio-économiques défavorables [11]. Parmi les maladies physiques, les PAS peuvent souffrir de maladies cardio-vasculaires, de pathologies digestives, génito-urinaires, néoplasiques contribuant à la surmortalité dans cette population [21]. Les PAS sont considérés comme des individus dits « à risques » compte tenu de la négligence somatique observée dans cette population. Cette situation résulte notamment de facteurs liés à la maladie mentale, mais également d'une mauvaise hygiène de vie (alimentation, sédentarité, tabagisme) et de comportements à risques (drogue, sexualité) [22,23]. Cette négligence somatique observée chez les PAS peut aussi s'expliquer par une absence d'informations aux patients, par une difficulté pour eux à s'investir dans la préservation de leur santé physique et par une mauvaise

capacité de réponse des systèmes de soins [22,23]. Il a été montré que les PAS, et plus largement les patients atteints de maladies mentales graves, étaient significativement plus sédentaires que des témoins en bonne santé [24]. En effet, selon l'étude de *Vancampfort et al (2017)*, la quantité d'activité physique (AP) était nettement inférieure dans le groupe des PAS, ainsi que leur capacité à respecter les recommandations en matière d'AP [24]. Enfin, les PAS sont perçus comme une population à risques et vulnérable au vu de la prévalence des comorbidités dans cette population. En effet, les prévalences respectives de l'obésité (45-55%), du tabagisme (50-80%), du diabète (10-15%), de l'hypertension artérielle (19-58%), de la dyslipidémie (25-69%) et du syndrome métabolique (37-63%) sont au moins deux fois plus élevées que celles observées dans la population générale [12]. Il a également été montré que les PAS présentent un risque significativement accru de fractures et de chutes [25,26]. Les comorbidités somatiques précédemment décrites ont des conséquences négatives sur la qualité de vie des PAS et peuvent menacer le pronostic vital [23]. Afin de contrebalancer la surmortalité, la négligence somatique importante et la prévalence de comorbidités chez les PAS, il semble donc intéressant de développer des stratégies préventives adaptées favorisant le mouvement fonctionnel et plus largement la motricité en impliquant une équipe multidisciplinaire.

2.2) Absence de plainte et retard de diagnostic

La surmortalité observée chez les PAS pourrait en partie s'expliquer par une absence de plainte douloureuse et un retard potentiel de diagnostic. En effet, plusieurs rapports de cas concernant les PAS sont parus au cours du siècle dernier. Ces derniers ont rapporté que les PAS souffraient de conditions médicales sans se plaindre de douleur ou avec une douleur assez atypique, contrairement à la population générale où elles étaient vécues comme extrêmement douloureuses [27]. La douleur aiguë représente un signal d'alarme d'une souffrance éventuelle, dont le but est de protéger l'organisme [28]. C'est pourquoi l'absence potentielle de plaintes douloureuses des PAS peut s'avérer être un risque supplémentaire quant à leur bonne santé physique. En effet, 35% des PAS ont une pathologie somatique non diagnostiquée [29] comme par exemple des patients avec un abdomen aigu se présentant sans douleurs [30] [31], des interventions chirurgicales tardives d'ulcères gastro-duodénaux en raison de l'absence d'une présentation douloureuse [32], des fractures et péritonites [33] ou bien des intestins perforés [34].

Singh et al. (2006) ont rapporté une soixantaine d'observations analogues, pour lesquelles le diagnostic (pathologie abdominale essentiellement) et la prise en charge chirurgicale furent significativement retardés par l'absence ou l'atypicité des plaintes des PAS [13]. La proportion

des PAS ne présentant pas de douleurs allait de 37% (fracture du fémur, ulcère gastrique, appendicite aigue) à 60-87% pour les maladies coronariennes [13]. Cette dernière statistique est d'autant plus préoccupante qu'elle concerne des maladies à mortalité élevée et à prévalence élevée chez les PAS [21].

Selon un rapport de cas, 85% des patients psychotiques se sont présentés sans douleur lors du diagnostic d'un infarctus du myocarde [35]. Une autre série de cas a rapporté 37% des patients psychotiques atteints d'appendicite aigue, d'ulcère gastro duodéal sévère ou de fractures du fémur, avec une absence de douleur [35]. Selon une étude récente de cohorte rétrospective, la perforation appendiculaire était plus fréquente chez les PAS que dans la population générale, ce qui peut être en partie imputable à un retard de présentation et à une modification des réponses à la douleur [36]. Ces différents auteurs ont conclu que la présentation tardive de la maladie était due à une perception de la douleur déformée chez les PAS, cette dernière ne pouvant s'expliquer par une moindre consultation du médecin généraliste. En effet, des études diverses rapportent une fréquence de consultations des PAS chez le médecin généraliste comparable à celle retrouvée dans la population générale [29,37,38]. Cette altération de la perception de la douleur pourrait entraîner un diagnostic erroné ou un traitement retardé, pouvant ainsi contribuer à la mortalité et morbidité plus importantes dans cette population cible [21].

Des obstacles liés à l'équipe soignante peuvent s'ajouter. L'organisation insatisfaisante des services de santé, les attitudes des médecins ainsi que la stigmatisation sociale dont les PAS sont l'objet, peuvent contribuer à l'augmentation de la fréquence des maladies physiques et à leur retard diagnostic [39]. De plus, l'accès aux soins rencontre certaines difficultés, qui peuvent venir compromettre le diagnostic rapide des pathologies somatiques des PAS [40,41]: (a) la difficulté pour les patients de formuler une demande de soins et de suivre les recommandations ; (b) la pénurie de médecins généralistes et/ou d'intervenants de première ligne en santé physique, ainsi que la réticence éventuelle de ceux-ci à prendre en charge des patients atteints de maladies psychiatriques sévères ; (c) la réticence tout aussi traditionnelle des psychiatres à prendre en charge les aspects somatiques de la santé de leurs patients ; (d) le coût et la difficulté à mettre en place des services de santé intégrés associant médecine somatique et psychiatrie, qui serait évidemment la réponse la plus ambitieuse et la mieux adaptée aux besoins spécifiques de cette population. En effet, la formation insuffisante de l'équipe paramédicale dans le domaine de la douleur mais également la stigmatisation du personnel soignant constituent des facteurs importants à prendre en compte dans la prise en charge des patients souffrant de troubles de SM et plus spécifiquement des PAS [42].

Ainsi, le retard de diagnostic de pathologies somatiques observé dans cette population s'expliquerait principalement par des obstacles liés au système de santé et par la modification de la perception de la douleur des PAS [43].

2.3) Altération de la perception de la douleur

La présence de douleur chronique et d'insensibilité apparente à la douleur aiguë constituent un phénomène assez fréquemment observé en psychiatrie, dépendant du type de trouble étudié [44]. En effet, depuis un siècle, des rapports cliniques concernent des PAS qui semblent relativement « indifférents » à la douleur physique [13]. L'intensité et les fréquences des plaintes douloureuses se verraient diminuées (hypoalgésie) lors d'une douleur liée à une pathologie somatique [45]. Plus précisément, il semblerait que les PAS présentent une augmentation du seuil de la douleur ainsi qu'une tolérance accrue à cette dernière [46,47]. Ils présenteraient également une réponse réduite aux stimuli nociceptifs [15]. Il est important de noter que ces résultats étaient tout aussi significatifs chez des PAS avec ou sans traitements médicamenteux spécifiques à la pathologies (antipsychotiques) [48,49]. Des symptômes psychiatriques plus importants ont modéré l'augmentation du seuil douloureux, et un âge plus jeune des patients a modéré la tolérance accrue à la douleur [46]. On pourrait également noter une diminution de la réactivité à la douleur [50].

Bien que ces différentes études relatent une hypoalgésie présente chez les PAS, soit une diminution de la sensibilité à la douleur, quelques travaux ont suggéré que la sensibilité à la douleur n'était pas diminuée dans une population de PAS, mais au contraire qu'elle pourrait être exacerbée [51]. Même si la littérature n'est pas totalement consensuelle sur le sujet, les études existantes mettent en évidence une altération de la perception de la douleur chez une partie des PAS, tendant plus généralement vers l'hypoalgésie [14,15,46,47]. Cela peut ainsi avoir des conséquences néfastes sur la santé et le bien-être des PAS, la douleur étant un signal d'alarme.

Plusieurs explications psychologiques et neurobiologiques ont été avancées. La première concerne le changement dans l'expérience et l'expression de la douleur [21,46,48,52]. L'expression de cette douleur se ferait par un langage ou un comportement spécifique qu'il faudrait savoir décoder [21]. D'autres études ont montré une réduction du volume de l'insula chez les PAS [53], engendrant des dysfonctionnements associés aux symptômes de la pathologie [54]. Ainsi, un dysfonctionnement de l'insula peut être associé aux déficits sensoriels tels que l'hypoalgésie [53]. De manière plus large, les anomalies du cortex insulaire chez les

PAS recensées dans la littérature [53,54] seraient également une des causes des troubles des perceptions corporelles observés dans cette population [54].

2.4) Troubles des perceptions corporelles

Un large éventail d'expériences corporelles anormales sont à noter chez les PAS. Parmi les symptômes de base de cette pathologie, les perturbations de la perception et de la conscience corporelles sont parmi les prédicteurs les plus puissants des changements dans l'expérience subjective de soi chez les patients [55]. En effet, les perturbations de la conscience de soi ont été considérées par la littérature scientifique psychiatrique et la psychopathologie phénoménologique comme des traits fondamentaux du spectre des troubles schizophréniques [56,57]. Ces déficits de la conscience de soi peuvent être associés à une déficience fonctionnelle et psychosociale [58]. Dans l'ensemble, les PAS présentent des déficits dans le sens du moi minimal, motivés par un sens anormal de propriété corporelle et de l'action [59].

Certains auteurs se sont concentrés sur les notions d'intéroception, de proprioception chez les PAS et leurs relations avec leur schéma corporel. L'intéroception désigne « *la détection et la représentation de signaux concernant l'état interne du corps* » [60]. Il a été montré que cette perception interne s'avère significativement plus faible chez des PAS que chez des témoins sains [61]. Les symptômes positifs et négatifs semblent y être associés [61,62]. De plus, la proprioception définie comme « *les perceptions de la position et du mouvement des segments corporels dans l'espace en absence de vision* » [63] semble être altérée chez les PAS [64]. La proprioception étant basée sur les signaux émanant de mécanorécepteurs localisés au sein du corps comme les fuseaux neuromusculaires [63], elle intègre la définition plus large de l'interoception proposée par *Ceunen et al.* [65]. Une altération de la proprioception peut s'avérer extrêmement néfaste au vu de son rôle essentiel dans le contrôle sensorimoteur et dans le schéma corporel et l'image corporelle [66]. En effet, le schéma corporel se définit comme une représentation non consciente du corps, permettant un ajustement automatique de nos mouvements à notre environnement spatial [67]. Le schéma corporel est impliqué dans le guidage de l'action, tandis que l'image du corps rassemble toutes les autres représentations du corps, c'est-à-dire perspectives, conceptuelles ou émotionnelles [67]. Les troubles du schéma corporel sont fréquents chez les PAS [14]. Ils ont une représentation biaisée de leur propre corps, notamment liée à leurs symptômes positifs ou négatifs. Ce phénomène va à l'encontre de la conscience de soi et peut avoir des conséquences sur le bien-être du patient et ses relations à autrui.

Ainsi, il semblerait y avoir un lien entre la faible proprioception des PAS et l'altération de la conscience de soi [57]. La proprioception et l'extéroception contribuent toutes les deux au sentiment de frontière corporelle cohérente contenant le soi à travers le temps et l'espace. La limite de son propre corps ainsi que la limite hypothétique entre soi et autrui est une perturbation notable dans la schizophrénie [68]. En effet, les PAS se sentent parfois coupés de la réalité, et peuvent ressentir leur corps de manière anormale [55]. Cela peut s'observer par des mouvements dysfonctionnels, des troubles de la praxie, par exemple des mouvements qui manquent de vitalité, de rythme et d'unité [69,70]. D'un point de vue plus général, le manque de conscience a des conséquences négatives sur la qualité du mouvement, la fonction quotidienne, les habitudes et la santé [69].

Les PAS peuvent à juste titre être considérés comme une population complexe de par les troubles des perceptions corporelles qu'ils présentent, en particulier celle de la douleur. Au vu de leurs caractéristiques, leur prise en charge par les professionnels de santé (PS) requiert une expertise particulière incluant l'évaluation de la douleur.

2.5) Évaluation de la douleur

Dans les pratiques cliniques quotidiennes en psychiatrie, la recherche d'épisodes douloureux est faible lorsque le patient n'exprime pas de douleur [71]. Cette faible recherche s'accompagne paradoxalement d'une forte proportion de prescriptions d'antalgiques par les médecins [71]. La qualité de l'expression verbale est souvent remise en question et/ou altérée chez les sujets souffrant de troubles psychiatriques [72]. En effet, l'étude de *Bichard et al.* (2013) montre que la moitié des patients qui n'exprimaient initialement pas de douleur, en ressentaient finalement une [71]. Ainsi les indicateurs non verbaux, à savoir le comportement et les expressions faciales sont importants à considérer lors de l'évaluation de la douleur [73]. Certains comportements et changements de comportements sont ainsi à prendre en compte, malgré leur discrétion, lors de situations douloureuses notamment en l'absence d'élément déclencheur [74].

L'évaluation de la douleur débute généralement par un examen clinique [73], même si l'interrogatoire peut être biaisé par les délires ou les hallucinations des PAS, tout comme par leur vécu subjectif qui peut être altéré voire supprimé [74]. Comme spécifié plus haut, l'évaluation de la douleur chez ce type de patients se base sur un langage et un comportement spécifiques qu'il faut savoir décoder [74]. Les échelles validées existantes ne sont pas applicables dans le champ de la SM et aucune échelle spécifique n'existe pour évaluer la douleur chez les PAS et plus généralement chez les patients souffrant de troubles de la SM. L'évaluation de la douleur en SM rencontre ainsi certains obstacles [21] : (a) la non-

verbalisation de la douleur, associée à des altérations des perceptions et du schéma corporel des patients ; (b) la sensation exprimée par le patient, qui est parfois non perçue ; (c) la non-reconnaissance de la douleur par l'équipe soignante insuffisamment formée dans ce domaine. L'évaluation de la douleur en SM n'est donc pas encore systématique et standardisée [75]. Cette dernière rencontre ainsi de nombreux obstacles dus à la maladie propre mais également au système de santé qui pourrait s'améliorer [42].

Pour résumer, la douleur fait partie intégrante de notre corps et constitue le gardien et le système d'alarme de notre santé. Suite à ces recherches bibliographiques, la complexité de la notion de la douleur et plus particulièrement chez les PAS est mise en avant. Les altérations des perceptions douloureuses comme corporelles viennent à l'encontre d'un bon fonctionnement somatique chez ce type de patient. L'évaluation de la douleur en pratique quotidienne demeure une partie de l'examen clinique très importante [76] mais souvent négligée par les PS en SM [71]. Ce constat est le reflet de plusieurs obstacles à la prise en charge optimale des PAS. Cependant, ces patients constituent une population vulnérable et à risque ; c'est pourquoi ces différents constats font l'objet d'un véritable enjeu de santé publique. L'évaluation et la prise en charge de ces troubles devraient devenir systématiques pour la préservation de la santé des PAS. Ainsi, la prise en charge des PAS s'avère être complexe et nécessite une approche particulière du patient qui interroge la place de la Mkipie.

3) Physiothérapie et santé mentale : la situation à l'international

Selon la déclaration de la *World Confederation of Physiotherapy* en 2007, les physiothérapeutes peuvent être concernés dans une variété de contextes avec les objectifs suivants :

- Promouvoir la santé et le bien-être des individus, en soulignant l'importance de l'AP et de l'exercice,
- Prévenir les déficiences, les limitations d'activité, les restrictions de participation et les handicaps chez les personnes susceptibles de modifier leurs comportements de mouvement en raison de facteurs liés à la santé ou à la médecine, de facteurs de stress socio-économiques, de facteurs environnementaux et de facteurs liés au mode de vie.
- Fournir des interventions et des traitements visant à restaurer l'intégrité des systèmes corporels essentiels au mouvement, à maximiser la fonction et la récupération, à minimiser l'incapacité et à améliorer la qualité de vie, l'indépendance et l'aptitude au travail chez les individus et les groupes d'individus présentant une altération des comportements de mouvement résultant de déficiences, de limitations d'activité, de restrictions de participation et de handicaps.

- Modifier l'accès et les obstacles à l'environnement, au domicile et au travail afin d'assurer la pleine participation d'une personne à ses rôles sociaux normaux et attendus.

Les physiothérapeutes sont ainsi des professionnels de la santé spécialisés dans le mouvement humain et sa relation avec la santé mais également avec la SM.

3.1) The International Organization of Physical Therapy in Mental Health (IOPTMH)

C'est en Belgique en 2004 lors de meetings avec des professionnels scandinaves que naît l'idée de développer une identité internationale professionnelle pour les physiothérapeutes travaillant dans le champ de la SM [77]. Après sept ans de développement et avec le support de *The Norwegian subsection of psychiatric and psychosomatic physiotherapy*, la *World Confederation of Physiotherapy* a reconnu comme un sous-groupe l'IOPTMH. L'IOPTMH est donc une organisation non gouvernementale internationale avec un intérêt spécifique dans le domaine de la SM. Les pays contenant des physiothérapeutes intéressés pour promouvoir la physiothérapie en SM pour le bien-être des patients à travers le monde peuvent candidater en tant que membre de l'organisation.

L'objectif premier de l'IOPTMH est de favoriser la collaboration entre les physiothérapeutes exerçant dans le domaine de la SM dans le monde entier. L'IOPTMH a également comme objectif d'encourager l'amélioration des normes et la cohérence clinique de la physiothérapie dans les soins de SM et ainsi de faire progresser la pratique, l'éducation et la recherche. L'organisation d'un congrès international tous les deux ans (*International Conference of Physiotherapy in Psychiatry and Mental Health – ICPPMH*) est souhaitée [78]. L'IOPTMH compte les 21 pays membres suivants : Australie, Autriche, Belgique, Colombie, Danemark, Estonie, Finlande, Grèce, Islande, Japon, Lettonie, Mexique, Pays-Bas, Norvège, Pologne, Afrique du Sud, Suède, Suisse, Turquie, Royaume-Uni [7]. On note que la France n'en fait donc toujours pas partie, ce qui peut témoigner d'un certain retard de ce pays comparé aux autres dans l'intégration de la physiothérapie dans le champ de la SM.

3.2) Mise en place de la physiothérapie en santé mentale à l'international

L'introduction de la physiothérapie dans les soins de SM et la psychiatrie a une longue et solide tradition de plus de 50 ans dans l'enseignement et la pratique clinique [79]. Malheureusement, ce n'est pas le cas de tous les pays. Dans certains pays, la valeur potentielle de la physiothérapie est ignorée par les établissements de soins de SM. En effet cette profession n'est pas courante et est souvent négligée [79].

Les physiothérapeutes spécialisés en SM sont souvent confrontés à une dualité. D'un côté, ils sont respectés car ils sont considérés comme des PS en contact étroit avec le patient. Ils aident les patients à gérer leurs expériences passées et leurs émotions et ne sont pas de simples techniciens. En effet, il est important d'intégrer à la pratique quotidienne des physiothérapeutes le modèle bio-psycho-social afin d'effectuer une prise en charge globale du patient [80]. D'un autre côté, les physiothérapeutes sont victimes d'un scepticisme dû à l'ignorance et la méconnaissance de ce que peut offrir la profession. Les physiothérapeutes ont une expertise spécifique et unique du corps et notamment du corps en mouvement.

Les études identifiant les facteurs facilitant et limitant le développement des soins de physiothérapie en SM sont rares dans la littérature. Une étude effectuée au Royaume-Uni auprès de patients a mis en évidence la nécessité d'augmenter la sensibilisation des physiothérapeutes à la SM mais également à la manière de communiquer et de traiter ces populations. Cette étude a également souligné l'importance d'une meilleure intégration de la physiothérapie dans les services de santé [81]. En Australie, la compréhension limitée de la physiothérapie et de sa pertinence dans les soins de SM par les PS et par les patients s'est avérée être un facteur clé influençant négativement l'accès aux services [82]. Le manque de considération pour la physiothérapie dans la gestion des comorbidités physiques pour les personnes souffrant de troubles de la SM est incohérent avec l'importance de son rôle dans d'autres domaines de la santé. Cette étude a également mis en avant les obstacles structurels tels que le financement limité au sein des services, et des obstacles spécifiques aux physiothérapeutes comme leurs connaissances et leurs compétences pour prendre en charge des patients souffrant de troubles de la SM [82].

Les physiothérapeutes spécialisés en SM et en psychiatrie reçoivent une formation spécifique en matière de santé physique et mentale afin de devenir qualifiés pour répondre de façon optimale aux besoins des patients. Sur la base de la pratique clinique et des preuves scientifiques actuelles, des justifications pour l'intégration de la physiothérapie dans la promotion de la santé, la prévention, le traitement et la réadaptation des patients souffrant de problèmes de SM sont présentés. Il est important pour les praticiens d'autres professions médicales et paramédicales, de comprendre ce que les physiothérapeutes en SM peuvent apporter dans une prise en charge globale du patient. Au cours des cinq dernières décennies, la physiothérapie en SM s'est vue évoluer sur la base de données probantes afin d'inclure un large éventail de modalités de traitement de physiothérapie individuelle et de groupe [79]. Les physiothérapeutes se situent dans une position unique pour fournir un large panel d'approches thérapeutiques visant à soulager les symptômes, à renforcer la confiance des patients et à améliorer leur qualité de vie

quotidienne. Ils sont généralement insérés dans une équipe multidisciplinaire. Cette approche reconnaît l'importance des différentes disciplines et implique des professionnels opérant dans les limites de leur profession vers des objectifs spécifiques à la discipline tout en reconnaissant les contributions importantes des autres PS. Il est donc nécessaire pour les physiothérapeutes de collaborer avec leurs collègues, afin de garantir une prise en charge optimale pour les patients atteints de troubles de la SM [83].

Chaque pays s'est vu développer une approche différente en physiothérapie en SM, utilisant de nombreuses méthodes et thérapies non médicamenteuses (TNM) en fonction des pathologies rencontrées [84].

3.3) Thérapies non médicamenteuses utilisées en physiothérapie et santé mentale

3.3.1) L'activité physique en général

L'importance de l'AP dans la réhabilitation psychiatrique est bien admise dans la littérature. En effet, les bénéfices physiques et mentaux d'une AP régulière chez les patients avec une maladie sévère mentale sont bien documentés [85–90]. L'AP est un élément important de l'amélioration de la qualité de vie de cette population et de la gestion des symptômes psychiatriques [91,92]. Pour rappel, les PAS tout comme d'autres personnes souffrant de troubles de la SM, sont exposés à un risque accru d'une série de problèmes de santé physique dont notamment les maladies cardiovasculaires, les troubles endocriniens et l'obésité, ce qui engendre une mortalité plus élevée [24,86]. Or, l'AP s'est montrée efficace dans l'amélioration de ces fonctions [93,94]. De plus, l'AP améliore la cognition et les capacités cardio-respiratoires et réduit les abandons dus à un large éventail de problèmes de SM. Il semblerait que les exercices à haute intensité, stimulant la filière aérobie, amélioreraient d'autant plus la cognition des PAS [95]. L'AP réduit l'anxiété, la dépression, l'humeur négative et l'isolement social, et améliore l'estime de soi, les fonctions cognitives et la qualité de vie [96,97]. L'AP s'est également montrée efficace dans la diminution des symptômes négatifs des PAS [98]. C'est pourquoi l'AP s'est avérée être un complément au traitement médicamenteux grâce aux effets bénéfiques aux niveaux physique, cognitif, physiopathologique et social [99] [92,100,101].

Bien que de nombreux bénéfices soient associés à l'AP, cette dernière n'est pas toujours considérée et utilisée comme ressource adéquate par les PS pour les patients souffrant de troubles de la SM [102]. Pourtant, les directives internationales pour la promotion de la santé physique et mentale recommandent de réaliser chaque semaine un minimum de 150 minutes d'exercice à une intensité modérée ou un minimum de 75 minutes à une intensité vigoureuse,

par périodes d'au moins 10 minutes, 3 à 5 jours par semaine [103]. Néanmoins, seule une minorité de personnes atteintes d'une maladie mentale grave est physiquement active à un niveau compatible avec ces recommandations proposées [104]. En effet, le manque de motivation à entreprendre une AP a été identifié comme l'une des principales raisons de l'inactivité physique ou du comportement sédentaire observé dans ces populations [105–107]. L'AP en général regroupe différents types d'exercices, avec des intensités variables.

3.3.2) Exercices corps-esprit

Les exercices dits « corps-esprit », comme le yoga ou le tai chi, sont de plus en plus acceptés comme thérapie complémentaire pour les patients ayant une faible tolérance à l'exercice [108]. Ces exercices se caractérisent par des mouvements physiques lents, engendrant l'étirement et le relâchement des muscles squelettiques, coordonnés avec la respiration abdominale et le stade méditatif de l'esprit [109].

Une méta-analyse de *Vancampfort et al.* (2021) démontre que la méditation et, dans une moindre mesure, le yoga peuvent servir de complément efficace à la pharmacothérapie et à la psychothérapie et peuvent être complémentaires dans les interventions pour un mode de vie sain pour les personnes atteintes de troubles mentaux [110]. En effet, les interventions de yoga semblent réduire la psychopathologie, l'anxiété, améliorer la cognition, le fonctionnement et la qualité de vie des PAS [111,112]. En revanche, ces effets positifs seraient essentiellement valables sur du court ou moyen terme [113]. Il serait donc intéressant d'initier les patients à cette technique, et selon leur réponse et leur intérêt, de leur faire intégrer cette nouvelle routine à leur vie quotidienne afin que les effets soient potentialisés dans le temps.

Le tai-chi est pratiqué depuis des siècles en tant qu'art martial chinois qui combine méditation, postures, mouvements lents et gracieux, respiration diaphragmatique et relaxation. Il peut être considéré comme une intervention qui intègre des éléments physiques, psychosociaux, émotionnels, spirituels et comportementaux et favorise l'interaction corps-esprit [114,115]. Les résultats d'une méta-analyse de 2014 ont démontré que les interventions de tai-chi ont des effets bénéfiques pour diverses populations sur le bien-être psychologique, notamment la dépression, l'anxiété, la gestion générale du stress [116].

Par ailleurs, la méthode Pilates est un programme d'entraînement à faible impact et non aérobique, qui intègre des exercices d'étirement et de renforcement [117]. Le Pilates est devenu une méthode qui combine les caractéristiques des systèmes orientaux et occidentaux. Le contrôle de l'esprit, la relaxation, l'augmentation de l'élasticité combinés à la formation de la

force, l'endurance permettent la réalisation d'exercices avec des effets globaux comme locaux [117]. Aujourd'hui, la forme appliquée du Pilates a été influencée par d'autres méthodes corps-esprit. En outre, elle implique non seulement la récupération de la force et de la flexibilité musculaires, mais aussi la correction des déséquilibres musculaires et une sensibilisation à la conscience du corps, à la respiration économique et à la coordination neuromusculaire par l'exécution de mouvements efficaces et précis. Le Pilates peut ainsi conduire à l'équilibre du corps et de l'esprit [117,118]. Cette méthode permettrait aux PAS d'améliorer leur capacité fonctionnelle mais également leur SM, soit de diminuer leurs symptômes psychiatriques dont notamment les symptômes négatifs [119].

Enfin, les interventions basées sur la pleine conscience représentent des méthodes de plus en plus utilisées actuellement. En effet, ces dernières semblent efficaces pour améliorer de nombreuses conditions psycho-sociales dont notamment la dépression, l'anxiété, le stress, l'insomnie, la psychose, la douleur, le contrôle du poids, l'hypertension [120]. Ces thérapies peuvent être utilisées en toute sécurité avec les patients psychotiques [121].

3.3.3) BBAT : Basic Body Awareness Therapy

La notion de conscience du corps est fréquemment utilisée en SM et en psychiatrie. Elle fait référence à la capacité de s'écouter et de ressentir ses sensations et ses mouvements, accompagnée des états motivationnels et émotionnels du moment présent [122].

La conscience du corps est l'aspect subjectif et phénoménologique de la proprioception et de l'interoception. Cet aspect subjectif est modifié par les processus mentaux, y compris l'imagination, l'évaluation de l'interprétation, les croyances, les souvenirs, ainsi que les attitudes et les comportements conditionnés [123]. La conscience du corps est devenue la cible pour différentes approches. L'une de ces approches en physiothérapie est la thérapie par la conscience corporelle de base, soit la « *Basic Body Awareness Therapy* » (BBAT) [69].

La BBAT est un programme centré sur la personne et orienté vers les mouvements de la vie quotidienne, qui permet de rééduquer le patient à la conscience du mouvement [69,124,125]. Elle est utilisée dans de nombreux domaines cliniques, notamment les soins de santé primaires, la rééducation de la douleur et la physiothérapie psychiatrique, ainsi que dans la promotion de la santé [126]. Dans cette thérapie, la conscience du mouvement est définie comme la sensibilité aux nuances du mouvement, la conscience de ses propres mouvements par rapport à l'espace, au temps et à l'énergie et l'identification des réactions subtiles et précises du mouvement aux conditions internes et environnementales [69,127]. Certains individus ressentent un manque de contact avec leur corps physique ou leur corps émotionnel et ne sont pas conscients de

l'environnement physique et de leur relation avec autrui. Ces derniers peuvent exprimer ce manque de conscience à travers leur corps [69,125]. C'est le cas des patients souffrant de troubles de la SM ; ces derniers peuvent ressentir un sentiment de détachement du corps ou un sentiment confus de soi et d'identité [128].

Les principaux concepts phénoménologiques de cette méthode sont la conscience, l'image, les limites et le contrôle du corps, associés au contrôle musculaire ainsi que le relâchement postural [69,126]. Selon une étude qualitative internationale, la stabilité, l'équilibre, l'amélioration de l'ancrage et la capacité à se détendre sont des éléments importants pour la rééducation, et permettent aux patients d'établir un meilleur sens de soi et une meilleure relation à autrui [129]. Des exercices peuvent ainsi être liés à la posture, la coordination, la respiration libre et la conscience. Il est important de stimuler le patient et de lui faire exprimer son expérience lors des exercices et lors de la fin de sa performance [126]. En effet la présence et la conscience mentales visent à fournir une conscience corporelle accrue. D'un point de vue thérapeutique, le fait d'être en mouvement, d'explorer, d'expérimenter, d'intégrer, de maîtriser et de réagir à la coordination de son propre mouvement est essentiel pour obtenir un mouvement plus fonctionnel, renforcer le soi et se préparer à la vie quotidienne [126]. Ainsi, reconstruire le lien entre le corps et l'esprit peut permettre à un individu de retrouver le sentiment de propriété et d'action de son corps [128]. Des PAS ont pu faire part de leur expérience suite à des séances de BBAT. Selon eux, cette technique augmenterait leur motivation, augmenterait leur contrôle de la douleur, et changerait leur attitude envers eux-mêmes, leurs corps, leur douleur, et autrui [130]. Des physiothérapeutes en Suède utilisent la BBAT pour plusieurs raisons [131] : (a) le traitement du corps entier ; (b) la promotion de l'équilibre et de la stabilité ; (c) la pratique de mouvements de la vie quotidienne ; (d) faculté à faire face à la douleur et à l'anxiété ; (e) l'approche thérapeutique ; (f) l'intégration à d'autres méthodes.

3.3.4) Relaxation

La relaxation en tant qu'intervention thérapeutique est recommandée dans le traitement du stress et des problèmes liés au stress [126]. Des techniques diminuant la tension corporelle et créant un état d'esprit paisible sont regroupées sous le terme de thérapie de relaxation. Cette approche est fréquemment utilisée dans les soins de SM [126]. La relaxation peut être utilisée à des fins de prévention, de traitement ou d'adaptation [126]. La thérapie de relaxation comprend trois phases : apprendre la technique de relaxation, évaluer s'il y a une réponse de relaxation (physiologique et psychologique) après une session d'entraînement, et dans la troisième phase

et lorsque la technique devient automatique, utiliser la relaxation dans des situations qui induisent du stress [126].

Les individus souffrant de troubles psychiatriques sont plus vulnérables aux effets négatifs du stress [132]. La relaxation permet ainsi aux personnes de réguler leur niveau de tension, d'améliorer leurs sensations de contrôle et d'accroître leur conscience corporelle, dans un but définitif d'amélioration de la qualité de vie. Cette thérapie présente plusieurs avantages tels que le caractère sûr, peu coûteux, et non pharmacologique, évitant tout effet secondaire néfaste [79]. La respiration fait partie intégrante des différentes techniques de relaxation qui existent. En effet, le système respiratoire est fortement influencé par les émotions ressenties. Le choix d'une certaine technique de relaxation doit toujours être fait après analyse des forces, difficultés, besoins et intérêts du patient [133].

La relaxation progressive de Jacobson se base sur le fait que la relaxation de la musculature résulte de l'influence d'un organisme calme, y compris au niveau de la pensée [134]. Selon cette technique, il semblerait que créer et reconnaître différents niveaux de tensions musculaires permettrait d'apprendre également à relâcher ces derniers. La procédure de relaxation progressive développée par *Berstein et Borkovec* en 1973 est probablement la mieux connue et la plus utilisée [134]. La littérature affirme l'efficacité clinique de cette technique de relaxation pour différentes pathologies dont notamment la dépression, l'anxiété, le stress post-traumatique, et la schizophrénie [135–137].

Enfin, le training autogène est une approche dérivée de l'auto-hypnose développée par le psychiatre J.H. Schultz. Le terme « autogène » renvoie au principe que la notion de relaxation est auto-induite et met l'accent sur l'importance de la responsabilité du patient. Dans cette thérapie, le patient se focalise sur ses perceptions corporelles et atteint un état méditatif et une relaxation psychologique qui s'accompagne par la suite d'une relaxation physique [138].

3.3.5) La Thérapie psychomotrice norvégienne

La création de la physiothérapie psychomotrice norvégienne remonte au début des années 1950 par Trygve Braatøy, psychiatre de formation psychanalytique, et Aadel Bülow-Hansen, physiothérapeute [139]. La thérapie psychomotrice norvégienne est une méthode globale adaptée aux patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques étendues, de longue durée et dans certains cas de troubles psychosomatiques [140]. Elle est fondée sur les interactions mutuelles entre les aspects biologiques, physiques, psychologiques et sociaux de l'être humain. La théorie avance une relation réciproque entre, d'une part, les phénomènes corporels tels que

les restrictions de mouvement, les tensions musculaires et les dysfonctionnements anatomiques fonctionnels et, d'autre part, la régulation et la restriction des émotions. La régulation des émotions peut être accompagnée par la respiration ; en effet cette dernière requiert une attention particulière lors de l'examen corporel et permet de guider le physiothérapeute lors de la séance. Les changements respiratoires peuvent être un signal d'une réaction émotionnelle du patient [139]. Plusieurs études ont montré que cette thérapie était bénéfique pour augmenter la conscience corporelle et la qualité de vie, mais également pour diminuer les douleurs [140,141]. C'est pourquoi cette thérapie permet aux patients une meilleure compréhension et conscience de soi [142].

3.3.6) Biofeedback

Le biofeedback est une méthode qui permet de mesurer certains signaux corporels. Cette méthode peut être utilisée pour un large éventail de pathologies, notamment les pathologies de la SM [143]. Les mesures les plus couramment utilisées sont la tension musculaire, la respiration, la fréquence cardiaque, la conductivité de la peau et la température de la main. Le biofeedback fonctionne comme un miroir psychophysiologique en fournissant au patient et au thérapeute des informations directes sur l'état du système nerveux. Le patient peut ainsi se rendre compte de l'influence de sa propre volonté sur des effets physiologiques corporels. C'est pourquoi cette méthode s'avère être complémentaire à la prise en charge initiale d'un patient et aidera ce dernier à stimuler le processus de prise de conscience du corps et d'autorégulation interne. En invitant le patient à s'engager activement dans la thérapie, il assumera davantage la responsabilité de sa santé et deviendra plus autonome [79,144]. Les résultats de certaines études impliquent que l'effet neuro-modulateur de la thérapie par biofeedback influence positivement les processus cognitifs, l'humeur ainsi que les niveaux d'anxiété des patients souffrants de troubles mentaux [145,146].

3.3.7) La Thérapie de groupe

La thérapie de groupe en tant que traitement médical et psychologique existe depuis le début du vingtième siècle [147]. Cette méthode s'est développée de façon importante pour les patients souffrant de troubles de la SM [79]. Le fondement de la thérapie de groupe repose sur les théories des relations interpersonnelles. Selon ces théories, « les symptômes du patient seraient des manifestations de relations perturbées avec des personnes importantes au début de la vie, les problèmes de la petite enfance et de l'adolescence se répétant plus tard dans la vie, dans un

nouvel environnement » [148]. Dans un groupe, les participants sont censés travailler ensemble et savoir entretenir des relations interpersonnelles. « Au cours des séances, des situations peuvent mettre en évidence des problèmes et ainsi fournir des occasions de résoudre les conflits et de faire face aux déclencheurs qui surgissent dans la relation de groupe » [79].

Irvin Yalom, professeur de psychiatrie aux États-Unis, a publié plusieurs livres et articles sur la thérapie de groupe, proposant des facteurs thérapeutiques fondamentaux dont l'efficacité est démontrée dans tous les modèles de la méthode : « l'installation de l'espoir, l'universalité, l'altruisme, l'apprentissage interpersonnel, la cohésion du groupe, les facteurs existentiels » [149]. Cette thérapie de groupe est souvent associée à d'autres méthodes utilisées dans les troubles de la SM, dont notamment l'AP, les programmes de relaxation, les programmes de conscience corporelle [79].

Afin de permettre l'apprentissage efficient dans un groupe, le physiothérapeute de groupe doit créer et promouvoir une conscience et une atmosphère de groupe suffisamment bonnes [150]. Diriger un groupe, exige une connaissance des stratégies thérapeutiques et la capacité de gérer à la fois l'individu dans le groupe mais également l'ensemble du groupe. « L'objectif du kinésithérapeute est de faire découvrir au patient un monde de mouvements corporels, en lui redonnant envie d'être physiquement actif avec les autres. Le fait de bouger avec une autre personne est d'une grande importance et permet de partager l'expérience du mouvement et de l'être » [79].

3.3.8) La massothérapie

Le massage a sa place dans le traitement de la douleur [151]. Le massage court a pour objectif de diminuer le stress alors que le massage long favorise quant à lui une détente profonde à la fois corporelle mais également mentale [41]. En effet, l'efficacité du massage sur la réduction de l'anxiété et du stress chez des patients souffrants de troubles de la SM a été montrée [152]. Selon une étude, l'auto-massage s'est avéré être pertinent dans l'amélioration du sens des limites corporelles chez les PAS [153]. Les massages des pieds ont montré également une amélioration de la qualité de vie des PAS, ainsi que la réduction de leur symptômes psychiatriques [154]. Des études suggèrent que la massothérapie diminue les symptômes de la dépression [155–157]. La massothérapie avec un toucher lent, rythmé et semblable à une caresse stimule les afférences C tactiles (CT) dans la peau. Le toucher provoque des réponses dans les zones cérébrales intéroceptives, comme le cortex insulaire, qui ont été associées à des représentations intéroceptives anormales chez les sujets déprimés [157]. Or, les PAS ont

également des perturbations intéroceptives, liées à un fonctionnement anormal du cortex insulaire. Très peu d'études montrent les bénéfices du massage pour les PAS ; cependant, compte tenu des bienfaits prouvés pour les patients déprimés, on peut émettre l'hypothèse que la massothérapie peut s'avérer être une TNM utilisable dans la prise en charge des PAS.

Ces différentes TNM énumérées ci-dessus sont utilisées pour de nombreuses pathologies en physiothérapie, dont notamment lors de troubles de la SM. Ces TNM sont utilisées en complément des traitements médicamenteux et potentialisent ces derniers. Il est cependant nécessaire d'adopter une posture particulière en tant que thérapeute lors de la prise en charge de patients souffrant de trouble de la SM. En effet, certains modèles psychologiques sont très utilisés lors de ces prises en charge.

3.4) Modèles psychologiques utilisés en physiothérapie et santé mentale

Un des modèles les plus courants dans la pratique clinique de nos jours est le modèle biopsychosocial. La perspective biopsychosociale permet d'expliquer la maladie en l'absence de pathologie [158]. Ce modèle de la santé permet d'expliquer la maladie comme un processus complexe et dynamique où interagissent des facteurs biologiques, émotionnels, cognitifs et sociaux. La classification *ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)* comprend les fonctions et structures corporelles, les activités et la participation, ainsi que les facteurs environnementaux qui influencent le fonctionnement de l'individu. Toutes ces composantes interagissent dans le processus de fonctionnement d'un état de santé [159]. La participation représente la dimension sociale du fonctionnement et se définit comme le fait d'être impliqué dans une situation de vie. Les restrictions de participation indiquent les difficultés rencontrées par l'individu pour s'impliquer dans une situation précise. La pertinence de ce modèle en physiothérapie est aujourd'hui largement reconnue et utilisée de façon systématique pour chaque prise en charge, par exemple, pour les problèmes de douleurs musculo-squelettiques ou bien pour la SM [79]. En effet, il peut être utilisé en physiothérapie de la SM pour comprendre les constructions biopsychosociales complexes des pathologies psychiatriques. Le modèle de la ICF est utilisé au niveau international dans le but de classer les facteurs expliquant l'incapacité à long terme due aux troubles mentaux : facteurs liés à la santé, facteurs personnels et facteurs externes. Les besoins sociaux, psychologiques, professionnels ainsi que les besoins de réadaptation de chaque patient doivent être couverts. Prendre en compte les besoins psychologiques du patient signifie, par exemple, « considérer la responsabilité du

patient, sa possibilité de contrôler, d'influencer et de participer à un traitement de physiothérapie, ainsi que les facteurs de motivation et l'efficacité personnelle » [160].

Un autre modèle utilisé est la théorie sociale cognitive [161,162]. Il s'agit d'une théorie psychologique importante qui présente un intérêt pour la physiothérapie en SM. Quand les PS souhaitent aider les patients à modifier leur comportement, il ne suffit pas de leur fournir des connaissances et des informations. Il est également important de se concentrer sur les processus cognitifs de l'individu, tels que les pensées, les émotions et l'auto-réflexion, pour faciliter l'apprentissage et par la suite le changement de comportement. Les croyances de l'individu en matière d'efficacité personnelle sont importantes dans la théorie sociale cognitive; elles influencent les pensées, les cognitions, la motivation, le comportement et les actions. L'auto-efficacité est la croyance d'un individu en sa propre capacité à accomplir une tâche, et l'auto-efficacité est positivement liée à la réussite d'un changement de comportement [163]. Ceci est pertinent pour la physiothérapie en SM, car un comportement lié à l'activité se concentre sur les mouvements, les pensées et les émotions du patient. Ces composantes, affectées par des contextes physiques et sociaux, lui sont ainsi nécessaires pour accomplir une tâche spécifique [164].

Il existe également un modèle théorique basé sur les facteurs communs [165]. Formuler un objectif commun avec le patient, recueillir les attentes du traitement et avoir une bonne communication et collaboration avec le patient sont des facteurs communs pertinents. En outre, le fait d'être authentique et empathique, de développer une alliance thérapeutique avec le patient et d'essayer de comprendre sa culture, ses normes et ses croyances sont d'une grande valeur pour un résultat positif du traitement [166]. Ce modèle met l'accent sur le fait que les explications données pour une pathologie et les actions thérapeutiques doivent être acceptables pour le patient. Cette acceptation est en partie fonction de la cohérence du traitement avec les croyances du patient. Cela suggère que les traitements fondés sur des preuves qui sont adaptés culturellement seront plus efficaces pour le patient en question. Il est important de personnaliser et d'adapter les traitements de physiothérapie car l'Europe devient de plus en plus multiculturelle [165].

Si la physiothérapie adaptée à la SM semble être particulièrement développée dans certains pays, la France n'en est qu'à ses prémices.

4) Physiothérapie et santé mentale : la situation en France

4.1) La profession de masseur-kinésithérapeute : définition et compétences

En 2021, la France compte environ 93000 masseurs-kinésithérapeutes, dont 85 % exercent en mode libéral ou mixte, et 15% en mode salarial exclusif [167]. Selon une enquête menée par le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, plus de 3000 postes dans les établissements de santé ne seraient pas pourvus en 2018 [168].

Selon l'article L4321-1, la profession de masseur kinésithérapeute en France est définie comme une pratique comportant *« la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ainsi que des déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles. Dans le cadre des pathologies héréditaires, congénitales ou acquises, stabilisées ou évolutives impliquant une altération des capacités fonctionnelles, le masseur-kinésithérapeute met en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs, et participe à leur coordination. Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale et peut adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, dans des conditions définies par décret. Il peut prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de sa profession. En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention. »* [169]

La Mkie est exercée dans un but thérapeutique ou bien pour favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé physique, psychique et sociale des patients. Elle agit également sur la gestion du handicap et le bien-être des personnes, et s'inscrit dans les politiques de santé en participant aux actions de santé publique. Ainsi le MK a pour objectif de rendre le patient plus autonome dans la gestion de ses capacités fonctionnelles et de sa santé [6]. En outre, le MK s'inscrit en tant que professionnel de santé apte à prendre en charge un large panel de patients. Au vu des symptômes des affections lourdes psychiatriques telle que la schizophrénie, certains patients seraient susceptibles de nécessiter une prise en charge pluridisciplinaire incluant une prise en charge de Mkie.

Comme énoncé dans l'arrêté ministériel de 2015 relatif au métier de MK : *« la masso-kinésithérapie tient compte des caractéristiques biologiques, psychologiques, sociales, culturelles et environnementales de chaque patient. Dans ses activités de rééducation,*

réadaptation, réinsertion, réhabilitation, entretien et prévention, les activités en masso-kinésithérapie mobilisent des compétences génériques et spécifiques » [6]. Le fonctionnement et le mouvement humains se situent au cœur du concept de cette thérapie. La Mkpie ne concerne donc pas seulement la biomécanique de l'appareil locomoteur, elle s'intéresse également aux caractéristiques psycho-sociales du patient. Elle prend en compte les phénomènes psychosomatiques présents chez les patients (mécanismes de défense, d'adaptation, image de soi, schéma corporel), les situations de vulnérabilité ou de dépendance ainsi que la souffrance psychique en elle-même [6]. Pour cela, le MK doit développer des compétences précises afin de prendre en charge de façon globale un patient.

En sa qualité de professionnel de santé, le MK possède un référentiel de 11 compétences lui conférant les capacités de soigner un large panel de patients. Ce référentiel a été élaboré suite à l'arrêté du 2 septembre 2015, en les développant comme suit [170] :

- C1. Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique.
- C2. Concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie, adapté au patient et à sa situation.
- C3. Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage.
- C4. Concevoir, mettre en œuvre et évaluer une séance de masso-kinésithérapie.
- C5. Établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie.
- C6. Concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie.
- C7. Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle
- C8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.
- C9. Gérer ou organiser une structure individuelle ou collective en optimisant les ressources.
- C10. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs.
- C11. Informer et former les professionnels et les personnes en formation [170].

Parmi les compétences citées précédemment, les compétences n°1, 2, 3 et 10 semblent être particulièrement appropriées aux besoins des patients atteints de troubles de la SM, dont les PAS. En effet, la compétence n°1 « *analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique* » permet au MK d'avoir les principaux éléments constituant son bilan diagnostic kinésithérapique et ainsi les clés pour

concevoir son traitement. Le MK s'avère ainsi compétent en terme d'évaluation de la douleur ou de dysfonctionnements corporels ; parfois problématiques chez les PAS [79]. La compétence n°2 « *concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie, adapté au patient et à sa situation* » illustre parfaitement la polyvalence recherchée et nécessaire chez un MK. En effet, le MK s'adapte à chaque type de patient rencontré, avec une approche bio-psycho-sociale et cela quelle que soit l'indication pour laquelle le patient consulte. Le MK est capable de construire son traitement malgré les difficultés rencontrées par une psychopathologie. La compétence n° 3 « *concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage* » peut être illustrée lors de la prise en charge kinésithérapique de PAS étant donné la représentation de cette population comme à risques et vulnérable. En effet, le MK semble être dans une position intéressante pour mettre en place des démarches de prévention au vu des nombreuses comorbidités et de la surmortalité énumérées précédemment chez les PAS, constituant un véritable enjeu de santé publique. La compétence n°10 « *organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs* » met en exergue la capacité du MK à intégrer une équipe pluridisciplinaire et à s'investir dans le système de soin de façon globale afin de potentialiser les effets du traitement pour le patient. De plus, le MK a des compétences spécifiques dans la réalisation de différents types de massages ; cependant seul le massage thérapeutique est de la compétence exclusive au MK depuis la loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé [171].

Ainsi, le MK est doté de nombreuses compétences qui semblent pertinentes théoriquement à appliquer dans le champ de la SM et plus spécifiquement lors de la prise en charge des PAS. Cependant, en pratique, la mise en place de soins kinésithérapiques pour des patients souffrant de troubles de la SM ne semble pas acquise.

4.2) Une place minoritaire de la santé mentale en masso-kinésithérapie en France

Si certains MK interviennent dans des services de psychiatrie, il est cependant rare de trouver un MK spécialisé en SM exerçant en libéral en France [172]. Les représentations, d'un côté très physique du métier de MK, et de l'autre plutôt mentale pour la pathologie ne coïncident pas au premier abord. Pourtant, plusieurs données issues de la littérature énoncées précédemment suggèrent des liens entre *physiothérapie* et SM [79]. Il faut cependant noter que la plupart de ces écrits sont d'origine anglo-saxonne et non française. En effet, ne faisant toujours pas partie de l'IOPTMH, la France n'apparaît pas comme un pays précurseur et novateur du développement de la physiothérapie en SM, comparativement à certains de ses pays voisins [7]. Toutefois, les étudiants en Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie en France bénéficient

depuis la réforme de 2015 (Décret n°2015-1110 du 2 septembre 2015) des unités d'enseignement spécifiques, pouvant accorder des heures supplémentaires lors de la formation initiale en SM et en psychiatrie [173]. De plus, de nombreuses formations de type formation continue existent en France, ce qui permet de sensibiliser davantage les PS sur cette thématique tout au long de leur carrière.

La SM, en plus d'être un véritable problème de santé publique, est un sujet très présent dans le contexte politique actuel. En effet, le ministère des Solidarités et de la Santé dans la réforme « Ma Santé 2022 », place « *la psychiatrie et la santé mentale [...] au rang de priorité* ». Cela oblige la mise en œuvre des projets territoriaux de SM, avec le développement renforcé de la réhabilitation-psychosociale et l'organisation d'un parcours de prévention et de dépistage des pathologies somatiques pour les patients psychotiques [174]. Ces projets sont appuyés par le Ségur de la Santé 2021 assurant son soutien à l'investissement financier en psychiatrie et en SM pour accompagner la restructuration de l'offre en régions en fonction des besoins de santé des différents territoires [175]. De son côté, la HAS exprime la nécessité d'un décloisonnement structurel et culturel entre les secteurs sanitaire et médico-social pour le domaine de la psychiatrie et de la SM [2]. Cependant, le MK ne fait pas partie des PS impliqués dans le parcours de soin énoncé dans les recommandations de 2017 de la HAS concernant la schizophrénie [8], ce qui témoigne du « retard » de la France sur le développement de la physiothérapie en SM [7].

Par ailleurs, dans ses recommandations relatives à l'évolution des métiers en SM et aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique, le Ministère de la Solidarité avait encouragé le développement de partenariat et de réseaux locaux entre les différents professionnels sanitaires spécialisés, les acteurs de soins primaires et les intervenants des champs éducatif, social et médico-social. L'objectif est de construire des pratiques professionnelles coordonnées en conjuguant les interventions du champ médical et paramédical [176]. Ces recommandations mettent l'accent sur l'adaptation des compétences et des métiers en SM au niveau de la formation et de l'organisation du travail. Elles visent à renforcer l'accès, la diversification et la continuité des prises en charge par la reconnaissance mutuelle des compétences spécifiques des intervenants [176]. Elles énoncent que « *les masseurs-kinésithérapeutes assurent des prises en charge individuelles ou collectives soit pour préserver ou rétablir une fonction, soit d'une manière globale dans le cadre d'une médiation corporelle, en tenant compte de l'articulation du corps et de la psyché* ». Pour ce faire, la formation des MK doit apporter aux futurs professionnels une connaissance et une prise en compte de la psychopathologie avec une information sur l'organisation des soins en SM et l'importance de

la dimension relationnelle. Les recommandations soulignent la nécessité d'un travail en équipe pluridisciplinaire pour faire (re)connaître la profession [176]. Enfin, l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé affirme le besoin de développer la recherche interdisciplinaire dans le domaine de la SM [177]. Cette volonté est soutenue par le ministère qui attend la mise en place de programmes innovants de recherches et d'actions sur les pratiques professionnelles dans ce domaine [176].

5) Synthèse de la revue de la littérature et énonciation de la problématique

D'après la revue de la littérature sur le sujet, le contexte politique actuel et les instances énumérées précédemment laissent à penser que la Mkipie pourrait avoir sa place dans la prise en charge des patients souffrant de troubles de la SM et plus particulièrement des PAS. Des comorbidités, des comportements à risques, et une surmortalité sont à noter chez les PAS, représentant un véritable enjeu de santé publique. Certains PAS peuvent également souffrir de troubles des perceptions corporelles dont notamment celle de la douleur, comme une hypoalgésie lors de pathologies somatiques. Ces altérations de la perception peuvent contribuer à des retards de diagnostic et ainsi accentuer la surmortalité dans cette population déjà vulnérable. D'après le référentiel des compétences, le MK semble apte à intervenir dans différents champs comprenant un large panel de patients. Sachant adapter son traitement aux situations et aux pathologies, le MK pourrait faire profiter les PAS de ses compétences, toujours dans un objectif d'amélioration de la fonction et de la qualité de vie du patient. Bien que son rôle soit reconnu dans certains pays, en France, la profession de MK n'est pas totalement intégrée dans le système de soin de la SM et de la psychiatrie. En effet, la profession n'est pas inscrite dans les recommandations de la HAS. La Mkipie n'est pas prescrite de façon standardisée et systématique par les médecins, notamment par les psychiatres, pour ces indications. Ainsi, la prise en charge kinésithérapique des patients souffrant de troubles de la SM, dont les PAS, n'est pas courante en France, contrairement à d'autres pays.

Il est alors intéressant de se demander en quoi l'extension de la prise en charge des patients atteints de schizophrénie via l'introduction de la masso-kinésithérapie en santé mentale en France serait-elle bénéfique selon les psychiatres ?

L'objectif principal de cette étude est de recueillir les perceptions de psychiatres amenés à prendre en charge des PAS, quant au rôle du MK dans la prise en charge de ces patients et plus spécifiquement dans la prise en charge de l'altération des perceptions corporelles et de la

douleur. Un objectif secondaire consiste à identifier les facteurs limitant et facilitant le développement de la Mkipie en SM en France, selon les dires des médecins.

6) Méthode

Une revue de la littérature a été effectuée au préalable afin de définir la problématique. Pour ce faire, nous avons utilisé les moteurs de recherche *PubMed*, *Google Scholar* et *Science Direct* avec les mots clés suivants en anglais « *physiotherapy* », « *schizophrenia* », « *pain sensitivity* », « *pain management* », « *pain perception* », « *alteration* », « *body awareness* », « *pain awareness* », « *pain therapy* », « *barriers and facilitators* ». L'association des différents mots-clés énumérés précédemment s'est effectuée à l'aide des opérateurs booléens : « AND » permettant d'associer plusieurs mots apparaissant dans la même recherche, « OR » impliquant qu'au moins un des deux mots doit apparaître dans la recherche, et « NOT » permettant d'exclure un champ. Il fut possible de renseigner la date des études ; ainsi, quand cela était possible, les études les plus récentes des cinq dernières années ont été sélectionnées. De plus, la sélection des études de haute qualité méthodologique a pu être réalisée sur *PubMed* en sélectionnant des méta-analyses et des revues systématiques. Il est remarquable que la plupart des articles sélectionnés font partie de la littérature internationale. En effet, très peu voire aucun article français n'est renseigné dans la littérature sur cette thématique.

6.1) Choix de la méthode et objectifs

Il s'avère qu'aucun article recensé dans la littérature scientifique ne s'intéresse aux effets potentiels de la Mkipie dans la prise en charge de l'altération des perceptions corporelles et de la douleur chez les PAS. De plus, le rôle du MK dans la prise en charge globale des PAS, ainsi que les freins et leviers au développement de la Mkipie dans le champ de la SM en France ne sont pas renseignés dans la littérature.

La synthèse de la revue de la littérature nous a ainsi permis de poser la problématique suivante :

En quoi l'extension de la prise en charge des patients atteints de schizophrénie via l'introduction de la masso-kinésithérapie en santé mentale en France serait-elle bénéfique selon les psychiatres ?

Pour répondre à la problématique posée, le choix d'une méthode qualitative s'impose. En effet, aucune méthodologie expérimentale ne permet de recueillir des phénomènes subjectifs comme l'avis et les perceptions des médecins. Par ailleurs, la possibilité de passation d'un questionnaire a été exclue. En effet, l'inconvénient du questionnaire est l'inhibition de l'expression libre des

interviewés, en raison des items prédéterminés. Le choix d'une méthodologie qualitative par entretiens s'est ainsi imposé.

La méthode de recherche par entretiens suivis d'une analyse thématique s'inscrit dans une démarche de « *mise à jour d'éléments de significations susceptibles de conduire vers une description de mécanisme dont on n'avait à priori pas la compréhension* » [178]. Plusieurs types d'entretiens existent : directif, semi-directif ou non-directif [179].

Pour répondre à la problématique posée, un entretien semi-directif a été sélectionné. L'avantage d'un entretien semi-directif est de pouvoir structurer l'interrogation sans diriger le discours de l'interviewé, et ainsi garantir l'investigation de l'ensemble des sujets qui nous intéressent en tant que chercheurs. La comparabilité des entretiens est assurée car tous les entretiens sont construits à partir d'une même base, à savoir le guide d'entretien [180].

Cette méthode est appropriée pour notre recherche, étant donné le cadre théorique fourni précédemment (cf. Parties 2,3,4), qui permet l'élaboration d'un cadre catégoriel à priori (cf. Partie 5.3). Ce dernier nous a permis de construire le guide d'entretien, constitué de questions ouvertes, mais également les potentielles relances pour les interviewés (cf. Partie 5.4).

6.2) Participants

Un total de 10 médecins psychiatres (M= 40ans ; ET=10), de Nice dans les Alpes-Maritimes (06) en France ont participé à cette étude de manière volontaire, en prenant part à des entretiens semi-directifs. Les médecins ont été sélectionnés suite à une demande adressée au Centre Hospitalier Universitaire de Nice ainsi qu'au Centre Hospitalier de Sainte-Marie, centre hospitalier psychiatrique à Nice. Les critères d'inclusions étaient donc d'être diplômé et d'avoir déjà pris en charge des PAS. Le nombre de participants a été déterminé selon l'effectif généralement retenu dans les études similaires de manière à favoriser la saturation qualitative des données, à savoir qu'aucune donnée nouvelle n'apporte d'élément nouveau à la compréhension du phénomène [181].

6.3) Cadre catégoriel *a priori*

Un cadre catégoriel défini *a priori* permet de concevoir les thèmes principaux relevant de la problématique. Quatre thèmes ont été définis en relation avec notre objet d'étude : « altération de la perception de la douleur chez les PAS » ; « bénéfices perçus de la Mkipie pour les PAS » ; « barrières à l'introduction de la Mkipie en SM en France » ; « leviers à l'introduction de la Mkipie en SM en France ». Des catégories et sous-catégories pour chacun des thèmes ont été

identifiées en référence à la littérature existante (Parties 1, 3 et 4). De plus, une étude a relaté les barrières et les effets facilitateurs de la promotion d'AP par les PS pour les patients atteints de pathologies mentales [182], ce qui a permis de définir la catégorie « connaissances » et « pratiques professionnelles » des PS, soit des psychiatres dans notre étude par rapport à l'altération de la perception de la douleur chez les PAS.

Tableau 1. Thèmes et catégories définies *a priori*

THEMES	CATEGORIES	SOUS-CATÉGORIES
Altération de la perception de la douleur chez les PAS [47]	Connaissances des psychiatres [182]	Hypoalgésie [15]
		Absence de plainte [13]
		Perception corporelle réduite [64]
		Difficultés d'expression de la douleur [21]
		Difficultés de diagnostic [21]
	Pratiques professionnelles des psychiatres [182]	Thérapies non médicamenteuses [79]
		Thérapie médicamenteuse [71]
		Évaluation de la douleur [75]
Bénéfices perçus de la Mkpie pour les PAS [79]	Amélioration de la qualité de vie [101,183]	
	Amélioration de la santé physique [101,183]	Capacités fonctionnelles [184]
		IMC [183]
		Équilibre [129]
	Amélioration des symptômes psychiatriques [101,183]	
	Amélioration de la conscience corporelle [125]	

Barrières à l'introduction Mkipie en SM en France [81]	Facteurs liés aux PS [82]	Manque de formation des physiothérapeutes en SM
		Méconnaissance du rôle de la Mkipie en SM
		Manque de considération de la physiothérapie
	Facteurs structurels [82]	Politique de la structure [81]
		Financement limité [82]
	Facteurs liés au patient [81]	Manque de motivation
Leviers à l'introductions de la Mkipie en SM en France [81]	Facteurs liés aux PS [185]	Sensibilisation des physiothérapeutes [81]
	Facteurs structurels [82]	

6.4) Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été élaboré afin que tous les entretiens soient construits et structurés de façon semblable. La première partie du guide porte sur les connaissances et pratiques professionnelles des psychiatres relatives à la prise en charge de l'altération des perceptions corporelles et de la douleur chez les PAS. La deuxième partie du guide est consacrée aux bénéfices perçus par les psychiatres de la Mkipie dans la prise en charge de l'altération des perceptions corporelles et de la douleur chez les PAS. Enfin, la troisième partie du guide explore les facteurs limitant et favorisant l'introduction de la Mkipie en SM en France du point de vue des psychiatres.

Une question inaugurale est posée afin de contextualiser la thématique ainsi que pour faire connaissance avec les interviewés. Les médecins sont amenés à nous donner leur point de vue pratique face à une donnée issue de la littérature. Nous recherchons leurs connaissances et leurs pratiques professionnelles sur la thématique choisie (cf. Partie 5.3 catégories « connaissances des psychiatres », « pratiques professionnelles des psychiatres »).

Question 1 : « La littérature montre l'existence d'une altération des perceptions corporelles dont notamment celle de la douleur avec une certaine hypoalgésie lors de pathologies somatiques chez les patients atteints de schizophrénie. Que pouvez-vous me dire à ce sujet s'il vous plait ? »

Par la suite, si besoin est, une relance pouvait être faite concernant la prise en charge non médicamenteuse des PAS (cf. Partie 5.3 catégories « pratiques professionnelles des psychiatres », « thérapies non médicamenteuses »).

Relance 1 : « Que pensez-vous des thérapies non médicamenteuses face à ce trouble ? Que préconiserez-vous et pourquoi ? »

Une fois le contexte théorique exposé, une seconde question est posée concernant la Mkipie et la SM. Cette question a été déterminée selon les thèmes définis précédemment (cf. Partie 5.3) : « bénéfices perçus de la Mkipie en SM » et « barrières à l'introduction de la Mkipie en SM en France ».

Question 2 : « Parmi les thérapies non-médicamenteuses, on peut citer la masso-kinésithérapie. Cependant, contrairement à d'autres pays, la masso-kinésithérapie n'est pas prescrite de façon standardisée en France pour les troubles de la santé mentale. Comment voyez-vous l'introduction de cette profession à votre arsenal thérapeutique de prise en charge ?

Relance 2 : « Voyez-vous des facteurs limitant ou au contraire favorisant le développement de la masso-kinésithérapie en SM en France ? »

L'entretien se termine par un recentrage sur notre thématique initiale, soit l'altération de la perception de la douleur.

Question 3 : « Imaginons que ces freins soient levés, concernant l'altération de perception de la douleur : dans quelle mesure pensez-vous que la prise en charge en masso-kinésithérapie pourrait avoir un effet sur ce trouble ? Et pourquoi ? »

6.5) Procédure

La demande de participation à l'étude s'est effectuée par e-mail. Les participants ont rempli un formulaire de consentement éclairé (Annexe 1). Après avoir convenu d'une date et d'un horaire précis, nous procédons aux entretiens en visioconférence via la plateforme *Zoom*. En effet, en raison de la situation sanitaire du moment liée à la pandémie du Covid-19, il s'est avéré plus adapté d'effectuer ces entretiens à distance.

Une présentation personnelle ainsi qu'une demande préalable d'enregistrement de l'entretien, dans le but de retranscrire les dires des participants, ont été effectuées au début de l'entretien. Les participants ont été informés du caractère confidentiel et anonyme de l'étude.

Des questions sont posées dans un second temps aux participants afin de caractériser notre population :

- Type d'exercice
- Nombre d'années d'exercice post-diplôme
- Pourcentage de PAS dans leur patientèle lors de leur carrière
- Sexe

L'entretien débute alors en suivant le guide d'entretien, puis en utilisant les relances selon le discours libre de l'interviewé. L'entretien se termine quand le locuteur a posé toutes les questions du guide d'entretien ainsi que les relances et les reformulations/synthèses des principaux éléments de réponse.

6.6) Analyse des données

6.6.1) Retranscription

Les entretiens sont enregistrés grâce à un dictaphone et sont retranscrits. Les retranscriptions sont disponibles en annexe (Annexes 2,4,6,8,10,12,14,16,18,20). Dans les retranscriptions, l'interviewer est désigné par la lettre « *I* » et le psychiatre interviewé par la lettre « *P* » suivi du numéro de l'entretien (par exemple : « *PI* » pour l'entretien n°1). Les premières minutes des entretiens consacrées à la présentation et à la connaissance des interviewés n'ont pas été retranscrites.

6.6.1) Analyse thématique

Une analyse thématique à la fois déductive (à partir de catégories préétablies) et inductive (émergeant du corpus des données) est utilisée pour analyser les retranscriptions des entretiens. La combinaison de ces deux types d'analyses est prônée par les spécialistes de méthodes qualitatives [186]. Trois chercheurs sont impliqués dans cette analyse : (a) CL ayant des compétences en Mkipie, chargée de la conduite des entretiens ; (b) FL ayant des compétences en psychologie et en méthodes qualitatives ; (c) VD ayant des compétences en Mkipie et en méthodes qualitatives.

Processus de codage. Un processus de codage classiquement reconnu dans les recherches qualitatives a été adopté [187]. Dans un premier temps, deux chercheurs ont lu l'ensemble des retranscriptions, de manière à se familiariser avec le contenu [178]. A l'intérieur des thèmes (Tableau 1), il s'agissait d'opérer des regroupements, sur la base de similarités et de récurrences des unités de sens, puis de nommer les catégories et sous-catégories émergentes [188]. Deux chercheurs (CL et FL) ont confronté leurs analyses sur 30% des données jusqu'à l'obtention

d'un consensus. Il s'agit ainsi d'une analyse par triangulation. Un troisième chercheur (VD), expérimenté dans les études qualitatives, a alors vérifié la cohérence des catégories et sous-catégories [187].

Rigueur méthodologique. Plusieurs critères ont été respectés afin de garantir la rigueur méthodologique de l'étude [189]. Premièrement, le choix de participants ayant des qualifications dans le domaine de la SM a permis d'assurer la crédibilité des entretiens et plusieurs perspectives sur la question de recherche [186]. Deuxièmement, la classification a été revue par le troisième chercheur afin de promouvoir la validité de la recherche qualitative. La classification des catégories a été affinée jusqu'à ce qu'un accord soit trouvé entre tous les chercheurs impliqués dans les analyses [190], et les citations les plus pertinentes ont été sélectionnées pour illustrer les catégories (Partie 7.5 Analyse qualitative). À la suite de ces échanges, la classification et l'analyse initiales ont été discutées, critiquées et modifiées à plusieurs reprises pour aboutir à une version satisfaisante pour les trois chercheurs.

7) Résultats

7.1) Résultats bruts

Les données brutes de l'étude sont présentées dans le tableau suivant (tableau 2). Le sexe masculin est représenté par la lettre « *M* », et le sexe féminin par la lettre « *F* ».

Un total de 10 corpus sert de base pour les différentes analyses. L'âge moyen des participants est de 40 ans. Les participants exercent en tant que psychiatre depuis 10 ans en moyenne (ET=11,03). Les PAS représentent en moyenne plus de la moitié de leur patientèle. L'intégralité des psychiatres interrogés exercent en structure hospitalière. La durée moyenne des entretiens est de 24 minutes.

Tableau 2. Données générales des participants et des entretiens

Entretien	Sexe	Nombre d'années d'exercice	% de PAS dans leur patientèle	Durée de l'entretien (min)
P1	F	3	25	22,17
P2	M	40	60	18,02
P3	F	8	60	19,43
P4	M	3	75	21,28
P5	M	10	60	35,35
P6	F	13	70	20,37
P7	F	3	33	27,56
P8	F	4	40	22,42
P9	F	9	70	28,55
P10	F	11	70	21,55

7.2) Définition des thèmes, catégories et sous-catégories

L'ensemble des retranscriptions des entretiens est analysé ligne par ligne et aboutit à l'identification de 397 unités de sens liées à l'objet d'étude.

L'analyse de contenu a été effectuée à partir des quatre thèmes principaux suivants définis *a priori* : (a) l'altération de la perception de la douleur chez les PAS, (b) les bénéfices perçus de la Mkpie pour les PAS, (c) les barrières à l'introduction de la Mkpie en SM en France et (d) les leviers à l'introduction de la Mkpie en SM en France. Par ailleurs, l'analyse thématique a permis de voir émerger des catégories et sous-catégories *a posteriori* : les catégories et sous-catégories émergeant au minimum dans deux entretiens ont été retenues.

L'ensemble des catégories et sous-catégories *a priori* et *a posteriori* sont présentées dans le tableau suivant (Tableau 3).

Tableau 3. Résumé des thèmes, catégories et sous-catégories définis en regard du corpus

Thème 1 : Altération de la perception de la douleur chez les PAS		
	<i>A PRIORI</i>	<i>A POSTERIORI</i>
CATEGORIE	Connaissances des psychiatres	
SOUS-CATEGORIES	Hypoalgésie Absence de plainte Perception corporelle réduite	

	Difficultés d'expression de la douleur		
	Difficultés de diagnostic		Symptomatologie psychiatrique
	<i>A PRIORI</i>		<i>A POSTERIORI</i>
CATEGORIE	Pratiques professionnelles des psychiatres		
SOUS-CATEGORIES	TNM Évaluation de la douleur Thérapie médicamenteuse		Vigilance accrue Discussion avec le patient
	<i>A PRIORI</i>		<i>A POSTERIORI</i>
CATEGORIE		Préconisations	
SOUS-CATEGORIES			PEC globale Nécessité d'une indication précise pour une PEC en Mkipie
Thème 2 : Bénéfices perçus de la Mkipie pour les PAS			
	<i>A PRIORI</i>		
CATEGORIES	Amélioration de la santé physique Amélioration de la conscience corporelle Amélioration de la qualité de vie Amélioration des symptômes psychiatriques		
Thème 3 : Barrières à l'introduction de la Mkipie en SM en France			
	<i>A PRIORI</i>		<i>A POSTERIORI</i>
CATEGORIE	Facteurs liés aux PS – Facteurs liés aux médecins		
SOUS-CATEGORIES	Méconnaissance du rôle de la physiothérapie en SM		
	<i>A PRIORI</i>		<i>A POSTERIORI</i>
CATEGORIE	Facteurs liés aux PS – Facteurs liés aux MK		
SOUS-CATEGORIES	Manque de formation des physiothérapeutes en SM		Manque d'intérêt Réticence

	<i>A PRIORI</i>	<i>A POSTERIORI</i>
CATEGORIE	Facteurs structurels	
SOUS- CATEGORIES	Politique de la structure Financement limité	Contraintes administratives Manque de personnel
	<i>A PRIORI</i>	<i>A POSTERIORI</i>
CATEGORIE	Facteurs liés au patient	
SOUS- CATEGORIES	Manque de motivation	Difficultés d'accès aux soins
Thème 4 : Leviers à l'introduction de la MK en SM en France		
	<i>A PRIORI</i>	<i>A POSTERIORI</i>
CATEGORIE	Facteurs liés aux PS	
SOUS CATEGORIES		Sensibilisation des médecins Développement de la formation en SM pour les MK Perception positive de la Mkipie en SM par les psychiatres
	<i>A PRIORI</i>	<i>A POSTERIORI</i>
CATEGORIE	Facteurs structurels	
SOUS CATEGORIES		Augmentation du nombre de MK
	<i>A PRIORI</i>	<i>A POSTERIORI</i>
CATEGORIE		Facteurs liés au patient
SOUS CATEGORIES		Intégration du patient dans le choix décisionnel
	<i>A PRIORI</i>	<i>A POSTERIORI</i>
CATEGORIE		Fondements scientifiques
SOUS CATEGORIES		Développement de données probantes en Mkipie en SM

Dans le thème 1 « altération de la perception de la douleur chez les PAS », les catégories définies a priori « connaissances des psychiatres » et « pratiques professionnelles des psychiatres » ont été retrouvées. Dans la catégorie « connaissances des psychiatres », liées à

leurs observations pratiques, les sous-catégories suivantes ont été retrouvées : « hypoalgésie », « absence de plainte », « perception corporelle réduite », « difficultés d'expression de la douleur », « difficultés de diagnostic ». Une sous-catégorie a émergé : « symptomatologie psychiatrique ». Dans la catégorie « pratiques professionnelles des psychiatres », les sous-catégories définies *a priori* « TNM », « thérapies médicamenteuses » et « évaluation de la douleur » ont été retrouvées. Les sous-catégories « discussion avec le patient » et « vigilance accrue » ont émergé.

Une nouvelle catégorie intitulée « préconisations » a émergé dans ce premier thème. Cette catégorie rassemble les deux sous-catégories suivantes : « PEC globale » et « nécessité d'indications précises pour une PEC en Mkipie ».

Dans le thème 2 « bénéfices perçus de la Mkipie pour les PAS », les quatre catégories définies *a priori* « amélioration de la santé physique », « amélioration de la conscience corporelle », « amélioration de la qualité de vie », « amélioration des symptômes psychiatriques » ont été retrouvées.

Dans le thème 3 « barrières à l'introduction de la Mkipie en SM en France », les catégories définies *a priori* « facteurs liés aux PS », « facteurs structurels » et « facteurs liés aux patients » ont été retrouvées. La catégorie « facteurs liés aux PS » s'est décomposée en « facteurs liés aux médecins » et « facteurs liés aux MK ». Dans la catégorie « facteurs liés aux médecins », la sous-catégorie « méconnaissance du rôle de la Mkipie en SM » a été retrouvée. Dans la catégorie « facteurs liés aux MK », la sous-catégorie « manque de formation des physiothérapeutes en SM » a été retrouvée. Par ailleurs, dans cette catégorie, deux sous-catégories ont émergé : « réticence » et « manque d'intérêt ». Dans la catégorie « facteurs structurels », les sous-catégories suivantes ont été retrouvées : « politique de la structure » et « financement limité ». Deux sous-catégories ont émergé : « manque de personnel » et « contraintes administratives ». Dans la catégorie « facteurs liés aux patients », la sous-catégorie « manque de motivation » a été retrouvée, et la sous-catégorie « difficultés d'accès aux soins » a émergé.

Dans le thème 4 « leviers à l'introduction de la Mkipie en SM en France », la catégorie « facteurs liés aux PS » a été retrouvée avec cependant des sous-catégories émergentes : « sensibilisation des médecins », « développement de la formation en SM pour les MK » et « perception positive de la Mkipie en SM par les psychiatres ». La catégorie « facteurs structurels » a également été retrouvée dans ce thème. La sous-catégorie « augmentation du nombre de MK » a émergé. Deux nouvelles catégories ont émergé des corpus : « fondements scientifiques » et « facteurs liés au patient ». Dans la catégorie « fondements scientifiques », la sous-catégorie « développement de données probantes en Mkipie en SM » a émergé. Dans la

catégorie « facteurs liés au patient » la sous-catégorie « intégration du patient dans le choix décisionnel » a émergé.

7.3) Résultats de l'analyse thématique par entretien

Une analyse thématique par entretien est réalisée. Pour chaque entretien, les catégories et sous-catégories ont été représentées selon chaque thème, ainsi que les *verbatim* se rapportant à ces dernières. Les résultats de cette analyse sont présentés sous forme de tableaux et sont disponibles en annexe (annexes 3-5-7-9-11-13-15-17-19-21).

7.4) Analyse quantitative

Pour chaque entretien, le nombre d'occurrences se rapportant aux catégories ou sous-catégories retenues a été comptabilisé et rapporté dans les tableaux suivants (tableaux 4 à 9). Au total, 397 unités de sens ont été comptabilisées. Ainsi pour chacun des quatre thèmes, nous retrouvons les catégories et les sous-catégories conçues de façon déductive et inductive avec le nombre d'occurrences s'y rapportant pour chaque entretien.

7.4.1) Thème « altération de la perception de la douleur chez les PAS »

Dans le thème « altération de la perception de la douleur chez les PAS », trois catégories sont retenues : « connaissances des psychiatres », « pratiques professionnelles des psychiatres », et « préconisations ». Cent-soixante-huit unités de sens relatives à ce thème ont été identifiées ; ce qui représente environ 40% (42%) du discours total des interviewés (Figure 5).

Pour chacune de ces catégories, plusieurs sous-catégories ont été représentées dans les tableaux ci-dessous (Tableaux 4, 5 et 6).

Pour la catégorie « connaissances des psychiatres », six psychiatres interrogés ont confirmé, selon leurs observations pratiques, la présence d'hypoalgésie chez des PAS ainsi qu'une absence de plainte douloureuse. Quatre psychiatres ont mis l'accent sur la réduction de la perception corporelle en général. Huit psychiatres sur les dix interrogés ont affirmé que ces altérations des perceptions étaient dépendantes de la symptomatologie psychiatrique du patient. Trois psychiatres ont fait référence aux difficultés de diagnostic que pouvaient engendrer ces altérations de perception. Deux psychiatres ont également énoncé les difficultés d'expression de la douleur également présentes chez ce type de patient. Ces résultats sont illustrés sur la figure 1 (figure 1-A).

Le nombre d'occurrences par entretien par sous-catégories est représenté dans le tableau suivant (Tableau 4). Soixante-et-une unités de sens relatives aux connaissances des psychiatres liées à leurs observations pratiques ont été identifiées. Ainsi, cette catégorie représente environ 15% du discours total des interviewés.

Tableau 4. Nombre d'occurrences dans la catégorie « Connaissances des psychiatres »

Thème : Altération de la perception de la douleur chez les PAS						
Catégorie : Connaissances des psychiatres						
Sous catégories	Hypoalgésie	Absence de plainte	Perception corporelle réduite	Difficultés d'expression de la douleur	Difficultés de diagnostic	Symptomatologie psychiatrique
P1		2				1
P2	2					2
P3	2	2	2			4
P4	1	1	2			2
P5			4	3	1	3
P6		2			1	2
P7	2	3				2
P8	1			4		1
P9	1		5		1	
P10		2				
Total = 61	9	12	13	7	3	17
Pourcentage	15%	20%	21%	11%	5%	28%

Pour la catégorie « pratiques professionnelles des psychiatres », les dix psychiatres interrogés ont fait référence aux TNM mises en place au sein de leur établissement pour les PAS, tandis que cinq psychiatres ont fait référence aux thérapies médicamenteuses lors de la prise en charge du trouble de perception de la douleur. Neuf psychiatres ont affirmé faire une évaluation de la douleur avec ces patients. Quatre psychiatres ont énoncé l'importance de la discussion, de l'échange avec le patient sur leur trouble. Trois psychiatres ont également affirmé être plus vigilants face à cette population. Ces résultats sont illustrés sur la figure 1 (figure 1-B).

Le nombre d'occurrences par entretien par sous-catégories est représenté dans le tableau suivant (Tableau 5). Quarante-vingt-dix unités de sens relatives aux « pratiques professionnelles des psychiatres » face à l'altération de la perception de la douleur chez les PAS ont été identifiées. Ainsi, cette catégorie représente environ 23% du discours total des interviewés. Dans ces 23%, près de trois quart (74%) sont centrées sur l'« évaluation de la douleur » et sur les « TNM » comme « pratiques professionnelles des psychiatres » face à l'altération de la perception de la douleur chez les PAS. La « thérapie médicamenteuse » représente 11% des données de cette

catégorie, face à respectivement 9% et 7% pour la « vigilance accrue » des psychiatres et la « discussion avec le patient » de ces derniers avec les PAS.

Tableau 5. Nombre d’occurrences dans la catégorie « pratiques professionnelles des psychiatres »

Thème : Altération de la perception de la douleur chez les PAS					
Catégorie : Pratiques professionnelles des psychiatres					
Sous catégories	TNM	Discussion avec le patient	Évaluation de la douleur	Vigilance accrue	Thérapie médicamenteuse
P1	1	1	7		4
P2	2				2
P3	2		5	3	1
P4	2		4		
P5	8		5		2
P6	5		2		1
P7	6		1		
P8	3	1	4		
P9	1	2	4	1	
P10	3	2	1	4	
Total = 90	33	6	33	8	10
Pourcentage	37%	7%	37%	9%	11%

Pour la catégorie « préconisations », six psychiatres font référence à la nécessité d’une PEC globale pour ce type de trouble chez les PAS. Trois psychiatres affirment également l’importance d’indications précises pour la prise en charge kinésithérapique des PAS. Ces résultats sont illustrés sur la figure 1 (figure 1-C).

Le nombre d’occurrences par entretien par sous-catégories est représenté dans le tableau suivant (Tableau 6). Dix-sept unités de sens relatives aux préconisations des psychiatres face à l’altération de la perception de la douleur chez les PAS ont été identifiées. Ainsi, cette catégorie représente environ 5% du discours des interviewés.

Tableau 6. Nombre d'occurrences dans la catégorie « Préconisations »

Thème : Altération de la perception de la douleur chez les PAS		
Catégorie : Préconisations		
Sous catégories	Prise en charge globale	Nécessité d'une indication précise pour une PEC en Mkpie
P1	1	
P2		
P3		
P4		
P5	2	1
P6	1	
P7	2	
P8	3	1
P9		5
P10	1	
Total = 17	10	7
Pourcentage	59%	41%

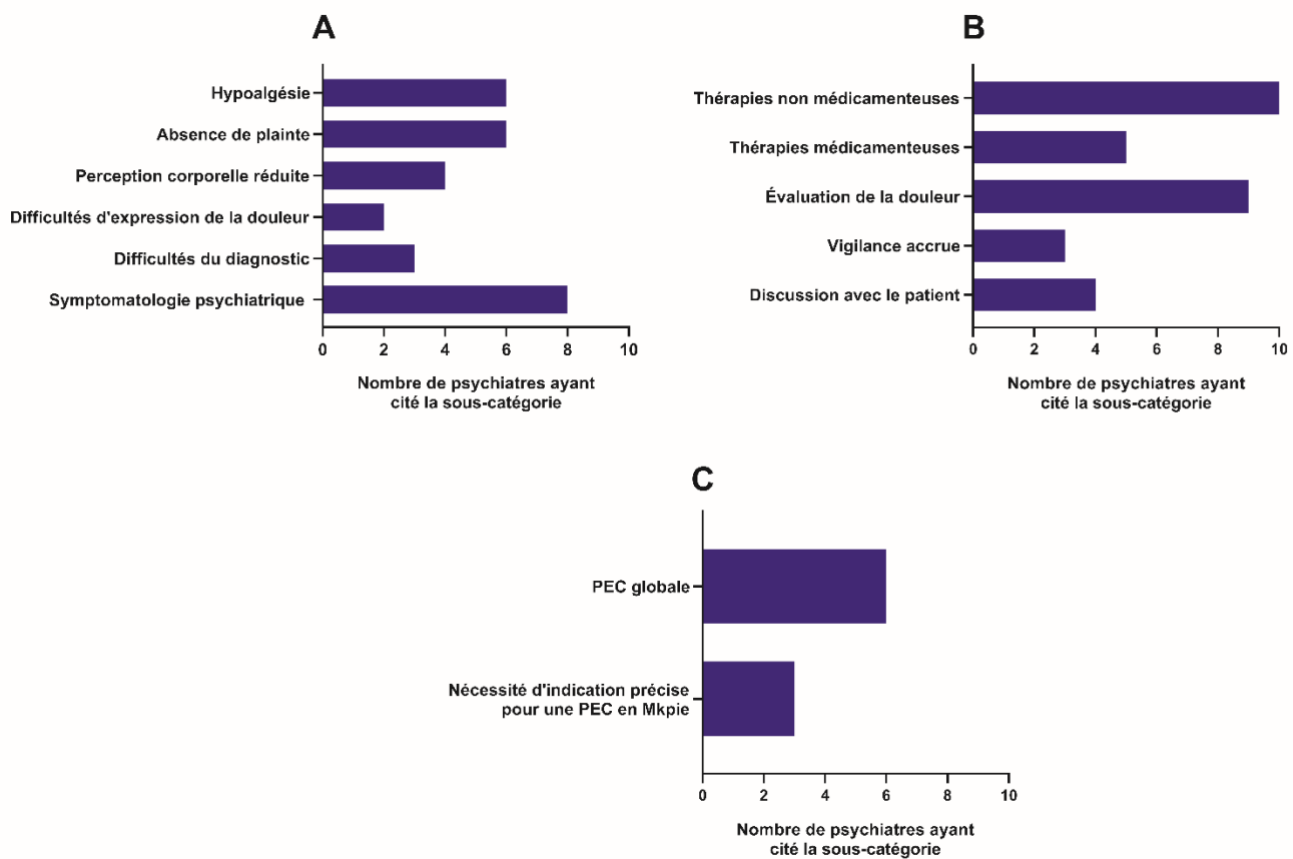


Figure 1. Connaissances (A), comportements (B) et préconisations (C) des psychiatres en lien avec l'altération de la perception de la douleur chez les PAS

7.4.2) Thème « Bénéfices perçus de la Mkipie pour les PAS »

Dans le thème « bénéfices perçus de la Mkipie pour les PAS », les psychiatres font référence à plusieurs catégories : « amélioration de la santé physique », « amélioration de la conscience corporelle », « amélioration de la qualité de vie, bien-être » et « amélioration des symptômes psychiatriques ».

Neuf des dix psychiatres interrogés énoncent le bénéfice de la Mkipie sur la conscience corporelle des PAS. Sept psychiatres trouvent également un bénéfice sur la santé physique de cette population. Quatre psychiatres font référence à l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être des PAS, et deux psychiatres à l'amélioration de leurs symptômes psychiatriques. Ces résultats sont illustrés sur la figure 2.

Le nombre d'occurrences par entretien par catégories est représenté dans le Tableau 7. Soixante-seize unités de sens relatives aux bénéfices perçus de la Mkipie pour les PAS par les psychiatres ont été identifiées. Ainsi, ce thème représente environ 20% du discours total des interviewés (Figure 5). Dans ces 20%, il est important de noter qu'environ 43% des données sont associées aux bénéfices perçus sur la conscience corporelle des PAS. De plus, plus du tiers des propos (37%) font référence aux bénéfices sur la santé physique des PAS. Ainsi, selon les psychiatres, les principaux bénéfices (80%) de la Mkipie concernent des bénéfices corporels, somatiques tels que la conscience corporelle et la santé physique des PAS. Cependant, seulement 13% des données sont liés aux bénéfices perçus sur la qualité de vie des PAS, et 7% sur l'amélioration des symptômes psychiatriques.

Tableau 7. Nombre d'occurrences dans le thème « Bénéfices perçus de la Mkipie pour les PAS »

Thème : Bénéfices perçus de la Mkipie pour les PAS				
Catégories	Amélioration de la santé physique	Amélioration de la conscience corporelle	Amélioration de la qualité de vie	Amélioration des symptômes psychiatriques
P1	10			
P2		1		
P3	6	1		
P4	3	1		
P5	2	5	1	
P6		6		
P7	2	6		4
P8		2	2	
P9	3	7	5	
P10	2	4	2	1
Total = 76	28	33	10	5
Pourcentage	37%	43%	13%	7%

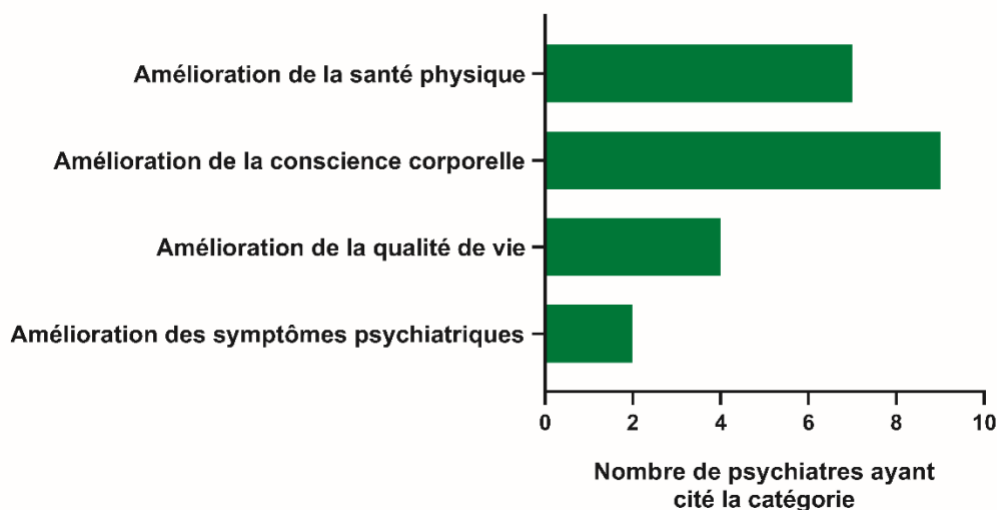


Figure 2. Bénéfices perçus par les psychiatres de la Mkipie pour les PAS

7.4.3) Thème « Barrières à l'introduction de la Mkipie en SM en France »

Dans le thème « barrières à l'introduction de la Mkipie en SM en France », trois grandes catégories de facteurs ont été retenues : « facteurs liés aux PS » avec plus précisément les « facteurs liés aux médecins » et les « facteurs liés aux MK », « facteurs liés aux patients » et « facteurs structurels ».

Dans la catégorie « facteurs liés aux médecins », un total de six psychiatres ont affirmé que la méconnaissance des médecins du rôle de la Mkipie en SM était une des barrières à l'introduction de cette profession en SM en France.

Dans la catégorie « facteurs liés aux MK », six psychiatres affirment que le manque de formation des MK en SM constitue une barrière importante. Trois psychiatres énoncent le manque d'intérêt des MK vis-à-vis des prises en charge en SM. La réticence des MK face aux populations atteints de troubles de la SM est une autre barrière abordée par trois psychiatres. Ces résultats sont illustrés sur la figure 3 (Figure 3-A).

Le nombre d'occurrences par entretien par catégories est représenté dans le tableau suivant (Tableau 8.1).

Tableau 8.1 Nombre d'occurrences dans le thème « Barrières », catégorie « Facteurs liés aux PS »

Thème : Barrières à l'introduction de la Mkipie en SM en France				
Catégories	Facteurs liés aux médecins	Facteurs liés aux MK		
Sous catégories	Méconnaissance du rôle de la Mkipie en SM	Manque de formation en SM	Manque d'intérêt	Réticence
P1	2	1		
P2	2		1	
P3				5
P4			1	
P5	5	1		2
P6		4		
P7	1			
P8	1	2		1
P9	2	3		
P10		1	1	
Total = 89	13	12	3	8
Pourcentage	14%	26%		

Trois psychiatres font référence à la catégorie « facteurs liés aux patients ». Le manque de motivation des PAS s'est avéré être une barrière potentielle à l'introduction de la Mkipie en SM en France pour deux psychiatres, tout comme la difficulté d'accès aux soins de cette population. Ces résultats sont illustrés sur figure 3 (Figure 3-B).

Dans la catégorie « facteurs structurels », six psychiatres font référence au manque de personnel tels que les MK au sein de leur établissement. La politique de la structure est une barrière énumérée par quatre psychiatres. De plus, le financement limité s'est également avéré être une barrière à l'introduction de la MK en SM en France pour quatre psychiatres. Trois psychiatres ont énoncé les contraintes administratives comme une autre barrière potentielle. Ces résultats sont illustrés sur la figure 3 (Figure 3-C).

Le nombre d'occurrences par entretien par catégories est représenté dans le tableau suivant (Tableau 8.2).

Quatre-vingt-neuf unités de sens relatives aux barrières à l'introduction de la Mkipie en SM en France ont été identifiées. Ainsi, ce thème représente près d'un quart (22%) du discours total des interviewés (Figure 5). Dans ces 22%, près de la moitié des données (48%) est associée aux facteurs structurels. Les facteurs liés aux PS, soit aux médecins et aux MK représentent 40% des données issues de ce thème. Enfin, 14% des données sont associés aux facteurs liés aux patients.

Tableau 8.2. Nombre d’occurrences dans le thème « Barrières à l’introduction de la Mkpie en SM en France », catégories « Facteurs liés aux patients » et « Facteurs structurels »

Thème : Barrières à l’introduction de la Mkpie en SM en France						
Catégories	Facteurs liés aux patients		Facteurs structurels			
Sous catégories	Manque de motivation	Difficultés d’accès aux soins	Politique de la structure	Financement limité	Contraintes administratives	Manque de personnel
P1			4		2	1
P2						4
P3		2	4	2		
P4	3					1
P5	2	3				
P6				3		2
P7			10			
P8				3		1
P9			2		1	
P10				1	1	1
Total = 89	5	5	20	9	4	10
Pourcentage	12%		48%			

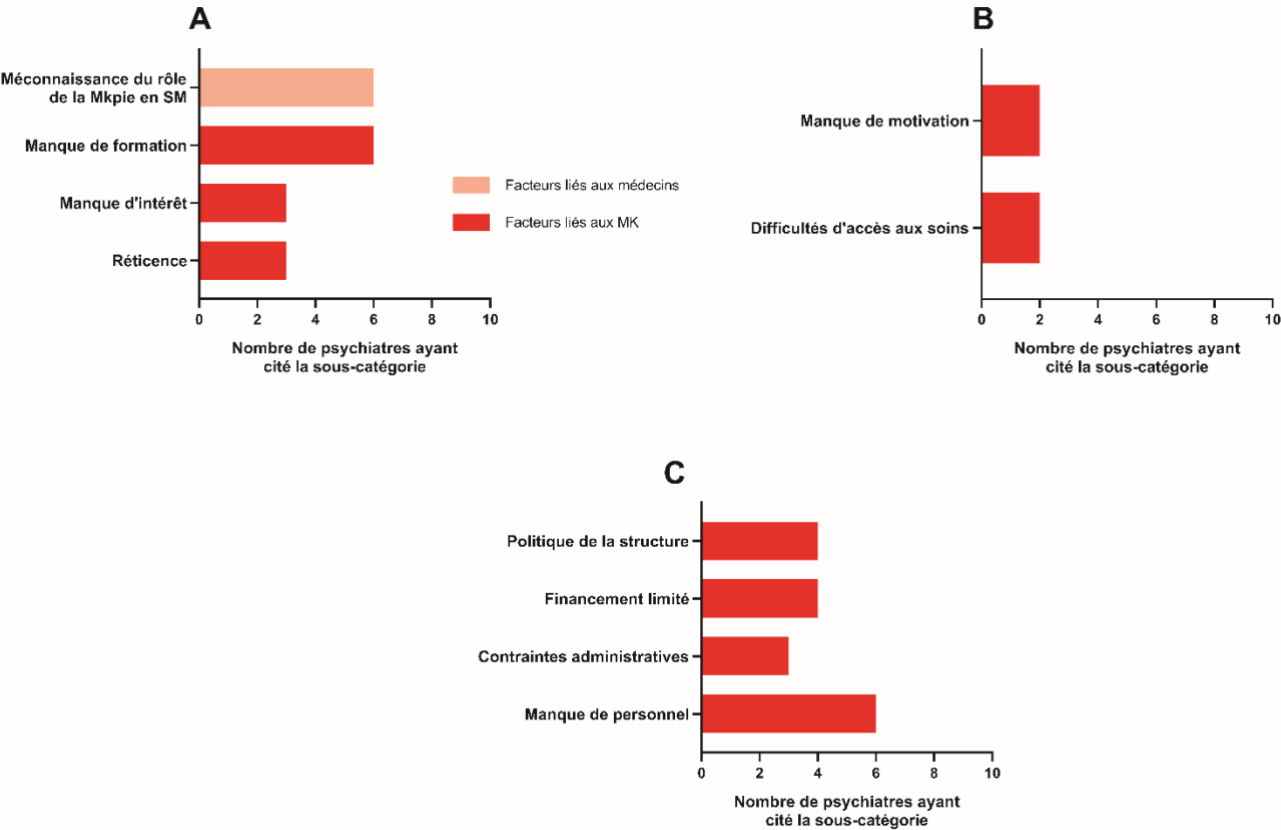


Figure 3. Barrières à l’introduction de la Mkpie en SM en France selon les psychiatres : (A) facteurs liés aux PS, (B) facteurs liés au patient, (C) facteurs structurels

7.4.4) Thème « Leviers à l'introduction de la Mkipie en SM en France »

Dans le thème « leviers à l'introduction de la Mkipie en SM en France », quatre catégories ont été retenues : « facteurs liés aux PS », « facteurs structurels », « facteurs liés au patient » et « fondements scientifiques ».

La quasi-totalité (90%) des psychiatres ont une perception positive de la Mkipie en SM. La sensibilisation des médecins ainsi que développement de formation en SM pour les MK s'avèrent des leviers liés aux PS pour deux psychiatres. Comme facteurs structurels, deux psychiatres font référence à l'augmentation du nombre de MK comme potentiel levier. L'intégration du patient dans le choix décisionnel est un levier intrinsèque au patient pour deux psychiatres. Enfin, quatre psychiatres affirment la nécessité de se baser sur des fondements scientifiques en développement de données probantes en Mkipie en SM. Ces résultats sont illustrés sur la figure 4.

Le nombre d'occurrences par entretien par catégories est représenté dans le tableau suivant (Tableau 9). Soixante-quatre unités de sens relatives aux leviers à l'introduction de la Mkipie en SM en France ont été identifiées. Ainsi, ce thème représente environ 16% du discours total des interviewés (Figure 5). Dans ces 16%, proche de 80% des données sont liés à des leviers concernant les PS, dont la perception positive de la Mkipie en SM par les psychiatres (67%), la sensibilisation des médecins (6%) et le développement de formation en SM pour les MK (6%). Le développement de données probantes en Mkipie en SM et l'intégration du patient dans le choix décisionnel représentent respectivement 8% des données liées aux leviers. Enfin, l'augmentation du nombre de MK dans les structures représente 5% des données.

Tableau 9. Nombre d’occurrences dans le thème « Leviers à l’introduction de la Mkipie en SM en France »

Thème : Leviers à l’introduction de la Mkipie en SM en France						
Catégories	Facteurs liés aux PS			Facteurs structurels	Fondements scientifiques	Facteurs liés au patient
Sous-catégories	Développement de formation en SM pour les MK	Sensibilisation des médecins	Perception positive de la Mkipie en SM par les psychiatres	Augmentation du nombre de MK	Développement de données probantes en Mkipie en SM	Intégration du patient dans le choix décisionnel
P1			3			
P2		1		1	1	
P3			3			
P4			5			
P5		3	9		1	
P6			5			
P7			4	2		4
P8	2		3			1
P9	2		9		1	
P10			2		2	
Total = 64	4	4	43	3	5	5
Pourcentage	6%	6%	67%	5%	8%	8%

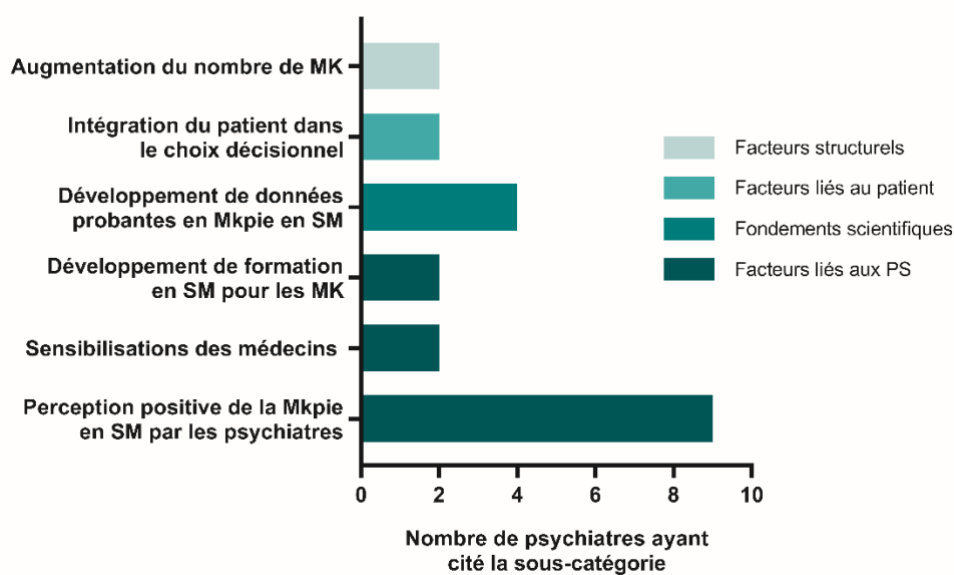


Figure 4. Leviers à l’introduction de la Mkipie en SM en France selon les psychiatres

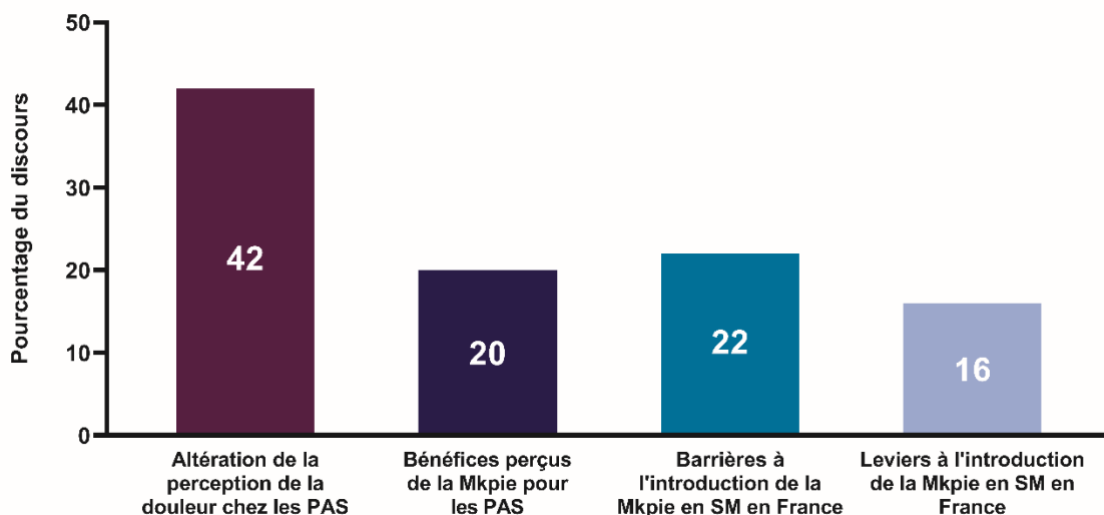


Figure 5. Proportion d'apparition des thèmes dans les corpus

7.5) Analyse qualitative

Comme vu précédemment dans l'analyse quantitative de l'étude, les psychiatres interviewés ont consacré une grande partie de l'entretien au thème « altération de la perception de la douleur chez les PAS ». En effet, la première question du guide d'entretien annonçait déjà ce thème. A l'intérieur de ce thème, tous les psychiatres interrogés confirment que les PAS souffrent d'altérations de la perception de la douleur chez les PAS, avec cependant une hétérogénéité des appellations. Si certains psychiatres ont pu parler précisément d'hypoalgésie,

« une moindre perception de la douleur chez les patients schizophrènes, effectivement ça c'est observable et observé » (P7 l.315)

d'autres sont restés plus larges en parlant d'altération de la perception corporelle.

« moins de sensation corporelle même générale » (P4 l.21)

« il y a une altération de la perception y compris corporelle et donc de circuit et de la douleur et d'autres sensibilités » (P5 l.25-26)

« une grosse difficulté des perceptions corporelles de manière générale, que ce soit la douleur ou d'autres perceptions corporelles » (P9 l.20-21)

Une des conséquences directes de cette perception différente de la douleur chez les PAS est ainsi l'absence de plainte qui peut engendrer des difficultés de diagnostic de pathologies somatiques.

« effectivement les patients se plaignent pas tout de suite de la douleur » (P6 l.11)

« j'en ai aucun qui se plaint de douleurs » (P7 l.159)

« pas mal de pathologies somatiques qui passent à la trappe (P9 l.14)

« c'est pour ça qu'on diagnostique souvent les choses très tard » (P6 l.13)

En revanche, la majorité des interviewés affirment que cette altération des perceptions corporelles dont notamment celle de la douleur est dépendante de la symptomatologie psychiatrique du patient. En effet, il ne semble pas que cette problématique soit observée chez tous les PAS. Cette problématique est généralement observée chez les PAS en décompensation ou bien avec des symptômes négatifs assez importants.

« je l'ai plus remarqué sur les schizophrènes en décompensation » (P1 l.11)

« symptômes négatifs de la schizophrénie donc apathie, aboulie, anhédonie, donc une perte de plaisir et donc c'est surtout ces patients où on peut constater des difficultés de perception et de communication de leur état douloureux » (P5 l.30-32)

« c'est vrai que voilà, accéder au sensitif chez ces gens-là quand ils sont trop décompensés, ce sera difficile pour eux » (P8 l.115-116)

Face à cette problématique rencontrée en pratique clinique, la quasi-totalité des psychiatres interrogés évaluent la douleur des PAS grâce à des échelles lors d'examens cliniques.

« des examens cliniques très rigoureux » (P3 l.46)

« on fait des examens cliniques très régulièrement (P4 l.40-41)

« l'échelle est remplie de toute façon, les échelles de douleur sont remplies systématiquement et pour tous les patients » (P7 l.247)

Ces derniers effectuent également des examens complémentaires afin de pallier l'absence de plainte douloureuse.

« on fait des ECG régulièrement, systématiquement, aux patients » (P10 l.11)

Cependant, l'évaluation de la douleur chez ce type de patient semble être plus difficile pour les PS *« l'évaluation est plus complexe » (P5 l.39)*, ce qui leur demande ainsi une vigilance accrue lors de leurs PECs *« c'est vrai qu'on est très vigilant par rapport à une patientèle lambda » (P10 l.31)*. En effet, certains PAS ont une problématique d'expression de la douleur *« ils ne savent pas l'exprimer » (P8 l.231)*, ce qui oblige les PS à être d'autant plus attentifs à l'expression non verbale des patients *« l'examen médical est très attentif et il ne doit pas se fier seulement à l'interrogatoire » (P10 l.38)*.

De plus, tous les psychiatres affirment la mise en place de TNM au sein des établissements dans lesquels ils exercent et y sont favorables.

« tous les ateliers d'art thérapie, tous les ateliers centrés sur le corps » (P6 l.36)

« on a des éducateurs sportifs adaptés » (P7 l.105)

« on a la chance d'avoir une psychomotricienne dans le service » (P3 l.70)

« on travaille aussi avec un ergothérapeute » (P8 l.251)

Cependant, plusieurs psychiatres font remarquer l'absence de Mkipie comme TNM dans les services.

« on n'a pas le kiné dans le service » (P4 l.149)

« on n'a pas de kiné sur la psychiatrie, c'est assez compliqué » (P1 l.151)

Pour pallier ce trouble d'altération de la perception de la douleur chez les PAS, la majorité des psychiatres préconisent une PEC globale du patient, en intégrant des mouvements corporels réguliers et différentes TNM.

« la prise en charge globale du corps, pas seulement pharmaceutique » (P10 l.78)

« mobilisation régulière, exercices réguliers, du mouvement » (P7 l.343)

« ce serait des séances en passant par l'activité physique...massages » (P6 l.240-241)

« on ne peut pas soigner un patient si on ne l'envisage pas dans sa globalité de personne ou être social et culturel » (P5 l.385-386)

Une fois la Mkipie présentée comme TNM utilisée en SM dans d'autres pays, les psychiatres interrogés ont énoncé les bénéfices qu'ils percevaient de cette profession pour les PAS. Ainsi, les bénéfices perçus sont principalement représentés par les bénéfices sur la santé physique et sur la conscience corporelle des PAS. Selon les psychiatres, la Mkipie permettrait aux PAS d'améliorer leurs capacités fonctionnelles, étant donné que certains peuvent avoir des *« troubles de la marche » (P5 l.170)* ou une *« mauvaise coordination » (P4 l.193)*. La Mkipie permettrait également d'*« apprendre à bouger » (P3 l.186)* aux PAS, et *« les mobiliser et c'est vrai que le kiné peut les aider à se mobiliser » (P1 l.218)*, *« parce que chez le kiné, ça peut être aussi un moyen de reprendre un peu le sport » (P9 l.205)*. Ceci aiderait à réduire la sédentarité et le surpoids présents dans cette population *« on a pas mal de patients qui sont en surpoids donc ça les aide » (P1 l.217)*. Comme dit précédemment, certains PAS ont des altération des perceptions corporelles générales, et également des troubles du schéma corporel. La Mkipie pourrait être bénéfique selon les psychiatres pour ce travail d'amélioration de la conscience corporelle des PAS.

« l'activité motrice était aussi très, très bonne pour le schéma corporel, et à partir de là, vous pouvez être utile » (P2 l.173-174)

« cette altération de fond de soi-même, de son schéma corporel. Et c'est là que votre travail peut être très très intéressant » (P5 l.403-404)

« les massages, les choses comme ça où il y a une vraie perception du corps qui revient » (P6 l.70-71)

« ils sont très demandeurs...réappropriation corporelle » (P7 l.170) ; « saisir un peu quel est leur schéma corporel à eux » (P7 l.283)

« plus conscience de son corps avec le toucher » (P10 l.159)

Pour une minorité des psychiatres, la Mkipie pourrait être bénéfique pour lutter contre des symptômes psychiatriques, permettant par exemple une *« reconnexion mentale » (P10 l.160)* et une *« meilleure stabilité psychique » (P7 l.287)*. Enfin, plus globalement, la Mkipie pourrait avoir des effets bénéfiques sur la qualité de vie et le bien-être des PAS, afin d'*« améliorer un peu son quotidien » (P8 l.171)* et le *« confort du patient » (P9 l.478)*.

En outre, si les psychiatres dans l'ensemble énumèrent des bénéfices de la Mkipie pour les PAS, certains affirment la nécessité d'une indication précise pour cette PEC kinésithérapique, et notamment de tenir compte de l'état psychiatrique du patient.

« donc il faut des indications, il faudrait une espèce de cahier des charges avec des indications, comme pour d'autres professions » (P5 l.344-345)

« je pense quand même qu'il faudrait peut-être prescrire ça à des patients qui sont alors qui sont à peu près stabilisés » (P8 l.113-114)

« il faut vraiment que l'état du patient le permette » (P9 l.266)

Étant donné la faible proportion de MK dans les services en psychiatrie, tout comme dans les cabinets libéraux, certaines barrières à l'introduction de la Mkipie en SM en France ont été avancées par les psychiatres. La majorité des psychiatres énumèrent des facteurs structurels comme barrières principales. Des freins liés à la politique de la structure sont importants à noter. Les psychiatres interrogés semblent subir les décisions hiérarchiques de l'institution dans laquelle ils exercent.

« ils ont décrété qu'on avait pas besoin de kiné » (P1 l.153)

« on nous a dit non » (P1 l.177)

« le poste a été redistribué ailleurs » (P3 l.145)

Il semble également y avoir une problématique de moyens, soit un financement limité dans les institutions pour la mise en place de postes comme celui de MK.

« on n'a pas tellement les moyens de faire tout ça » (P6 l.78-79)

« combien ça coûte d'employer quelqu'un qui peut proposer ça » (P8 l.136)

« c'est évident, ... sinon les institutions on s'en priverait pas » (P3 l.215)

De plus, le manque de personnel et ainsi de MK disponibles pour exercer en psychiatrie constitue un facteur clé selon les psychiatres.

« on fait plus de prescriptions, il y a personne qui va passer » (P4 l.258)

« on manque de kinés » (P6 l.112-113)

« c'est le manque de personnel » (P8 l.138)

« pénurie de kinés » (P10 l.99)

Les contraintes administratives constituent le dernier frein structurel rapporté par les psychiatres. En effet, la « *tarification des vacations* » (P10 l.99) « *au niveau de la sécu par exemple* » (P9 l.372) est indispensable dans une mise en place de soins de Mkipie.

Des facteurs liés aux PS constituent une autre barrière importante selon les psychiatres interrogés. En effet, le manque de formation des MK en SM et plus spécifiquement sur la schizophrénie semble être un frein important.

« il faut une certaine formation, une certaine sensibilisation à cette population pour pouvoir les prendre en charge » (P1 l.238-239)

« ça demande un peu de formation » (P10 l.102)

C'est pourquoi les psychiatres ne savent pas vers quel MK orienter leurs patients.

« je n'enverrais pas n'importe quel kiné qui ne comprendrait pas mon indication » (P6 l.163)

« j'ai pas de contact avec quelqu'un qui connaît bien, qui a travaillé dans la psychiatrie avant de faire kiné ou l'inverse » (P8 l.206)

« je ne sais pas à qui envoyer » (P9 l.371)

Il semblerait également que les MK soient peu intéressés par cette spécialité et qu'ils y soient réticents.

« peut-être les kinés qui sont pas très intéressés par ça » (P4 l.239)

« kinés n'ont pas forcément envie de s'orienter vers ces spécialités » (P10 l.101)

« sont pas fans à l'idée de venir » (P3 l.216)

« j'ai pas trouvé de kiné qui accepte encore mes patients schizophrènes dans des heures de la journée à partager leur cabinet avec d'autres patients » (P8 l.155-156)

Les MK ne semblent pas être les seuls PS limitant l'introduction de la profession en SM en France. En effet, les psychiatres ont affirmé que certains facteurs liés aux médecins, dont les psychiatres eux-mêmes, étaient importants à prendre en compte. La méconnaissance de ces derniers de la profession de MK et de son rôle potentiel dans la PEC des patients souffrant de troubles de la SM semble en effet limiter les prescriptions de Mkipie.

« il y a l'absence de connaissance sur ce que pourrait nous apporter le kiné » (P1 l.225)

« c'est une méconnaissance du sujet dans la formation je pense » (P5 l.244)
« quand on en parle pas, on y pense pas tout simplement. Ils ne connaissent pas donc ils n'y pensent pas » (P5.308-309)
« sous-estimation des besoins de kinésithérapie en psychiatrie » (P7 l.224)
« Si j'allais chez le kiné, peut-être j'aurais plus d'idées de choses que l'on peut faire notamment pour faire reconnaître la douleur et travailler sur... Mais je ne sais pas. » (P8 l.280-281)

Des facteurs liés aux patients constituent les derniers freins énumérés par les psychiatres interrogés. En effet, les PAS *« ont une mauvaise hygiène de vie » (P3 l.176)*, ils manquent de motivation mais ont aussi très peu recours aux soins somatiques, ce qui pourrait ainsi limiter leur observance et leur volonté d'assister aux séances de Mkipie.

« des patients qui ont très peu accès aux soins somatiques » (P3 l.173)
« même quand ils ont rendez-vous, ils n'y vont pas souvent » (P5 l.172)
« ils n'ont pas envie d'être là » (P4 l.238)

Malgré les différentes barrières à l'introduction de la Mkipie en SM en France, les psychiatres y perçoivent un intérêt. En effet, la quasi-totalité des psychiatres interrogés ont une perception positive de cette profession au sein de leur spécialité et sont enthousiastes à l'idée que cela puisse se construire.

« ce serait incroyable » (P3 l.162) ; « oh bah ce serait super » (P7 l.203) ; « ça serait fantastique » (P8 l.113)
« pour moi en tout cas, on peut pas s'en passer en 2021, de ça, dans l'arsenal thérapeutique » (P5 l.173)
« vous avez une valeur ajoutée à apporter quand même aux soins » (P6 l.144)
« convaincue de l'intérêt et convaincue du fait que ça serait bénéfique » (P8 l.364)

Selon eux, la Mkipie serait vue comme un complément aux traitements déjà établis pour les personnes souffrant de troubles de la SM, dont les PAS.

« je vois vraiment les kinés comme un complément » (P4 l.179)
« ça pourrait potentialiser les autres prises en charge » (P5 l.189)

Ainsi, les PS et même les patients semblent être ouverts à l'introduction de la Mkipie en SM en France, ce qui constitue un levier indispensable à cette dernière.

« j'ai eu la possibilité d'en parler à mes collègues, aux internes qui sont avec moi ou aux soignants ou aux patients. Ils sont très ouverts à ce sujet. Il n'y a aucune résistance quand on leur en parle en fait » (P5 l.306-308)

« je pense que tout le monde serait ouvert à ça » (P6 l.101)

De plus, la sensibilisation des médecins sur le rôle potentiel du MK en SM s'avère être un des principaux leviers pour les psychiatres.

« une médiatisation tout simplement auprès par exemple du Conseil de l'Ordre des médecins » (P5 l.290)

« si jamais les psychiatres sont plus sensibilisés à l'importance des schémas corporels, peut-être qu'ils vont plus prescrire » (P2 l.128)

Cette sensibilisation semble être liée, selon les psychiatres, au développement de données probantes dans le domaine. Ces dernières permettraient d'augmenter les prescriptions.

« un niveau de preuves scientifiques qui soit important » (P5 l.300)

« ça sera aussi grâce à des travaux comme ceux que vous êtes en train de faire je pense » (P9 l.430)

« le fait d'avoir des preuves ça pourrait aider » (P10 l.114)

Étant donné le manque de formation en SM des MK en France, le développement de formations afin que certains MK soient spécialisés dans ce domaine semble intéressant.

« en fait, je pense vraiment qu'il faut avoir un kiné qui est spécialiste » (P8 l.199)

De plus, afin de pallier le manque de personnel dans les institutions mais également dans les cabinets libéraux, l'augmentation du nombre de MK semblerait être une solution selon les psychiatres.

« si on avait au moins une personne à temps plein voire deux, je pense les prescriptions augmenteraient en flèche » (P7 l.212-214)

« si y'a plus de kinés et qui sont plus intéressés par ça, voilà » (P2 l.219-220)

Le patient a également son rôle à jouer dans le développement de la Mkipie en SM en France. En effet, le fait d'intégrer davantage le patient dans le choix décisionnel de ses PEC semble indispensable aux yeux des psychiatres.

« il faudrait déjà s'adresser aux principaux intéressés » (P7 l.236)

« demander aux patients ce qu'ils en pensent » (P7 l.244)

« les patients sont des gens qui sont quand même capables de dire ça me convient, ça me convient pas en fait donc je pense qu'à partir du moment où on les écoute, on leur propose et si ça leur apporte quelque chose de positif, ils continueront et si pour eux c'est trop désagréable, ils sauront tout à fait le dire » (P8 l.119-122)

8) Discussion

Cette étude a comme objectifs principaux d'identifier (a) le rôle du MK dans la PEC de l'altération des perceptions corporelles et de la douleur chez les PAS et (b) les barrières et leviers à l'introduction de la Mkipie en SM en France, selon les psychiatres. Cette discussion s'organise en cinq parties. La première consiste à discuter de la PEC actuelle des PAS concernant l'altération des perceptions corporelles et de la douleur en France. La deuxième partie consiste à discuter des bénéfices perçus par les psychiatres de la Mkipie pour les PAS. La troisième partie discute des barrières et des leviers à l'introduction de la Mkipie en SM en France. Ces données sont mises en relation avec celles identifiées dans la littérature. Les points forts et les limites de l'étude seront ensuite relevés. La discussion se terminera par l'intérêt de ce travail d'un point de vue scientifique et clinique, et par les perspectives qui en découlent.

PEC de l'altération des perceptions corporelles et de la douleur chez les PAS

En premier lieu, la majorité des psychiatres interrogés observent dans leur pratique une altération de la perception de la douleur chez les PAS et l'absence de plainte douloureuse. Malgré le fait que la littérature ne soit pas consensuelle sur le sujet, ceci reste cohérent avec cette dernière qui signale une tendance plus générale vers l'hypoalgésie des PAS [14,15,46], pouvant parfois engendrer des retards diagnostic de pathologies somatiques [13]. Cependant, selon l'analyse des entretiens, il semblerait que cette altération de perception de la douleur soit plus spécifique des PAS en décompensation ou bien des PAS avec de forts symptômes négatifs, ce qui n'est pas établi dans la littérature. Pour pallier ces troubles, les psychiatres évaluent de façon très régulière la douleur chez les PAS, grâce à des examens cliniques standardisés ainsi que des examens complémentaires, contrairement aux données de la littérature qui relatent un très faible taux d'évaluation de la douleur chez les PAS [71]. Cependant, le discours des psychiatres est cohérent avec la littérature concernant la complexité de l'évaluation et de la PEC de la douleur chez les PAS, notamment liée aux difficultés d'expression de la douleur dans cette population [72]. Ces dernières se basent ainsi sur un langage et un comportement spécifiques qu'il faut savoir décoder [74]. Outre l'altération de la perception de la douleur, les psychiatres insistent sur le fait que les PAS souffrent plus globalement de troubles de la perception corporelle. En effet, plusieurs études montrent le déficit de proprioception chez les PAS [64], qui pourrait ainsi engendrer des troubles du schéma corporel [14], comme l'ont affirmé certains des psychiatres interrogés. Malgré les différents obstacles rencontrés, les psychiatres sont conscients de la problématique d'altération des perceptions corporelles et notamment de celle

de la douleur chez les PAS, constituant un réel enjeu de santé publique pour cette population, et sont demandeurs de solutions.

Afin de travailler sur les perceptions corporelles, des TNM sont mises en place dans les institutions où les psychiatres interrogés exercent, comme par exemple des ateliers de relaxation, d'art thérapie, d'activité physique adaptée, d'ergothérapie... Ainsi, certaines TNM utilisées en *physiothérapie* en SM dans des pays étrangers [79] sont utilisées en France dans les institutions. Cependant, ces TNM ne sont pas dispensées par les MK. En effet, les psychiatres exposent le manque de MK au sein du service, malgré plusieurs de leurs demandes (« *on n'a pas de kiné sur la psychiatrie, c'est assez compliqué* » (P1 l.151) ; « *on nous a dit non* » (P1. L.177)). La majorité des psychiatres préconisent une PEC globale du patient, ce qui est en adéquation avec les données de la littérature qui relatent une PEC globale en suivant un modèle bio-psycho-social [80]. Selon le référentiel de compétences, « *la masso-kinésithérapie tient compte des caractéristiques biologiques, psychologiques, sociales, culturelles et environnementales de chaque patient* » [6] ce qui est cohérent avec le modèle bio-psycho-social cité ci-dessus.

Les bénéfices perçus de la Mkipie pour les PAS

La majorité des psychiatres interrogés ont énuméré des bénéfices de la Mkipie sur la santé physique des PAS, comme, par exemple, l'amélioration de leurs capacités fonctionnelles ainsi que la réduction de la sédentarité présente dans cette population. Ceci constitue un enjeu important au vu du nombre considérable de maladies cardio-vasculaires et de surmortalité observables chez les PAS [21], dont la sédentarité est un facteur de risque majeur [191]. Plusieurs travaux montrent que le mouvement humain et l'AP sont efficaces dans l'amélioration de la qualité de vie, et la diminution des symptômes négatifs des PAS [92] ; ces bénéfices n'ont toutefois été rapportés que dans une minorité des entretiens effectués dans notre étude. De plus, bien que la littérature montre que l'AP améliore les fonctions cognitives des PAS [95], ce bénéfice n'a pas été évoqué par les psychiatres interrogés. Les MK sont des PS spécialisés dans le mouvement humain et sa relation avec la santé. Ces PS sont formés pour prescrire une AP et ceci même chez les patients à haut risque. Cela fait des MK des professionnels désignés pour promouvoir une AP chez les personnes atteintes d'une maladie mentale grave [46].

En plus des bienfaits sur la santé physique des PAS, un bénéfice sur la conscience corporelle a été retrouvé dans la majorité des entretiens effectués. En effet, la Mkipie permettrait aux PAS, selon les psychiatres, de se réapproprier leur corps et d'améliorer leur schéma corporel. Des TNM utilisées en *physiothérapie* en SM à l'étranger ont le même objectif, comme par exemple

les thérapies dites corps-esprits [110] ou bien la BBAT [131]. Il serait intéressant d'initier les patients à ces thérapies et ainsi de leur faire intégrer cette nouvelle routine à leur vie quotidienne. En effet, selon un des psychiatres interrogés, les PAS seraient « *demandeurs d'une routine* » (P7 l.184). Le MK pourrait tout à fait avoir ce rôle soignant [192].

Les psychiatres voient donc la Mkipie comme une TNM permettant aux PAS de travailler sur leur conscience corporelle mais également sur leur santé physique, par le développement de leurs capacités fonctionnelles et la diminution de leur niveau de sédentarité, tandis que la littérature met surtout en avant l'amélioration de la qualité de vie et la gestion des symptômes psychiatriques.

Selon les psychiatres interrogés, la Mkipie serait indiquée chez les PAS stabilisés (« *il faut vraiment que l'état du patient le permette* » P9 l.266). Or, les problématiques d'altération de la perception de la douleur semblerait être davantage observée chez les PAS en décompensation. La PEC en Mkipie semble ainsi compliquée pour cette indication d'altération de la perception de la douleur. Cependant, les psychiatres ont énuméré de nombreux autres bénéfices de la Mkipie, comme le travail sur la conscience corporelle, qui pourrait aider dans un second temps à une meilleure perception de la douleur.

Les bénéfices perçus de la Mkipie par les psychiatres relèvent de compétences non spécifiques aux MK. En effet, des ergothérapeutes, des psychomotriciens interviennent dans les institutions où exercent les psychiatres interrogés. La spécificité de la Mkipie par rapport à ces autres professions n'a pas émergé des entretiens. En effet, le MK a un large panel de compétences qui amène à se demander quelle est la limite entre toutes ces professions de santé en France. De plus, les bénéfices de la massothérapie chez les PAS n'ont pas émergé des entretiens, et ces bénéfices ne sont pas documentés de façon précise dans la littérature.

Barrières et leviers à l'introduction de la Mkipie en SM en France

La quasi-totalité (90%) des psychiatres interrogés ont manifesté un vif intérêt quant à l'introduction de la Mkipie en SM en France. En effet, ces derniers voient la Mkipie comme un complément aux autres thérapies établies auprès des PAS. Les psychiatres sont ouverts et favorables à l'introduction de la Mkipie au sein de leur arsenal thérapeutique de PEC. Ils sont conscients des problématiques corporelles dont souffrent les PAS et sont demandeurs de solutions.

Cependant, en France, plus de 3000 postes en Mkipie dans les établissements de santé ne seraient pas pourvus en 2018 [168], ce qui laisse imaginer le faible nombre de postes pourvus dans les établissements psychiatriques. De plus, ne faisant toujours partie de l'IOPTMH, la France

n'apparaît pas comme un pays précurseur et novateur du développement de la physiothérapie en SM, comparativement à certains de ses pays voisins. C'est pourquoi les psychiatres ont énoncé les potentiels barrières et leviers à l'introduction de la Mkipie en SM en France.

Les principales barrières sont liées à des facteurs structurels et à des facteurs liés aux PS dont notamment les MK. Les barrières structurelles liées principalement aux politiques en matière de santé et au manque de personnel sont en incohérence avec les projets nationaux comme la réforme « Ma Santé 2022 » qui place « *la psychiatrie et la santé mentale [...] au rang de priorité* » [193]. Les MK ne semblent pas être assez formés aux pathologies de la SM, dont notamment la schizophrénie, ce qui limite fortement les médecins à orienter leurs patients vers un MK. Pourtant, la formation initiale dans les Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie présente une unité d'enseignement intitulée « interventions spécifiques en kinésithérapie » [6] et les MK ont l'obligation de formation continue [194] ; ce qui pourrait laisser de la place à la SM. De plus, le manque d'intérêt et la réticence des MK quant à la PEC de patients souffrant de troubles de la SM sont d'autres facteurs limitants. En effet, des études ont confirmé que la pénurie du personnel de santé et la réticence des soignants étaient des obstacles à l'accès aux soins des PAS [41]. Les médecins, prescripteurs de Mkipie, sont également des PS qui limitent l'introduction de la Mkipie en SM en France. Leur méconnaissance quant au rôle du MK en SM les limite dans leurs prescriptions de Mkipie. En Australie, une étude a montré que le manque de considération des PS à l'égard des *physiothérapeutes* était une barrière importante aux soins de Mkipie [82]. Ce n'est pas le cas des psychiatres interrogés dans notre étude, qui au contraire sont très ouverts et enthousiastes à l'idée d'une potentielle collaboration et pluridisciplinarité avec des MK.

Les principaux leviers reflètent étroitement les barrières identifiées. En effet, la sensibilisation des médecins à la Mkipie, le développement de formations en SM pour les PAS, l'augmentation du nombre de MK semblent être des leviers évidents au regard des barrières mentionnées. Par ailleurs, certains psychiatres ont admis que le développement de données probantes les aiderait à prescrire des séances de Mkipie pour leurs patients. De plus, une meilleure intégration du patient dans le processus de choix décisionnel en regard de sa PEC serait en adéquation avec la loi Kouchner de 2002 relative aux droits du patient [195] et en accord avec les principes généraux de l'Éducation Thérapeutique du Patient [196]. Il est cependant important de souligner que peu de psychiatres se sont exprimés sur ces leviers. Les psychiatres interrogés sont dans l'ensemble favorables à l'introduction de la Mkipie en SM en France mais n'ont pas tous été en mesure d'évoquer des leviers à cette dernière.

Les résultats de cette étude sont globalement en adéquation avec l'étude de *Lee et al.* (2017) qui reflète la compréhension limitée de la *physiothérapie* et de sa pertinence dans les soins de SM chez les PS en Australie [82]. Les facteurs structurels tels que le financement limité, et les facteurs liés aux MK tels que leur manque de formation en SM sont similaires entre la France et l'Australie. Il est ainsi nécessaire que les PS comprennent mieux la Mkipie et que les MK acquièrent des compétences et des connaissances en SM pour faciliter le développement de la Mkipie dans les institutions.

Forces de l'étude et limites méthodologiques

Ce travail a permis de répondre en partie à une zone d'ombre identifiée dans la littérature scientifique actuelle. En effet, aucun article à notre connaissance ne présente les barrières et les leviers de l'introduction de la Mkipie en SM en France, ni le rôle du MK quant à l'altération des perceptions corporelles dont celle de la douleur chez les PAS. Il s'agit d'une étude exploratoire se basant sur les perceptions de médecins spécialistes de la PEC de PAS. Le choix de participants ayant des qualifications dans le domaine de la SM tels que les psychiatres a permis d'assurer la crédibilité des entretiens et plusieurs perspectives cliniques et scientifiques sur la question de recherche. De plus, l'hétérogénéité des psychiatres en terme de nombre d'années d'exercice a permis de recueillir des données issues de niveaux d'expérience différents. Enfin la triangulation des analyses effectuées par plusieurs personnes aux compétences complémentaires est également un critère de fiabilité. Les forces principales de ce travail sont ainsi l'innovation du sujet d'étude, le choix d'experts dans le champ de la SM en tant que participants et la rigueur méthodologique des analyses effectuées.

Cette étude présente toutefois plusieurs limites. La généralisation des résultats est limitée par le fait que tous les participants aient été recrutés dans la ville de Nice (06) en France. Les participants ne permettent pas de constituer un échantillon représentatif de la population totale étudiée. En raison de la réalisation des entretiens à distance, la qualité des enregistrements était dépendante du réseau qui pouvait parfois être défectueux et ainsi engendrer des répétitions et reformulations de la part de l'interviewé ou de l'intervieweur. Les entretiens menés auprès des psychiatres ont permis de recueillir leur avis de façon individuelle mais n'ont pas permis l'élaboration d'un consensus comme aurait pu le faire un *focus group*. La totalité des psychiatres interrogés exercent en structure hospitalière ; la comparaison auprès de psychiatres libéraux n'a pas pu être faite. La saturation qualitative des données n'est pas établie de façon

certaine. La faible expérience dans la réalisation d'entretiens du chercheur est également une limite importante. Les relances auraient pu être plus ciblées et appropriées.

Perspectives cliniques et scientifiques

Ce travail permettra au lecteur d'être davantage sensibilisé à la complexité de PEC des PAS, cette dernière nécessitant une approche globale. De plus, le lecteur pourra se rendre compte de la différence de PEC en Mkipie entre différents pays.

Les entretiens effectués lors de cette étude ont permis aux psychiatres interrogés de se questionner sur la PEC en Mkipie des PAS et plus généralement des patients souffrant de troubles de la SM. Les psychiatres ont exprimé de l'intérêt sur le sujet d'étude ; des pistes de réflexion ont ainsi pu émerger. En effet, plusieurs des psychiatres ont pu échanger à la suite des entretiens avec leurs confrères et leurs patients sur le sujet. Un médecin a proposé d'organiser une intervention dans son institution lors d'une journée intitulée « le rétablissement : un parcours choisi ? », afin de présenter les résultats de cette étude exploratoire et de faire participer l'apprenti chercheur à une table-ronde avec des médecins. Cette étude semble donc avoir permis de sensibiliser les psychiatres interrogés sur le rôle de la Mkipie en SM. Il serait important de continuer cette sensibilisation des médecins par le biais de médiatisation, ou de participation à des congrès. Ceci pourrait être facilité par l'entrée de la France dans l'IOPTMH, ce qui permettrait d'augmenter la légitimité de la Mkipie en SM en France.

Le manque de formation en SM des MK s'est avéré être un facteur influençant négativement l'introduction de la Mkipie en SM en France selon les psychiatres interrogés. Il serait intéressant de renforcer dans les Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie la part de cours théoriques comme pratiques sur la prise en charge des troubles de la SM. Il pourrait ainsi être pertinent d'augmenter les interventions de professionnels expérimentés dans le champ afin de sensibiliser les étudiants à ces problématiques et leur donner les outils nécessaires à la PEC de ces patients. Le développement de la formation continue à ce sujet semblerait également être intéressant. Dans le cas où certains MK ne veulent pas devenir spécialisés dans ce champ, la participation à des formations continues sur des techniques précises telles que la relaxation ou la conscience corporelle permettrait à ces PS de perfectionner leur raisonnement clinique en ayant de nouveaux outils à leur disposition lors de la PEC de ce type de patients.

Les contraintes administratives représentent également une barrière mentionnée par les psychiatres interrogés. Le développement d'une cotation dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels permettrait aux médecins d'indiquer sur l'ordonnance « troubles psychiatriques » ; « troubles de la santé mentale ». Les MK actuels peuvent être confrontés à la

PEC de patients de ce type. Cependant, ces patients ont généralement une prescription de Mkipie pour des troubles locomoteurs, et non pas pour leur pathologie psychiatrique. Cette évolution de PEC semblerait ainsi une perspective intéressante.

Un des leviers énumérés par les psychiatres interrogés est le développement de données probantes en Mkipie en SM. Il serait ainsi intéressant d'effectuer une étude expérimentale auprès de PAS afin d'explorer les bénéfices psychologiques et physiologiques d'un programme de rééducation. Une étude sur la massothérapie serait également novatrice. Recueillir l'avis et l'expérience de physiothérapeutes intervenant en SM dans d'autres pays pourrait aider à la mise en place de ces PEC en France. Enfin, une étude sur les spécificités et les limites entre les PS mettant en place des TNM en France, permettrait d'identifier la valeur ajoutée de la Mkipie en SM et de légitimer sa place en France.

9) Conclusion

Les PAS représentent une population vulnérable et complexe lors de leur PEC. La symptomatologie psychiatrique, différente d'un patient à un autre, peut engendrer des altérations de perceptions corporelles dont celle de la douleur en terme d'hypoalgésie. Les psychiatres interrogés préconisent une PEC globale du patient et sont favorables à la mise en place de TNM telles que la Mkipie. La Mkipie permettrait une amélioration de la santé physique, de la conscience corporelle, de la qualité de vie et une meilleure gestion des symptômes psychiatriques chez les PAS. Cependant, en France, la Mkipie n'est pas prescrite pour les troubles de la SM. Des facteurs structurels, liés aux PS (médecins et MK) et liés au patient ont été identifiés comme principales barrières à l'introduction de la Mkipie en SM en France. Des leviers tels qu'une plus grande sensibilisation des médecins sur le rôle du MK en SM, un développement de formations en SM pour les MK et le développement de données probantes sur le sujet ont émergé de cette étude. Ces premiers résultats invitent à poursuivre le développement et la construction de qualité de la physiothérapie dans le domaine de la SM, en France et à travers le monde.

Bibliographie

- [1] « Santé mentale : renforcer notre action ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> > (consulté le 27 février 2022)
- [2] « Programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS ». In : *Haute Autorité de Santé* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < https://www.has-sante.fr/jcms/c_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has > (consulté le 10 novembre 2021)
- [3] « La santé mentale, nous sommes tous concernés ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://www.epsm-lille-metropole.fr/la-sante-mentale-nous-sommes-tous-concernees> > (consulté le 20 mars 2022)
- [4] « La prévalence des troubles psychiques augmente, mais de manière relative ». In : *Futuribles* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://www.futuribles.com/fr/article/la-prevalence-des-troubles-psychiques-augmente-mai/> > (consulté le 4 mars 2022)
- [5] « Chiffres clés ». In : *Fondation FondaMental* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2016. Disponible sur : < <https://www.fondation-fondamental.org/node/130> > (consulté le 4 mars 2022)
- [6] *Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute*. [s.l.] : [s.n.], [s.d.].
- [7] « International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH) ». In : *World Physiotherapy* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://world.physio/subgroups/mental-health> > (consulté le 14 mars 2021)
- [8] « ALD n°23 - Schizophrénies ». In : *Haute Autorité de Santé* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < https://www.has-sante.fr/jcms/c_565630/fr/ald-n23-schizophrenies > (consulté le 6 mars 2021)
- [9] « Schizophrénie ». In : *Inserm - La science pour la santé* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie> > (consulté le 22 novembre 2020)
- [10] Oakley P. et al. « Increased mortality among people with schizophrenia and other non-affective psychotic disorders in the community: A systematic review and meta-analysis ». *J Psychiatr Res* [En ligne]. juillet 2018. Vol. 102, p. 245-253. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.04.019> >
- [11] Granger B., Naudin J. « « Les schizophrènes meurent jeunes. » ». *Idees recues*. 2019.

Vol. 3e éd., p. 61-65.

- [12] De Hert M. et al. « Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC) ». *European Psychiatry*. 1 septembre 2009. Vol. 24, n°6, p. 412-424.
- [13] Singh M. K., Giles L. L., Nasrallah H. A. « Pain Insensitivity in Schizophrenia: Trait or State Marker? ». *Journal of Psychiatric Practice®*. mars 2006. Vol. 12, n°2, p. 90-102.
- [14] Sakson-Obada O. « Pain perception in people diagnosed with schizophrenia: where we are and where we are going ». *Psychosis*. 2 octobre 2017. Vol. 9, n°4, p. 358-366.
- [15] Zhou L. et al. « A modality-specific dysfunction of pain processing in schizophrenia ». *Hum Brain Mapp.* mai 2020. Vol. 41, n°7, p. 1738-1753.
- [16] « CIM-10 Version:2008 ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F20-F29> > (consulté le 22 novembre 2020)
- [17] Franck N. « Clinique de la schizophrénie ». *EMC - Psychiatrie* [En ligne]. janvier 2013. Vol. 10, n°1, p. 1-16. Disponible sur : < [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(12\)59577-5](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(12)59577-5) >
- [18] Brodriez-Dolino A. et al. *Vulnérabilités sanitaires et sociales : De l'histoire à la sociologie*. [En ligne]. [s.l.] : Presses Universitaires de Rennes, 2014. Disponible sur : < <https://hal.ehesp.fr/hal-02393750> > (consulté le 9 novembre 2021) ISBN : 978-2-7535-3336-3.
- [19] Schröder-Butterfill E., Marianti R. « A framework for understanding old-age vulnerabilities ». *Ageing & Society* [En ligne]. janvier 2006. Vol. 26, n°1, p. 9-35. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1017/S0144686X05004423> >
- [20] Martin C. « Penser la vulnérabilité. Les apports de Robert Castel ». *Alter*. octobre 2013. Vol. 7, n°4, p. 293-298.
- [21] « Les algies en psychiatrie | Cairn.info ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-4-page-341.htm> > (consulté le 22 novembre 2020)
- [22] DE HERT M. et al. « Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care ». *World Psychiatry*. février 2011. Vol. 10, n°1, p. 52-77.
- [23] Lorabi O., Samalin L., Llorca P. M. « Comorbidités somatiques et schizophrénie : une interaction multifactorielle complexe ». p. 8.
- [24] Vancampfort D. et al. « Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and

meta-analysis ». *World Psychiatry*. 2017. Vol. 16, n°3, p. 308-315.

[25] Stubbs B. et al. « Schizophrenia and the risk of fractures: a systematic review and comparative meta-analysis ». *Gen Hosp Psychiatry*. avril 2015. Vol. 37, n°2, p. 126-133.

[26] Stubbs B. et al. « Predictors of falls and fractures leading to hospitalization in people with schizophrenia spectrum disorder: A large representative cohort study ». *Schizophr Res*. novembre 2018. Vol. 201, p. 70-78.

[27] Kraepelin E. « DEMENTIA PRAECOX AND PARAPHRENIA ». *The Journal of Nervous and Mental Disease*. octobre 1921. Vol. 54, n°4, p. 384.

[28] Sergheraert L., Capriz F. « Comprendre la douleur ». *Actualités Pharmaceutiques* [En ligne]. 1 février 2021. Vol. 60, n°603, p. 20-25. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2020.12.010> >

[29] Samele C. et al. « Physical illness and lifestyle risk factors in people with their first presentation of psychosis ». *Soc Psychiat Epidemiol*. 1 février 2007. Vol. 42, n°2, p. 117-124.

[30] LEUIS C. « Diagnostic problems of acute surgical conditions of the abdomen in psychotic patients ». *M. Bull. Vet. Admin*. 1937. Vol. 13, p. 314-320.

[31] Katz E. et al. « Acute surgical abdominal disease in chronic schizophrenic patients: a unique clinical problem ». *Isr J Med Sci*. mai 1990. Vol. 26, n°5, p. 275-277.

[32] West B. M., Hecker A. O. « Peptic ulcer ». *AJP* [En ligne]. 1 juillet 1952. Vol. 109, n°1, p. 35-37. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1176/ajp.109.1.35> >

[33] Fishbain D. A. « Pain insensitivity in psychosis ». *Annals of Emergency Medicine* [En ligne]. 1 novembre 1982. Vol. 11, n°11, p. 630-632. Disponible sur : < [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(82\)80210-2](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(82)80210-2) >

[34] Rosenthal S. H., Porter K. A., Coffey B. « Pain insensitivity in schizophrenia: Case report and review of the literature ». *General Hospital Psychiatry*. 1 septembre 1990. Vol. 12, n°5, p. 319-322.

[35] Marghand W. E. « Occurrence of Painless Myocardial Infarction in Psychotic Patients ». *New England Journal of Medicine*. 14 juillet 1955. Vol. 253, n°2, p. 51-55.

[36] Nishihira Y., McGill R. L., Kinjo M. « Perforated appendicitis in patients with schizophrenia: a retrospective cohort study ». *BMJ Open*. 1 septembre 2017. Vol. 7, n°9, p. e017150.

[37] Oud M. J., Meyboom-de Jong B. « Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care ». *BMC Fam Pract* [En ligne]. 9 mai 2009. Vol. 10, n°1, p. 32. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-32> >

- [38] Casadebaig F. et al. « Schizophrenic patients: physical health and access to somatic care ». *European Psychiatry* [En ligne]. 1 janvier 1997. Vol. 12, n°6, p. 289-293. Disponible sur : < [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)84788-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)84788-8) >
- [39] Leucht S. et al. « Physical illness and schizophrenia: a review of the literature ». *Acta Psychiatrica Scandinavica* [En ligne]. 2007. Vol. 116, n°5, p. 317-333. Disponible sur : < <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01095.x> >
- [40] Grignon S. « Schizophrénie et douleur : une perspective psychiatrique ». In : Marchand S, Saravane D, Gaumond I (éd.). *Santé mentale et douleur: Composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale* [En ligne]. Paris : Springer, 2013. p. 129-139. Disponible sur : < https://doi.org/10.1007/978-2-8178-0307-4_10 > (consulté le 22 novembre 2020) ISBN : 978-2-8178-0307-4.
- [41] Saravane D. « Prise en charge et perspectives thérapeutiques ». In : Marchand S, Saravane D, Gaumond I (éd.). *Santé mentale et douleur: Composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale*. Paris : Springer, 2013. p. 229-242.
- [42] Saravane D., Serrie A. « Moyens d'évaluation de la douleur en santé mentale ». In : Marchand S, Saravane D, Gaumond I (éd.). *Santé mentale et douleur: Composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale*. Paris : Springer, 2013. p. 219-228.
- [43] Bonnot O., Tordjman S. « Schizophrénies et réactivité à la douleur ». *La Presse Médicale*. 1 novembre 2008. Vol. 37, n°11, p. 1561-1568.
- [44] Goffaux Ph., Léonard G., Lévesque M. « Perception de la douleur en santé mentale ». In : Marchand S, Saravane D, Gaumond I (éd.). *Santé mentale et douleur: Composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale*. Paris : Springer, 2013. p. 37-52.
- [45] Llorca P.-M. « Insensibilité à la douleur dans la schizophrénie : mythe ou réalité ? ». *French Journal of Psychiatry*. 1 novembre 2018. Vol. 1, p. S18.
- [46] Stubbs B. et al. « Decreased pain sensitivity among people with schizophrenia: a meta-analysis of experimental pain induction studies ». *PAIN* [En ligne]. novembre 2015. Vol. 156, n°11, p. 2121-2131. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000304> >
- [47] Faouel N. et al. « Pain perception in schizophrenia: A neglected phenomenon with a great impact ». *European Psychiatry*. avril 2021. Vol. 64, n°S1, p. S437-S437.
- [48] Elshony H., Hamrawy L. G. A. « Nociceptive Reflex in Patients With Schizophrenia: A Case-Control Study ». *Journal of Neurology Research*. 23 avril 2021. Vol. 11, n°1-2, p. 20-26.
- [49] Jochum T. et al. « Influence of antipsychotic medication on pain perception in schizophrenia ». *Psychiatry Research* [En ligne]. 15 juin 2006. Vol. 142, n°2, p. 151-156.

Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.09.004> >

[50] Bonnot O. et al. « Are Patients With Schizophrenia Insensitive to Pain? A Reconsideration of the Question ». *The Clinical Journal of Pain* [En ligne]. avril 2009. Vol. 25, n°3, p. 244-252. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e318192be97> >

[51] González-Rodríguez A., Labad J., Seeman M. V. « Pain Sensitivity in Schizophrenia Spectrum Disorders: A Narrative Review of Recent Work ». *Psychiatry International*. mars 2021. Vol. 2, n°1, p. 48-58.

[52] Engels G. et al. « Clinical Pain in Schizophrenia: A Systematic Review ». *The Journal of Pain*. mai 2014. Vol. 15, n°5, p. 457-467.

[53] Shepherd A. M. et al. « Systematic Meta-Analysis of Insula Volume in Schizophrenia ». *Biological Psychiatry*. novembre 2012. Vol. 72, n°9, p. 775-784.

[54] Tran The J. « Le rôle des anomalies structurelles et fonctionnelles du cortex insulaire dans l'altération de la perception du corps chez les patients schizophrènes ». *L'Encéphale*. 2 avril 2021.

[55] Costantini M. et al. « Body representations and basic symptoms in schizophrenia ». *Schizophrenia Research*. 1 août 2020. Vol. 222, p. 267-273.

[56] Parnas J., Handest P. « Troubles de la conscience de soi: importance pathogénique et clinique dans la schizophrénie débutante ». *Psychiatr Sci Hum Neurosci* [En ligne]. 1 juin 2005. Vol. 3, n°1, p. S16. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1007/BF03020591> >

[57] Arnfred S. M. et al. « Self-Disorder and Brain Processing of Proprioception in Schizophrenia Spectrum Patients: A Re-Analysis ». *PSP* [En ligne]. 2015. Vol. 48, n°1, p. 60-64. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1159/000366081> >

[58] Shad M. U. et al. « Neurobiology of self-awareness in schizophrenia: An fMRI study ». *Schizophrenia Research*. 1 juillet 2012. Vol. 138, n°2, p. 113-119.

[59] Hur J.-W. et al. « The crisis of minimal self-awareness in schizophrenia: A meta-analytic review ». *Schizophrenia Research*. 1 janvier 2014. Vol. 152, n°1, p. 58-64.

[60] Pollatos O., Herbert B. M. « Interoception: Definitions, Dimensions, Neural Substrates ». In : Hauke G, Kritikos A (éd.). *Embodiment in Psychotherapy: A Practitioner's Guide* [En ligne]. Cham : Springer International Publishing, 2018. p. 15-27. Disponible sur : < https://doi.org/10.1007/978-3-319-92889-0_2 > (consulté le 21 septembre 2021) ISBN : 978-3-319-92889-0.

[61] Koreki A. et al. « Aberrant Interoceptive Accuracy in Patients With Schizophrenia Performing a Heartbeat Counting Task ». *Schizophrenia Bulletin Open* [En ligne]. 1 janvier

2021. Vol. 2, n°sgaa067,. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgaa067> > (consulté le 13 mars 2021)

[62] Ardizzi M. et al. « Interoception and Positive Symptoms in Schizophrenia ». *Front. Hum. Neurosci.* [En ligne]. 2016. Vol. 10,. Disponible sur : < <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00379> > (consulté le 13 mars 2021)

[63] « The Proprioceptive Senses: Their Roles in Signaling Body Shape, Body Position and Movement, and Muscle Force | Physiological Reviews ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://journals.physiology.org/doi/full/10.1152/physrev.00048.2011?rss=1> > (consulté le 15 octobre 2021)

[64] Law C. S. et al. « Investigation of motor self-monitoring deficits in schizophrenia with passivity experiences using a novel modified joint position matching paradigm ». *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 10 avril 2021.

[65] Ceunen E., Vlaeyen J. W. S., Van Diest I. « On the Origin of Interoception ». *Frontiers in Psychology.* 2016. Vol. 7, p. 743.

[66] Berlucchi G., Aglioti S. M. « The body in the brain revisited ». *Exp Brain Res* [En ligne]. 19 août 2009. Vol. 200, n°1, p. 25. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1007/s00221-009-1970-7> >

[67] Vignemont F. De. *Le schéma corporel et l'image corporelle.* [En ligne]. [s.l.] : De Boeck Supérieur, 2018. Disponible sur : < <https://www.cairn.info/manuel-d-enseignement-de-psychomotricite--9782353273690-page-204.htm> > (consulté le 22 septembre 2021)ISBN : 978-2-35327-369-0.

[68] Lee H.-S. et al. « Altered Peripersonal Space and the Bodily Self in Schizophrenia: A Virtual Reality Study ». *Schizophrenia Bulletin.* 12 avril 2021. n°sbab024.

[69] Mehling W. E. et al. « Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies ». *Philos Ethics Humanit Med.* 7 avril 2011. Vol. 6, n°1, p. 6.

[70] Walther S. et al. « Gesture deficits and apraxia in schizophrenia ». *Cortex* [En ligne]. 1 décembre 2020. Vol. 133, p. 65-75. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2020.09.017> >

[71] Bichard D. et al. « Évaluation de la prise en charge de la douleur dans un établissement public de santé mentale ». *Douleur analg* [En ligne]. 1 septembre 2013. Vol. 26, n°3, p. 171-179. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1007/s11724-013-0325-4> >

[72] Kapsambelis V. *Chapitre 3. Séméiologie psychiatrique.* [En ligne]. [s.l.] : Presses Universitaires de France, 2012. Disponible sur : < https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=PUF_KAPSA_2012_01_0041&downloa

d=1 > (consulté le 28 janvier 2022)ISBN : 978-2-13-057210-7.

[73] Saravane D. « Douleur en psychiatrie ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [En ligne]. 1 mai 2015. Vol. 173, n°4, p. 356-363. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.03.021> >

[74] Paquet A. et al. « Behavioral indicators associated with experimental pain in schizophrenia or major depression: A pilot study ». *The European Journal of Psychiatry*. avril 2019. Vol. 33, n°2, p. 63-71.

[75] HILGER E. « L'expression de la douleur physique en santé mentale, son évaluation et sa prise en charge ». [s.l.] : [s.n.], 2012.

[76] Measso S. et al. « Dispositif d'évaluation de la douleur aiguë : ECERDA ». *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives* [En ligne]. mars 2021. Vol. 5, n°1, p. 67-74. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.pxur.2020.11.005> >

[77] Probst M. « The International Organization of Physical Therapists working in Mental Health (IOPTMH) ». *Mental Health and Physical Activity* [En ligne]. avril 2012. Vol. 5, n°1, p. 20-21. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2012.04.003> >

[78] « Le Conseil international de physiothérapie en psychiatrie et santé mentale | IC-PPMH ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://www.ioptmh.org/> > (consulté le 24 septembre 2021)

[79] Probst M., Skjaerven L. H. *Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry: a scientific and clinical based approach*. [s.l.] : Elsevier Health Sciences, 2017. 351 p.ISBN : 978-0-7020-7269-7.

[80] Alvarez E. et al. « Use of Mental Health Interventions by Physiotherapists to Treat Individuals with Chronic Conditions: A Systematic Scoping Review ». *Physiotherapy Canada*. 7 juin 2021.

[81] Hemmings L., Soundy A. « Experiences of physiotherapy in mental health: an interpretative phenomenological analysis of barriers and facilitators to care ». *Physiotherapy* [En ligne]. 1 décembre 2020. Vol. 109, p. 94-101. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.physio.2020.01.001> >

[82] Lee S. et al. « Limited interface between physiotherapy primary care and people with severe mental illness: a qualitative study ». *Journal of Physiotherapy*. juillet 2017. Vol. 63, n°3, p. 168-174.

[83] « Welcome to the European Region of the World Confederation of Physiotherapy ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.wcphysio-europe.org/index.php?action=71> > (consulté le 28 septembre 2021)

- [84] Everett T., Donaghy M., Feaver S. « Introduction ». In : Everett T, Donaghy M, Feaver S (éd.). *Interventions for Mental Health*. Oxford : Butterworth-Heinemann, 2003.
- [85] Marquez D. X. et al. « A systematic review of physical activity and quality of life and well-being ». *Transl Behav Med* [En ligne]. 12 octobre 2020. Vol. 10, n°5, p. 1098-1109. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz198> >
- [86] Schuch F. et al. « Physical activity and sedentary behavior in people with major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis ». *J Affect Disord*. 1 mars 2017. Vol. 210, p. 139-150.
- [87] Dauwan M. et al. « Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global Functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis ». *Schizophr Bull*. mai 2016. Vol. 42, n°3, p. 588-599.
- [88] Ohi K. et al. « Meta-analysis of physical activity and effects of social function and quality of life on the physical activity in patients with schizophrenia ». *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. août 2019. Vol. 269, n°5, p. 517-527.
- [89] Tarpada S. P., Morris M. T. « Physical Activity Diminishes Symptomatic Decline in Chronic Schizophrenia: A Systematic Review ». *Psychopharmacol Bull*. 15 septembre 2017. Vol. 47, n°4, p. 29-40.
- [90] Curcic D. et al. « Positive impact of prescribed physical activity on symptoms of schizophrenia: randomized clinical trial ». *Psychiatr Danub* [En ligne]. décembre 2017. Vol. 29, n°4, p. 459-465. Disponible sur : < <https://doi.org/10.24869/psyd.2017.459> >
- [91] Girdler S. J., Confino J. E., Woesner M. E. « Exercise as a Treatment for Schizophrenia: A Review ». *Psychopharmacol Bull*. 15 février 2019. Vol. 49, n°1, p. 56-69.
- [92] Rosenbaum S. et al. « Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis ». *J Clin Psychiatry*. septembre 2014. Vol. 75, n°9, p. 964-974.
- [93] Chalfoun C. et al. « Running for your life: A review of physical activity and cardiovascular disease risk reduction in individuals with schizophrenia ». *J Sports Sci* [En ligne]. août 2016. Vol. 34, n°16, p. 1500-1515. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1080/02640414.2015.1119875> >
- [94] Tumiel E. et al. « Nonpharmacological Interventions for the Treatment of Cardiometabolic Risk Factors in People With Schizophrenia-A Systematic Review ». *Front Psychiatry*. 2019. Vol. 10, p. 566.
- [95] Firth J. et al. « Aerobic Exercise Improves Cognitive Functioning in People With

Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis ». *Schizophr Bull.* 1 mai 2017. Vol. 43, n°3, p. 546-556.

[96] Firth J. et al. « Preferences and motivations for exercise in early psychosis ». *Acta Psychiatr Scand.* juillet 2016. Vol. 134, n°1, p. 83-84.

[97] Vancampfort D. et al. « Prevalence and predictors of treatment dropout from physical activity interventions in schizophrenia: a meta-analysis ». *General Hospital Psychiatry.* 1 mars 2016. Vol. 39, p. 15-23.

[98] Vogel J. S. et al. « The effect of mind-body and aerobic exercise on negative symptoms in schizophrenia: A meta-analysis ». *Psychiatry Research.* septembre 2019. Vol. 279, p. 295-305.

[99] Rovira-García A., Da Cuña-Carrera I. « [Effects of physical therapy by means of exercise therapy on schizophrenia patients. A systematic review.] ». *Rev Esp Salud Publica.* 12 janvier 2022. Vol. 96, p. e202201002.

[100] Gorczynski P., Faulkner G. « Exercise therapy for schizophrenia ». *Cochrane Database of Systematic Reviews* [En ligne]. 2010. n°5,. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004412.pub2> > (consulté le 6 octobre 2021)

[101] Vera-Garcia E. et al. « A systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia: An update ». *Psychiatry Research.* 30 octobre 2015. Vol. 229, n°3, p. 828-839.

[102] Huijg J. M. et al. « Factors Influencing Primary Health Care Professionals' Physical Activity Promotion Behaviors: A Systematic Review ». *Int.J. Behav. Med.* [En ligne]. 1 février 2015. Vol. 22, n°1, p. 32-50. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1007/s12529-014-9398-2> >

[103] Vancampfort D. et al. « International Organization of Physical Therapy in Mental Health consensus on physical activity within multidisciplinary rehabilitation programmes for minimising cardio-metabolic risk in patients with schizophrenia ». *Disability and Rehabilitation.* 1 janvier 2012. Vol. 34, n°1, p. 1-12.

[104] Soundy A. et al. « Selection, Use and Psychometric Properties of Physical Activity Measures to Assess Individuals with Severe Mental Illness: A Narrative Synthesis ». *Archives of Psychiatric Nursing.* 1 avril 2014. Vol. 28, n°2, p. 135-151.

[105] McKibbin C. L. et al. « Barriers and Facilitators of a Healthy Lifestyle Among Persons with Serious and Persistent Mental Illness: Perspectives of Community Mental Health Providers ». *Community Ment Health J.* 1 juillet 2014. Vol. 50, n°5, p. 566-576.

[106] Soundy A. et al. « Barriers to and Facilitators of Physical Activity Among Persons With

Schizophrenia: A Survey of Physical Therapists ». *PS* [En ligne]. 1 mai 2014. Vol. 65, n°5, p. 693-696. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300276> >

[107] « Physical Activity Preferences and Perceived Barriers to Activity Among Persons With Severe Mental Illness in the United Kingdom | Psychiatric Services ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2007.58.3.405> > (consulté le 6 octobre 2021)

[108] Wei G.-X. et al. « Effects of Mind-Body Exercises on Schizophrenia: A Systematic Review With Meta-Analysis ». *Front Psychiatry*. 2020. Vol. 11, p. 819.

[109] Bower J. E., Irwin M. R. « Mind-body therapies and control of inflammatory biology: A descriptive review ». *Brain Behav Immun* [En ligne]. janvier 2016. Vol. 51, p. 1-11. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2015.06.012> >

[110] Vancampfort D. et al. « The efficacy of meditation-based mind-body interventions for mental disorders: A meta-review of 17 meta-analyses of randomized controlled trials ». *J Psychiatry Research*. février 2021. Vol. 134, p. 181-191.

[111] Sathyanarayanan G., Vengadavaradan A., Bharadwaj B. « Role of Yoga and Mindfulness in Severe Mental Illnesses: A Narrative Review ». *Int J Yoga* [En ligne]. avril 2019. Vol. 12, n°1, p. 3-28. Disponible sur : < https://doi.org/10.4103/ijoy.IJOY_65_17 >

[112] Govindaraj R. et al. « Does Yoga Have a Role in Schizophrenia Management? ». *Curr Psychiatry Rep* [En ligne]. 3 novembre 2020. Vol. 22, n°12, p. 78. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01199-4> >

[113] Cramer H. et al. « Yoga for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis ». *BMC Psychiatry*. 18 janvier 2013. Vol. 13, p. 32.

[114] « A Randomized Trial of Tai Chi for Fibromyalgia | NEJM ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa0912611> > (consulté le 7 octobre 2021)

[115] Abbott R., Lavretsky H. « Tai Chi and Qigong for the Treatment and Prevention of Mental Disorders ». *Psychiatr Clin North Am* [En ligne]. mars 2013. Vol. 36, n°1, p. 109-119. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.psc.2013.01.011> >

[116] Wang F. et al. « The Effects of Tai Chi on Depression, Anxiety, and Psychological Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis ». *Int.J. Behav. Med.* 1 août 2014. Vol. 21, n°4, p. 605-617.

[117] « The Effects of Yoga on Physical Functioning and Health Related Quality of Life in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis | The Journal of Alternative and Complementary Medicine ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : <

<https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/acm.2011.0473> > (consulté le 7 octobre 2021)

[118] Latey P. « The Pilates method: history and philosophy ». *Journal of Bodywork and Movement Therapies* [En ligne]. 1 octobre 2001. Vol. 5, n°4, p. 275-282. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1054/jbmt.2001.0237> >

[119] Akbaş E. et al. « Effects of Pilates-Based Exercises on Functional Capacity and Mental Health in Individuals with Schizophrenia: A Pilot Study ». *Physiotherapy Theory and Practice*. 24 mai 2021. Vol. 0, n°0, p. 1-9.

[120] Zhang D. et al. « Mindfulness-based interventions: an overall review ». *British Medical Bulletin*. 21 avril 2021. n°ldab005,.

[121] Aust J., Bradshaw T. « Mindfulness interventions for psychosis: a systematic review of the literature ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2017. Vol. 24, n°1, p. 69-83.

[122] Vancampfort D. et al. « Sitting time, physical fitness impairments and metabolic abnormalities in people with bipolar disorder: An exploratory study ». *Psychiatry Research*. 30 août 2016. Vol. 242, p. 7-12.

[123] Fogel A. *The psychophysiology of self-awareness: Rediscovering the lost art of body sense*. New York, NY, US : W W Norton & Co, 2009. xv, 398 p.(The psychophysiology of self-awareness: Rediscovering the lost art of body sense). ISBN : 978-0-393-70544-7.

[124] ROXENDAL G. « Body-Awareness Therapy and The Body Awareness Scale Treatment and Evaluation ». *Psychiatric Physiotherapy Graduate Thesis*. 1985. p. 30-49.

[125] Skjaerven L. et al. « Consensus on core phenomena and statements describing Basic Body Awareness Therapy within the movement awareness domain in physiotherapy ». *Physiotherapy Theory and Practice* [En ligne]. 2 janvier 2019. Vol. 35, n°1, p. 80-93. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1434578> >

[126] Suzuki T. *Clinical Physical Therapy*. [s.l.] : BoD – Books on Demand, 2017. 234 p.ISBN : 978-953-51-3111-3.

[127] Amanda Lundvik Gyllensten et al. « Interaction Between Patient and Physiotherapist in Psychiatric Care ? the Physiotherapist's Perspective ». *Advances in Physiotherapy* [En ligne]. 1 janvier 2000. Vol. 2, n°4, p. 157-167. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1080/140381900750063427> >

[128] Yamamoto T. « Developing a broad range of physiotherapy approaches designed for the treatment and rehabilitation of mental health patients ». *impact* [En ligne]. 18 mars 2019. Vol. 2019, n°2, p. 6-8. Disponible sur : < <https://doi.org/10.21820/23987073.2019.2.6> >

[129] Gyllensten A. L., Jacobsen L. N., Gard G. « Clinician perspectives of Basic Body Awareness Therapy (BBAT) in mental health physical therapy: An international qualitative

study ». *Journal of Bodywork and Movement Therapies* [En ligne]. 1 octobre 2019. Vol. 23, n°4, p. 746-751. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2019.04.012> >

[130] Lundwall A. et al. « Pain requires processing – How the experience of pain is influenced by Basic Body Awareness Therapy in patients with long-term pain ». *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. 1 octobre 2019. Vol. 23, n°4, p. 701-707.

[131] Gard G., Nyboe L., Gyllensten A. L. « Clinical reasoning and clinical use of basic body awareness therapy in physiotherapy – a qualitative study? ». *European Journal of Physiotherapy* [En ligne]. 2 janvier 2020. Vol. 22, n°1, p. 29-35. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1080/21679169.2018.1549592> >

[132] Zorn J. V. et al. « Cortisol stress reactivity across psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis ». *Psychoneuroendocrinology*. mars 2017. Vol. 77, p. 25-36.

[133] « The Development of a Patient-Centered Program Based on the Relaxation Response: The Relaxation Response Resiliency Program (3RP) - ScienceDirect ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318212001648> > (consulté le 12 octobre 2021)

[134] Bernstein D. A., Borkovec T. D. « Progressive Relaxation Training: A Manual for the Helping Professions ». 1973.

[135] « Stressed aggressive adolescents benefit from progressive muscle relaxation: A random, prospective, controlled trial - Nickel - 2005 - Stress and Health - Wiley Online Library ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/smi.1050> > (consulté le 12 octobre 2021)

[136] Conrad A., Roth W. T. « Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how? ». *Journal of Anxiety Disorders* [En ligne]. 1 janvier 2007. Vol. 21, n°3, p. 243-264. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.08.001> >

[137] « Progressive muscle relaxation in persons with schizophrenia: a systematic review of randomized controlled trials - Davy Vancampfort, Christoph U Correll, Thomas W Scheewe, Michel Probst, Amber De Herdt, Jan Knapen, Marc De Hert, 2013 ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269215512455531> > (consulté le 12 octobre 2021)

[138] Linden W. « The autogenic training method of J. H. Schultz ». In : *Principles and practice of stress management, 3rd ed.* New York, NY, US : The Guilford Press, 2007. p. 151-174. ISBN : 978-1-59385-000-5.

[139] « Resultat #1507354 - Norwegian psychomotor physiotherapy, a brief introduction - Cristin ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : <

<https://app.cristin.no/results/show.jsf?id=1507354> > (consulté le 14 octobre 2021)

- [140] Dragesund T., Øien A. M. « Demanding treatment processes in Norwegian psychomotor physiotherapy: From the physiotherapists' perspectives ». *Physiother Theory Pract* [En ligne]. septembre 2019. Vol. 35, n°9, p. 833-842. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1463327> >
- [141] Bergland A., Olsen C. F., Ekerholt K. « The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support ». *Physiother Res Int* [En ligne]. octobre 2018. Vol. 23, n°4, p. e1723. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1002/pri.1723> >
- [142] Ekerholt K. « Awareness of breathing as a way to enhance the sense of coherence: Patients' experiences in psychomotor physiotherapy ». *Body, Movement and Dance in Psychotherapy* [En ligne]. 1 août 2011. Vol. 6, n°2, p. 103-115. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1080/17432979.2011.568762> >
- [143] Tolin D. F. et al. « Biofeedback and Neurofeedback for Anxiety Disorders: A Quantitative and Qualitative Systematic Review ». *Adv Exp Med Biol* [En ligne]. 2020. Vol. 1191, p. 265-289. Disponible sur : < https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_16 >
- [144] Brion A. « État des lieux du biofeedback et du neurofeedback en France : cadre historique et relation avec la Thérapie Comportementale et Cognitive ». *European Psychiatry* [En ligne]. novembre 2013. Vol. 28, n°S2, p. 12-12. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.028> >
- [145] Markiewicz R. « The use of EEG Biofeedback/Neurofeedback in psychiatric rehabilitation ». *Psychiatr Pol* [En ligne]. 30 décembre 2017. Vol. 51, n°6, p. 1095-1106. Disponible sur : < <https://doi.org/10.12740/PP/68919> >
- [146] Schoenberg P. L. A., David A. S. « Biofeedback for psychiatric disorders: a systematic review ». *Appl Psychophysiol Biofeedback*. juin 2014. Vol. 39, n°2, p. 109-135.
- [147] PRATT J. « Results obtained in the treatment of pulmonary tuberculosis and the class method ». *Br Med J*. 1908. Vol. 2, p. 1070-1071.
- [148] Vinogradov S., Yalom I. D. *Concise Guide to Group Psychotherapy*. [s.l.] : American Psychiatric Pub, 1989. 188 p.ISBN : 978-0-88048-327-8.
- [149] Yalom I. D., Leszcz M. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. [s.l.] : Hachette UK, 2020. 544 p.ISBN : 978-1-5416-1756-8.
- [150] « The Group Self: A Neglected Aspect of Group Psychotherapy - Sigmund Karterud, Walter N. Stone, 2003 ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0533316403036001198> > (consulté le 15

octobre 2021)

- [151] Kukimoto Y., Ooe N., Ideguchi N. « The Effects of Massage Therapy on Pain and Anxiety after Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis ». *Pain Manag Nurs* [En ligne]. décembre 2017. Vol. 18, n°6, p. 378-390. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.09.001> >
- [152] Garner B. et al. « Étude pilote évaluant l'effet de la massothérapie sur le stress, l'anxiété et l'agressivité dans une unité d'hospitalisation psychiatrique pour jeunes adultes ». *Aust N Z J Psychiatry*. 1 mai 2008. Vol. 42, n°5, p. 414-422.
- [153] Lyons N. et al. « Reduced Jumping to Conclusion Bias after Experimentally Induced Enhancement of Subjective Body Boundaries in Psychosis ». *Psychopathology* [En ligne]. 2021. Vol. 54, n°2, p. 92-97. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1159/000513271> >
- [154] Kito K., Suzuki K. « Research on the Effect of the Foot Bath and Foot Massage on Residual Schizophrenia Patients ». *Archives of Psychiatric Nursing*. 1 juin 2016. Vol. 30, n°3, p. 375-381.
- [155] Zhu Y. et al. « The effect of music, massage, yoga and exercise on antenatal depression: A meta-analysis ». *J Affect Disord* [En ligne]. 1 septembre 2021. Vol. 292, p. 592-602. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.122> >
- [156] Hall H. G. et al. « The effectiveness of massage for reducing pregnant women's anxiety and depression; systematic review and meta-analysis ». *Midwifery* [En ligne]. novembre 2020. Vol. 90, p. 102818. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102818> >
- [157] Eggart M., Queri S., Müller-Oerlinghausen B. « Are the antidepressive effects of massage therapy mediated by restoration of impaired interoceptive functioning? A novel hypothetical mechanism ». *Med Hypotheses* [En ligne]. juillet 2019. Vol. 128, p. 28-32. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2019.05.004> >
- [158] Leplege A. et al. « Person-centredness: Conceptual and historical perspectives ». *Disability and Rehabilitation*. 1 janvier 2007. Vol. 29, n°20-21, p. 1555-1565.
- [159] Waddell G., Burton A. K. « Concepts of rehabilitation for the management of low back pain ». *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* [En ligne]. 1 août 2005. Vol. 19, n°4, p. 655-670. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.berh.2005.03.008> >
- [160] Cornillot P. « Problématisation de la santé ». *Revue française de psychosomatique*. 13 octobre 2009. Vol. n° 36, n°2, p. 101-114.
- [161] « Health Promotion by Social Cognitive Means - Albert Bandura, 2004 ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1090198104263660> >

(consulté le 28 septembre 2021)

[162] « Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy - ScienceDirect ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796703002304> > (consulté le 28 septembre 2021)

[163] Meyer T., Verliac J.-F. « Abstract ». *Savoirs*. 2004. n°5, p. 117-134.

[164] Elvén M. et al. « A clinical reasoning model focused on clients' behaviour change with reference to physiotherapists: its multiphase development and validation ». *Physiotherapy Theory and Practice* [En ligne]. 19 mai 2015. Vol. 31, n°4, p. 231-243. Disponible sur : < <https://doi.org/10.3109/09593985.2014.994250> >

[165] « How important are the common factors in psychotherapy? An update - Wampold - 2015 - World Psychiatry - Wiley Online Library ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20238> > (consulté le 29 septembre 2021)

[166] Brunner E. et al. « Associations between alliance, physiotherapists' confidence in managing the patient and patient-reported distress in chronic low back pain practice ». *European Journal of Physiotherapy* [En ligne]. 4 mai 2021. Vol. 23, n°3, p. 196-200. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1080/21679169.2019.1672786> >

[167] MACSF.fr. « Kinés : les chiffres clés 2021 ». In : *MACSF.fr* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://www.macsfr.fr/actualites/chiffres-cles-kinesitherapeutes> > (consulté le 4 février 2022)

[168] « Pénurie de kinésithérapeutes à l'hôpital : 3000 postes à pourvoir selon l'ordre ». In : *Caducee.net* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://www.caducee.net/actualite-medicale/14084/penurie-de-kinesitherapeutes-a-l-hopital-3000-postes-a-pourvoir-selon-l-ordre.html> > (consulté le 4 février 2022)

[169] *Définition de la profession – Le Conseil Départemental de l'Allier 03*. [En ligne]. Disponible sur : < <https://allier.ordremk.fr/textes-de-loi-en-rapport-avec-la-profession/definition-de-la-profession/> > (consulté le 5 novembre 2021)

[170] *La formation en masso-kinésithérapie – FNEK*. [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.fnek.fr/les-etudes/la-formation-en-masso-kinesitherapie/> > (consulté le 9 novembre 2021)

[171] « CHAMPS - Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://www.ffmkr.org/pratique-professionnelle/exercice-liberal/exercice-professionnel-ref232/champs-de-competence-du-mk> > (consulté le 5 février 2022)

- [172] Professionnel | 0 P. par admin | 5 J. 2012 | E. *Pour la reconnaissance et le développement de la kinésithérapie en santé mentale*. [En ligne]. Actukiné. 5 janvier 2012. Disponible sur : < <https://www.actukine.com/pour-la-reconnaissance-et-le-developpement-de-la-kinesitherapie-en-sante-mentale/> > (consulté le 5 novembre 2021)
- [173] *Réforme de la formation initiale*. [En ligne]. *Ordre des masseurs-kinésithérapeutes*. 4 septembre 2015. Disponible sur : < <https://www.ordremk.fr/actualites/etudiants/reforme-de-la-formation-initiale-3/> > (consulté le 5 novembre 2021)
- [174] Santé M. des S. Et de la, Santé M. des S. Et de la. « Ma santé 2022 : un engagement collectif ». In : *Ministère des Solidarités et de la Santé* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2021. Disponible sur : < <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/> > (consulté le 10 novembre 2021)
- [175] A D., A D. « Mesure 31 du Ségur de la Santé « Renforcer l'offre de soutien psychiatrique et psychologique de la population » ». In : *Ministère des Solidarités et de la Santé* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2021. Disponible sur : < <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/mesure-31-du-segur-de-la-sante-renforcer-l-offre-de-soutien-psychiatrique-et> > (consulté le 10 novembre 2021)
- [176] « L'évolution des métiers en santé mentale : recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé ». In : *Vie publique.fr* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://www.vie-publique.fr/rapport/25639-levolution-des-metiers-en-sante-mentale-recommandations-relatives-aux> > (consulté le 10 novembre 2021)
- [177] « La psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < https://www.senat.fr/rap/r08-328/r08-328_mono.html > (consulté le 10 novembre 2021)
- [178] Bardin L. *L'analyse de contenu*. Paris, France : Presses universitaires de France, 2013. 291 p. ISBN : 978-2-13-062790-6.
- [179] *Entretien non directif / Entretien semi-directif / Entretien directif*. [En ligne]. *Market Audit*. Disponible sur : < <https://www.market-audit.com/definition/entretiens/> > (consulté le 12 novembre 2021)
- [180] Blanchet A., Gotman A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. [En ligne]. [s.l.] : Nathan, 2007. 125 p. Disponible sur : < <https://hal-univ-paris8.archives-ouvertes.fr/hal-00996693> > (consulté le 12 novembre 2021)
- [181] Braun V., Clarke V. « To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales ». *Qualitative Research in*

Sport, Exercise and Health [En ligne]. 4 mars 2021. Vol. 13, n°2, p. 201-216. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1704846> >

[182] Glowacki K., Weatherson K., Faulkner G. « Barriers and facilitators to health care providers' promotion of physical activity for individuals with mental illness: A scoping review ». *Mental Health and Physical Activity* [En ligne]. 1 mars 2019. Vol. 16, p. 152-168. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2018.10.006> >

[183] Szortyka M. F., Batista Cristiano V., Belmonte-de-Abreu P. « Differential Physical and Mental Benefits of Physiotherapy Program Among Patients With Schizophrenia and Healthy Controls Suggesting Different Physical Characteristics and Needs ». *Front Psychiatry* [En ligne]. 2021. Vol. 12, p. 536767. Disponible sur : < <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.536767> >

[184] Nuño L. et al. « Functioning in schizophrenia: a Delphi study covering the perspective of physiotherapists ». *Disability and Rehabilitation* [En ligne]. 14 avril 2020. p. 1-8. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1748729> >

[185] Chaudoir S. R., Dugan A. G., Barr C. H. « Measuring factors affecting implementation of health innovations: a systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures ». *Implementation Sci* [En ligne]. 17 février 2013. Vol. 8, n°1, p. 22. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-22> >

[186] Patton M. Q. *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice*. [s.l.] : SAGE Publications, 2014. 833 p.ISBN : 978-1-4833-0145-7.

[187] Lincoln Y. S., Guba E. G. *Naturalistic Inquiry*. [s.l.] : SAGE, 1985. 422 p.ISBN : 978-0-8039-2431-4.

[188] Tesch R. *Qualitative Research: Analysis Types and Software*. [s.l.] : Routledge, 2013. 344 p.ISBN : 978-1-134-07730-4.

[189] Smith B., McGannon K. R. « Developing rigor in qualitative research: problems and opportunities within sport and exercise psychology ». *International Review of Sport and Exercise Psychology* [En ligne]. 1 janvier 2018. Vol. 11, n°1, p. 101-121. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1080/1750984X.2017.1317357> >

[190] Whittemore R., Chase S. K., Mandle C. L. « Validity in Qualitative Research ». *Qual Health Res* [En ligne]. 1 juillet 2001. Vol. 11, n°4, p. 522-537. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1177/104973201129119299> >

[191] Patterson R. et al. « Sedentary behaviour and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality, and incident type 2 diabetes: a systematic review and dose response meta-analysis ». *Eur J Epidemiol* [En ligne]. septembre 2018. Vol. 33, n°9, p. 811-829. Disponible sur : <

<https://doi.org/10.1007/s10654-018-0380-1> >

[192] Posadzki P., Parekh S. « Yoga and physiotherapy: a speculative review and conceptual synthesis ». *Chin J Integr Med* [En ligne]. février 2009. Vol. 15, n°1, p. 66-72. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1007/s11655-009-0066-0> >

[193] « Projet territorial de santé mentale : priorité 6 ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/article/priorite-6> > (consulté le 20 mars 2022)

[194] *La formation continue*. [En ligne]. *Ordre des masseurs-kinésithérapeutes*. Disponible sur : < <https://www.ordremk.fr/je-suis-kinesitherapeute/formation/la-formation-continue/> > (consulté le 25 février 2022)

[195] « Droits des usagers : Information et orientation ». In : *Haute Autorité de Santé* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < https://www.has-sante.fr/jcms/c_1715928/fr/droits-des-usagers-information-et-orientation > (consulté le 25 février 2022)

[196] « Éducation thérapeutique du patient (ETP) ». In : *Haute Autorité de Santé* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp > (consulté le 20 mars 2022)

Annexe 1 : Informations délivrées aux participants

Article L.1222-1 du code de la santé publique.

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche intitulé « Troubles de la perception de la douleur chez le patient atteint de schizophrénie : étude qualitative des facteurs favorisant ou limitant leur prise en charge par les masseur-kinésithérapeutes ».

Cependant, avant de donner votre consentement pour participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. De plus, nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles aux chercheurs responsables du projet ou aux membres affectés à ce projet de recherche, et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui ne serait pas clair.

Contexte de l'étude et objectifs :

L'objectif de ce travail est de mettre en évidence les facteurs favorisant et limitant la prise en charge des patients atteints de schizophrénie par les masseurs-kinésithérapeutes, et ce afin de développer cette discipline dans le champ de la santé mentale en France.

Procédure ou déroulement de l'étude :

La participation à cette étude consiste en un entretien d'une vingtaine de minutes avec un membre de l'équipe de recherche autour du thème cité ci-dessus.

Risques et bénéfices :

Le projet de recherche n'entraîne pas de risque ou de désavantage prévisible pour le répondant, ou d'avoir à consacrer le temps nécessaire estimé pour la participation à l'interview. Il se peut que vous retiriez un bénéfice professionnel voire personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons pas vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des pratiques dans le domaine de la masso-kinésithérapie dans le champ de la santé mentale.

Confidentialité

L'interview à laquelle peut répondre l'individu ne demande **aucun renseignement personnel**. L'accès à l'identité du participant est **impossible** pour qui que ce soit ainsi qu'à travers la récolte des données. L'autorisation d'enregistrer les réponses apportées lors de l'interview à l'aide d'un dictaphone sera demandée à chaque participant.

Conservation des données

Les données seront conservées pendant une période d'un an, puis détruites par la suite.

Compensation

Aucune rémunération ou compensation n'est offerte en échange de la participation à ce projet de recherche.

Participation volontaire et droit de retrait de l'étude

La participation à ce projet de recherche est volontaire, le participant est donc libre de refuser d'y participer. Après participation, à tout moment le participant peut demander aux chercheurs de ne pas prendre en compte ses données, il sera alors exclu de l'étude. En aucun cas, le consentement de participer à la recherche, implique que le participant renonce à ses droits légaux ni ne décharge les chercheurs, les promoteurs, ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légale et professionnelle.

Coordonnées

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez lié à votre participation au projet de la recherche, vous pouvez communiquer avec le responsable du projet aux coordonnées suivantes :

Longueville Clara - Étudiante de 2^{ème} cycle à l'IFMK Niçois.
Mail : clara.longueville@gmail.com Téléphone : 06 60 24 53 43.

Pour toute question d'ordre éthique ou déontologique concernant votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes.

Adresse du site: <http://www.ordremk.fr/>
Mail : cno@ordremk.fr Téléphone : 01 46 22 32 97

Consentement

Après lecture de ce document, assurez-vous d'avoir pris connaissance de toutes les informations ci-dessus et d'en comprendre le contenu. De ce fait, votre participation à cette étude est volontaire et vous consentez à ce que vos réponses soient utilisées pour les fins de ce projet de recherche.

Annexe 2 : Entretien psychiatre 1

I -

OK. C'est super. Donc, c'est bon, on peut commencer. Du coup, j'ai pu lire dans la littérature qu'il existait une potentielle altération des perceptions corporelles, dont notamment celle de la douleur avec une hypoalgésie lors de pathologie somatique chez les patients schizophrènes. Que pouvez-vous me dire à ce sujet ? Vous, en pratique, lors de vos...

P1 -

Alors, moi, c'est vrai que, généralement, quand ils sont... Enfin, moi, je l'ai plus remarqué sur les... sur les schizophrènes en décompensation. On en a eu un dans le service, c'était il y a quelque mois, qui avait énormément d'escarres. Et c'est vrai que sur les plaintes algiques, on n'avait aucune plainte, alors qu'il avait des escarres qui allaient jusqu'à l'os, enfin quelque chose qui était très douloureux et lui strictement aucune plainte, aucune plainte somatique. Après, j'en ai d'autres, effectivement, il y a des plaintes qui sont très... alors on sait pas si c'est vraiment de la douleur, mais voilà, après, y en a, ils sont continuellement en plainte : « J'ai mal aux dents, j'ai mal au ventre », et c'est un cycle perpétuel de douleurs qui sont difficilement évaluables, voilà. Mais c'est vrai qu'on est sur du tout ou rien.

I -

D'accord, du coup, vous m'aviez...

P1 -

Sans phase algique forcément, enfin sans... voilà. Mais c'est... J'ai une autre patiente qui est schizophrène et c'est... on est sur un cycle où il y a pas de... y a pas de... on a bilanté, on n'a rien trouvé sur les douleurs, mais on est ponctuellement sur : « J'ai mal à la tête », quand on a plus mal à la tête on a mal ventre, après on a une infection urinaire et ça brûle, et puis après on reprend l'affection au niveau des dents et c'est un cycle perpétuel. Alors, effectivement, les dents, elles sont mauvais état, mais il y a strictement rien qui explique qu'à un moment elle a plus mal aux dents que... voilà.

I -

D'accord, et du coup, vous m'avez parlé d'évaluation, comment ça se passe un peu près avec ces patients lors de ces douleurs ?

P1 -

Ben, on essaie de faire des EVA.

I -

Ouais.

P1 -

C'est à peu près la seule chose qu'on fait et après on va bilanter. Quand ils se plaignent de douleurs abdominales, on va faire un examen clinique. Vérifier qu'il n'y est pas un fécalome qui est pas une occlusion, un syndrome occlusif ou un syndrome de préocclusion. Si on a des doutes, on peut les envoyer faire des imageries. Et après, on fait un traitement avec du Doliprane, enfin on fait traitement d'essai avec le Doliprane, Spafon. Et voilà

49 **I -**
50 D'accord, et par exemple si c'est dans les... dans le cas où ils se plaignent pas ? Vous... est-ce
51 que vous, vous bilantez aussi ?
52
53 **P1 -**
54 Alors, c'est vrai qu'avec ce patient qui avait des douleurs, on a essayé de lui demander, on lui
55 demandait s'il avait mal ou pas dans les soins, parce qu'effectivement on avait des soins
56 d'escarres, donc on avait demandé à l'équipe des soins palliatifs de venir l'évaluer. Donc, eux,
57 ils nous avaient préconisé peut-être de mettre des traitements antalgiques avant les soins s'il
58 était algique. Donc, on avait évalué avec lui, on avait vu s'il y avait des changements de
59 comportement, on essayait d'évaluer aussi quand ils sont... quand ils sont pas en capacité de
60 parler, de faire... de voir le comportement, si il y a une agitation qui est un peu majorée au
61 moment des soins. C'est vrai que lui avait vraiment aucune plainte, que ce soit avant... aucun
62 motif de modification de comportement, aucune plainte. Donc, c'est vrai...
63
64 **I -**
65 D'accord.
66
67 **P1-**
68 ... on supposait qu'il devait pas avoir mal vraiment pour de...
69
70 **I -**
71 Oui. Du coup vous...
72
73 **P1 -**
74 Alors, que c'était une chose qui était très douloureux.
75
76 **I -**
77 Donc vous regardez aussi tout ce qui est comportement, etc., j'imagine ?
78
79 **P1 -**
80 Oui.
81
82 **I -**
83 OK. Très bien. Et donc là, donc ça, c'était toute la partie évaluation. Et comment vous prenez
84 en charge après, du coup, ce type de trouble ?
85
86 **P1-**
87 C'est vrai que c'est une bonne petite question. Comment on le prend en charge ? Nous, on va...
88 Ben, on va essayer de voir vraiment s'il y a une douleur ou pas. Donc c'est vrai que le patient
89 qui se plaint pas de douleurs, on n'a pas pu faire grand-chose. Après c'est vrai que pour lui la
90 priorité, c'était pas de prendre en charge sa douleur, enfin c'était de prendre en charge la douleur
91 ou l'absence de douleur, mais on est passé dans une prise en charge palliative pour ce patient.
92
93 **I -**
94 D'accord.
95

96 **P1 -**
97 Et donc, c'était vraiment de soulager au maximum. S'il peut avoir les éléments délirants qui
98 pouvaient l'angoisser, là, on était vraiment dans une prise en charge palliative. C'est un patient
99 qui est décédé il y a pas longtemps.
100
101 **I -**
102 D'accord.
103
104 **P1-**
105 Donc, voilà, c'était vraiment de la prise en charge palliative. Pour les autres patients, nous sur
106 le plan de la douleur, nous, on va traiter la douleur, on va essayer de leur expliquer un peu
107 pourquoi ils ont mal, qu'est-ce qu'ils ressentent, enfin on va essayer de discuter avec eux là-
108 dessus. On va leur mettre des traitements symptomatiques quand c'est possible, quand ils y
109 répondent.
110
111 **I -**
112 Ouais.
113
114 **P1 -**
115 Parce que c'est vrai que les patients qui disent : « J'ai mal, j'ai mal », quand on prend du
116 Doliprane, qui ont toujours mal que ça ne change strictement rien à un moment on va leur dire :
117 « Ben, on vous... », on va essayer de leur expliquer que la douleur, le traitement qu'on leur
118 propose n'est pas suffisant, enfin n'est pas efficace et que donc vaut mieux ne rien prendre
119 puisqu'il y a aucune amélioration, enfin, voilà. Et éviter de les surmédiquer, donc on avait une
120 façon, mais elle, effectivement, elle était pas... enfin on a eu aussi beaucoup de problèmes de
121 douleurs avec des patients qui ne sont pas étiquetés psychotiques, mais qui sont sur des troubles
122 de l'humeur.
123
124 **I -**
125 Ouais.
126
127 **P1 -**
128 Et avec des douleurs qui se répètent, presque délirante, on va dire, avec dépression
129 mélancolique. Et c'est vrai que là, par exemple, je pense, à une patiente qui a une douleur, je
130 vais y arriver, une... des douleurs abdominales qui a été bilantée en gériatrie, qui a été bilantée
131 en gastro, qui allait jusqu'à boire de la morphine, qui répondait... enfin, qui permet, enfin qui
132 soulageait pas les douleurs.
133
134 **I -**
135 OK.
136
137 **P1 -**
138 Donc c'est vrai que nous dans le service on a tout arrêté, et on lui a dit : « Si vous avez mal on
139 a un peu de Doliprane, un peu de Spasfon, Debridat, pour les douleurs abdominales, mais on
140 va pas aller plus loin. Et puis comme ça fait strictement rien, on va proposer de ne rien prendre.
141 Donc c'est difficile pour elle, donc je... Elle a besoin de prendre son Doliprane de manière,
142 voilà, mais tout en disant que ça lui fait mal et que c'est pas efficace. Et c'est vrai que nous on
143 a refusé de passer sur des antalgiques, de palier deux voire trois, qui ne la soulage pas plus que
144 les paliers un.
145

146 **I -**
147 D'accord.
148
149 **P1 -**
150 Après, on essaie de... On un travail... Alors on n'a pas de kiné sur la psychiatrie, c'est assez
151 compliqué. C'est une grande plainte qu'on a eu avec le CHU, c'est qu'ils ont décrété qu'on
152 avait pas besoin de kiné. Donc, on a une psychothérapeute, je vais y arriver, une
153 psychomotricienne.
154
155 **I -**
156 Ouais.
157
158 **P1 -**
159 Qui est la deux ou trois fois dans la semaine, qui fait des prises en charge libre, enfin
160 individuelles et prises en charge de groupe. Et là, qui essaie de travailler sur les sensations
161 corporelles avec des patients sur voilà.
162
163 **I -**
164 D'accord. Très bien. Donc, c'est... Voilà là, on parle un peu de la kiné et du coup des thérapies
165 plutôt non médicamenteuses. Donc c'est vrai que la kiné n'est pas prescrite, du coup, de façon
166 très standardisée contrairement à d'autres pathologies.
167
168 **P1 -**
169 Ben, c'est-à-dire que pour les patients qui ont des besoins de kiné, mais reconnus... Par exemple,
170 on a un patient-là qui a une fracture de l'épaule.
171
172 **I -**
173 Oui, voilà.
174
175 **P1 -**
176 On en a vu un autre. On a quelques patients grabataires dans des lits qu'il faut stimuler. On a
177 demandé des kinés, on nous a dit : « Non. »
178
179 **I -**
180 Ah !
181
182 **P1 -**
183 Donc, c'est vrai que pour la gestion de la douleur chez le psychotique, ça nous a pas traversé
184 l'esprit d'aller leur demander des séances de kiné.
185
186 **I -**
187 Non, pas forcément. Là, du coup, si on s'éloigne pour la gestion de la douleur, plutôt en général,
188 mais c'est vrai que pour une autre pathologie, on va dire, locomotrice...
189
190 **P1 -**
191 Oui, non parce qu'on a un patient... Enfin, nous, on a des patients qui sont assez âgés, je vérifie
192 l'heure parce que... des patients qui sont assez âgés et on a besoin de les stimuler : l'aide à la
193 marche, enfin ce genre de chose, et on a que la psychomotricité. Mais on a essayé d'avoir des
194 temps de kiné en plus de manière, enfin peut-être plus ciblée sur certains patients même si c'est
195 pas quelque chose de, enfin pas forcément adapté au patient. Et c'est toujours très difficile,

enfin on réussit à avoir des temps de kiné quand c'est soit le passage en réa, soit le kiné, et dans ce cas-là on daigne nous envoyer un kiné une heure par semaine.

I -

D'accord. Mais c'est vrai qu'en fait en France contrairement à d'autres pays, la prise en charge elle est pas du tout standardisée et la prescription encore moins, mais pour les troubles en général de santé mentale et psychiatrie, quoi. Donc, c'est vrai en France, vous comment vous voyiez l'introduction de cette profession de façon plus standardisée ? Quels seraient, par exemple, les potentiels freins ? Donc là, vous... Là, au CHU, le poste, ils ne veulent pas par exemple. Mais au sens vraiment plus général en France, comment voyiez-vous ça ?

P1 -

Non, moi, je trouve que, ben, ça serait intéressant parce qu'il y a la douleur, mais y a aussi les troubles praxiques, les troubles de la marche. Nous avec les traitements, on leur donne, enfin ils ont des syndromes extrapyramidaux avec... Ils marchent à petits pas, des troubles de l'équilibre. Donc, c'est vrai que d'avoir un kiné pour les aider à rééduquer ce qu'on est obligé de dérégler avec les traitements ça serait pas mal parce que ça permettrait une meilleure tolérance, en fait, diminuer le risque de chute. Parce qu'avec une population vieillissante, ça pourrait les aider, voilà. Et puis ça les aides à les stimuler, enfin moi je pense que ça leur serait très bénéfique de pouvoir être pris en charge de manière un peu plus globale. On a pas mal de patients en plus qui sont en surpoids, qui... donc ça les aide à... enfin, je sais... IL faut les mobiliser et que c'est vrai que le kiné peut les aider à se mobiliser à... voilà.

I -

D'accord et du coup, vous en tant que prescripteur, comment... qu'est-ce qui vous limite dans ces prescriptions de kiné ?

P1 -

Alors, il y a l'absence de connaissance sur ce que pourrait nous apporter le kiné.

I -

Bien sûr, ouais.

P1 -

Donc là, on a la psychomotricienne qui fait un gros travail aussi pour nous aider pour... voilà. Le fait que au niveau des kinés sur la... le remboursement au niveau sécu... Moi, j'ai des patients qui ne travaillent pas, qui sont voilà, donc c'est vrai qu'il faudrait que ce soit bien tracé au niveau de la sécurité sociale pour être sûr que les patients puissent être remboursés. Peut-être prévoir de les associer. Comme ils ont une... Comme on a une ergothérapeute, une psychomotricienne, ben, envisager d'avoir un kiné sur les séries B sur... pour que à l'extérieur quand ils sortent, on puisse maintenir cette prise en charge kiné, parce que c'est une population qui est quand me assez atypique, assez spécifique, et que même pour les kinés, il faut une certaine formation. Une certaine sensibilisation à cette population pour pouvoir les prendre en charge.

I -

OK. Donc, voilà, vous m'avez dit l'absence de connaissance, donc de vous.

245 **P1 -**
246 De notre part.
247
248 **I -**
249 De votre part et également des kinés. Et donc l'absence aussi donc de cotation et par rapport à
250 la sécurité sociale. OK. Vous ne voyiez rien d'autre par exemple ?
251
252 **P1 -**
253 Ben, je pense que si on avait une cotation et un peu plus de connaissance ça permettrait quand
254 même d'être pas mal...
255
256 **I -**
257 De plus rediriger et...
258
259 **P1 -**
260 Ouais.
261
262 **I -**
263 OK. Bon, je pense qu'on a fait grosso modo le tour.
264
265 **P1 -**
266 D'accord.
267
268 **I -**
269 Comme ça vous êtes à l'heure.
270
271 **P1 -**
272 Oui, ça va.
273
274 **I -**
275 OK. Bon, ben, ouais, je pense que c'est bon. J'ai eu les réponses à mes questions.
276
277 **P1 -**
278 Très bien
279
280
281
282

Annexe 3 : Résultats de l'entretien 1

Entretien n°1			
Thème : Altération de la perception de la douleur chez les PAS			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Connaissances des psychiatres	Plainte continue	« il y en a ils sont continuellement en plainte » « cycle perpétuel de douleurs qui sont difficilement évaluables » « on est sur du tout ou rien »	16 17 18
	Absence de plainte douloureuse	« énormément d'escarres » « on n'avait aucune plainte...aucune plainte somatique »	12 13-14
	Symptomatologie psychiatrique	« je l'ai plus remarqué sur les schizophrènes en décompensation »	11
Pratiques professionnelles des psychiatres	Thérapie non médicamenteuse	« on a une psychomotricienne »	153
	Discussion avec le patient	« on va essayer de leur expliquer un peu pourquoi ils ont mal...discuter avec eux là-dessus »	107-109
	Thérapie médicamenteuse	« traitement d'essai avec le Doliprane, spafon » « mettre des traitements antalgiques » « on va traiter la douleur » « éviter de les surmédiquer »	47 57 107 120
	Évaluation de la douleur	« on essaie de faire des EVA » « on va bilanter » « on va faire un examen clinique » « on va essayer de voir vraiment s'il y a une douleur ou pas » « on peut les envoyer faire des imageries » « on avait évalué...changements de comportement » « quand ils sont pas en capacité de parler...agitation majorée au moment des soins »	37 43 44 88 46 58-59 69-61
Préconisations	PEC globale	« très bénéfique de pouvoir être pris en charge de manière un peu plus globale »	216
Thème : Bénéfices perçus de la Mkipie pour les PAS			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes

Amélioration de la santé physique	Capacités fonctionnelles	« on a quelques patients grabataires dans des lits qu'il faut stimuler »	176
		« ça les aide à les stimuler »	215
		« il faut les mobiliser et que c'est vrai que le kiné peut les aider à se mobiliser »	218
		« troubles praxiques »	210
		« troubles de la marche »	210
		« syndromes extrapyramidaux »	211
		« ils marchent à petit pas »	211
	IMC	« on a pas mal de patients qui sont en surpoids, donc ça les aide »	217
	Équilibre	« troubles de l'équilibre »	212
« diminuer le risque de chute »		214	
Thème : Leviers à l'introduction de la Mkipie en SM en France			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Facteurs liés aux PS	Perception positive de la Mkipie en SM par les psychiatres	« c'est une grande plainte qu'on a avec le CHU »	152
		« on a demandé des kinés »	177
		« je trouve que ça serait intéressant »	209
Thème : Barrières à l'introduction de la Mkipie en SM en France			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Facteurs liés aux médecins	Méconnaissance du rôle de la Mkipie en SM	« il y a l'absence de connaissance sur ce que pourrait nous apporter le kiné »	225
		« pour la gestion de la douleur...ça nous a pas traversé l'esprit d'aller leur demander des séances de kiné »	183-184
Facteurs liés aux MK	Manque de formation en SM	« même pour les kinés, il faut une certaine formation, une certaine sensibilisation à cette population pour pouvoir les prendre en charge »	238-239
Facteurs structurels	Politique de la structure	« ils ont décrété qu'on avait pas besoin de kiné »	153
		« c'est toujours très difficile, on réussit à avoir des temps kiné quand c'est le passage en réa »	196
		« on daigne nous envoyer un kiné une heure par semaine »	197
		« on nous a dit non »	177
	Contraintes administratives	« il faudrait que ce soit bien tracé au niveau de la sécurité sociale pour être sûr que les patients puissent être remboursés »	234
		« si on avait une cotation »	253
	Manque de personnel	« on n'a pas de kiné sur la psychiatrie, c'est assez compliqué »	151

Annexe 4 : Entretien psychiatre 2

I -

Alors, donc j'ai pu lire dans la littérature qu'il existait une potentielle altération des perceptions corporelles, mais dont notamment celle de la douleur avec une certaine hypoalgésie, en fait, lors des pathologies somatiques chez des patients atteints de schizophrénie. Donc que pouvez-vous m'en dire face à ce sujet, vous, concernant votre pratique et vos expériences cliniques ?

P2 -

Pas grand-chose, parce que c'est des choses que, quand même qui ont, enfin je vous dis dans l'expérience clinique, hein, que parfois j'ai été amené à observer où les personnes se... l'évoquaient. Le souvenir qui me remonte le plus, hein, c'est quand on... vous allez dans un... Vous avez déjà été dans un service de psychiatrie adulte ?

I -

Non. J'ai... Je suis allée voir des schizophrènes dans un... dans une association, donc dans un ESAT. Ils travaillaient, mais, du coup pas dans un service de psychiatrie.

P2 -

Ben, un jour il faudra le faire, hein. Si vous vous voulez vous orienter là-dessus, parce que... Mais c'est vrai qu'on est souvent étonné par les vêtements de ces personnes qui elles... et qui, alors je sais pas leur couleur, la couleur des vêtements, mais c'est... ben, qui sont pas forcément adaptés à la saison, hein. Et que dans cette inadaptation à la saison, eh ben, il y a certains éléments qui répondent à votre question. C'est-à-dire qu'il y a une perte de certaines sensibilités, alors je ne saurais pas vous dire si c'est seulement à froid, à la chaleur, au chaud, ou... mais, voilà, donc c'est des gens qui ont une façon sensorielle de... d'être avec dans l'existence qui est différente de celle qui est... de quelqu'un qui n'est pas schizophrène.

I -

D'accord. Et du coup, en clinique par rapport à certaines pathologies somatiques vous avez vous déjà vu cette problématique-là ?

P2 -

Alors, pour des pathologies somatiques, alors là c'est pas du tout dans la schizophrénie, mais chez des sujets qui présentent un trouble neurocognitif mineur ou majeur, hein, et biologie diverse, hein, qui peuvent être dégénératives ou vasculaires, il arrive, selon les atteintes cérébrales, que l'on dise qu'il y ait un trouble de la sensorialité.

I -

D'accord, et donc vous par rapport à la douleur dans la schizophrénie, ça vous parle pas tellement finalement cette problématique ?

P2 -

Ben, c'est pas que ça me parle pas tellement, mais c'est vrai que... Alors, je vous donnais l'exemple des vêtements. Alors je vais vous donner un autre d'exemple : c'est que on sait par le monde que y a beaucoup de schizophrènes qui fument, hein du tabac ou d'autre chose.

I -

C'était exact.

50

51 **P2 -**

52 Et moi, ça m'a toujours surpris de voir que ces gens-là, hein, ils, voilà de temps en temps, ils
53 se brûlaient avec leurs clopes, et puis il y avait rien qui se passait. Bon, voilà, ça, c'est une
54 observation clinique, je ne connais pas les études à ce sujet.

55

56 **I -**

57 D'accord. Et du coup, vous concernant plus aussi traitement médicamenteux et non
58 médicamenteux, qu'est-ce que vous pourriez préconiser par rapport à ces troubles ?

59

60 **P2 -**

61 Alors, moi ce que je pense c'est que ces altérations de la, hein, de la perception de la douleur
62 ou d'autres systèmes sensoriels, ils sont en relation avec la difficulté, enfin avec le processus
63 pathologique et biologique majeur qui se trouve au niveau du cerveau. C'est-à-dire que le sujet
64 qui souffre de trouble schizophrénique, dans un certain nombre de dysconnexions au niveau
65 cérébral et qui peuvent toucher aussi, hein, donc les systèmes sensoriels. Donc, à partir de là,
66 le traitement, ben, je dirais que le... hein, d'un point pharmacologique, il me semble que c'est
67 bien de privilégier les traitements antipsychotiques, hein, qui sont habituellement prescrits chez
68 les sujets schizophrènes. Bien sûr selon le type de ces troubles schizophréniques avec des
69 dimensions positives ou négatives. En sachant que la majorité des antipsychotiques ont aussi,
70 hein, certains effets antidouleurs, hein. Bon, chez certaines personnes qui souffrent de trouble
71 schizophrénique ou ce qu'on appelle schizoaffectif, on utilise aussi par exemple des
72 médicaments comme le Tegretol, hein et qui ont aussi l'action antidouleur. Vous aurez par le
73 médicament... Donc, je dirais, j'ai pas d'expérience de donner un médicament spécifique contre
74 la douleur à ces personnes-là, mais déjà de leur prescrire le traitement médicamenteux adapté.
75 Pour ce qui est des interventions non pharmacologiques, enfin j'ai beaucoup... Alors même
76 chez les... Vous savez la différence entre schizophrénie positive et schizophrénie négative,
77 hein ?

78

79 **I -**

80 Ouais.

81

82 **P2 -**

83 Donc, même chez ceux qui sont ... qui ont une forme positive ou productive, hein, il y a des
84 signes d'émoussement, hein, et des signes négatifs. Et, bien sûr, chez ceux qui ont la
85 schizophrénie du type négatif, c'est au premier plan. Alors, bon, ça a différents noms, mais...
86 enfin ça entraîne, hein, en particulier, donc une perte d'initiative, une diminution d'intérêt et un
87 émoussement affectif. Et cette émotion affective émotionnelle, hein, il a aussi sa partie
88 sensorielle.

89

90 **I -**

91 Forcément.

92

93 **P2 -**

94 Peut-être aussi... hein, voilà. Et donc le... ce que je préconiserai là aussi comme intervention
95 non pharmacologique, c'est des interventions qui vont, hein, essayer de lutter contre, hein, cet
96 émoussement, cette apathie, hein. Et en espérant que ça, ben, ça pourra voir aussi une action au
97 niveau sensorielle. Ce qu'on essaie de faire là avec les sujets âgés ou avec toutes les histoires
98 de Covid pour l'amélioration, hein, des... de l'odorat... Y a des techniques d'atelier individuel
99 ou en groupe qui peuvent être utiles à ce sujet.

100
101 **I -**
102 D'accord. Et ça, du coup, ça serait dans quelle branche de profession, etc. ? Quand vous me
103 parlez d'atelier au niveau sensoriel, qu'est-ce qui est mis en place par exemple vraiment en
104 clinique ?
105
106 **P2 -**
107 Alors, est-ce que ça serait pour les kinés ?
108
109 **I -**
110 Ça, c'est ma prochaine question.
111
112 **P2 -**
113 Alors, eh ben, quelle profession ? Alors on va... Ben, je vous l'enverrais, hein, parce que je
114 pense que ça peut vous intéresser, on est en train de finir des recommandations, entre
115 guillemets, d'experts pour l'utilisation, pour la mise en place d'atelier, hein : art, utilisant les
116 arts, les jeux, et puis d'autres outils, d'autres médias. Et dans ces recommandations, c'est pour
117 ça que je vous enverrai le lien dans l'application... L'application elle sera disponible, je pense,
118 d'ici la fin du mois de juillet.
119
120 **I -**
121 Ah ben oui.
122
123 **P2 -**
124 Et l'article aussi. Et donc, dans l'application y a « Paramétrez votre atelier. » Alors, c'est pour
125 les sujets âgés, mais ça pourrait être pour les schizophrènes. Et une des questions c'est : mais
126 qui c'est qui organise la fête ? Quand on parle d'un atelier pour un sujet âgé, eh ben, on dit :
127 « Ça peut-être un psychologue, un orthophoniste, un kiné, un médecin. » Ça peut être un artiste,
128 ça peut être quelqu'un qui n'a rien avoir, en fait du tout... Et je pense que pour les sujets
129 schizophrènes, c'est un peu la même chose : c'est bien sûr, hein, les... l'organisation d'ateliers,
130 elle se fait initialement dans l'ensemble des personnes, des professionnels de santé. Après, vous
131 voulez plus cibler la motricité, peut-être vous allez demander à ce que l'atelier ou la session
132 elle soit faite par un psychomotricien ou un kiné. OK ?
133
134 **I -**
135 Oui, ça dépend des objectifs, forcément.
136
137 **P2 -**
138 Voilà. Ça dépend des objectifs et du média utilisé pour la thérapie, hein. Dans le cadre de la
139 sensorialité, eh ben, il me semble qu'effectivement, c'est celui qui ce... ceux qui sont les plus
140 compétents, c'est ceux qui ont une expertise dans les domaines de la sensorialité, hein. Alors,
141 je vous mettrais les psychomotriciens, je mettrais les kinés, je mettrais les orthophonistes, parce
142 que les orthophonistes sont très impliqués dans toutes ses histoires d'odorat, de sensorialité.
143 Nous, on a une fille qui fait sa thèse de science, Magalie Peigne, hein, sur la sensorialité chez
144 les sujets âgés. Et puis, tu as n'importe quel professionnel de santé qui peut... Alors, après ça,
145 vous pouvez rajouter aussi... Si vous imaginez que vous allez utiliser les médias comme la
146 relaxation.
147
148 **I -**
149 Ouais.

150

151 **P2 -**

152 L'hypnose, hein, vous pouvez prendre des gens qui sont spécialisés là-dedans.

153

154 **I -**

155 Du coup pour en venir à la kiné, c'est vrai que, du coup, la kiné est prescrite de façon non
156 standardisée en France pour les pathologies de santé mentale, et dont notamment plus... la
157 schizophrénie en psychiatrie. Contrairement à d'autres pays où vraiment elle est insérée dans
158 les prises en charge commune. Du coup, comment voyiez-vous l'introduction de cette
159 profession, donc la kiné, à votre arsenal de prise en charge thérapeutique dans la santé mentale
160 en général.

161

162 **P2 -**

163 Faut demander à... Il faudrait... Je demanderai au collègue qui actuellement s'occupe des
164 schizophrènes, mais je pense que c'est du général à beaucoup de pathologies psychiatriques
165 c'est... Comment je vois la kiné ? Ça dépend. Bon, ça, dépend de deux choses : premièrement,
166 au niveau des prescripteurs, hein. Si je me place en termes de prescripteur c'est : est-ce que,
167 hein, j'ai une base théorique dans lequel je considère que l'activité motrice est importante et
168 utile, hein. Première des choses dans ce que je viens de vous dire, oui, effectivement, je pense
169 que là... ça peut dépendre des prescripteurs. Je me rappelle, alors ça, c'est un vieux souvenir
170 avant que je sois professeur, la personne qui me remplaçait c'était un professeur qui s'appelle
171 professeur Guy Darcourt, et lui, il avait dans son staff un kiné ; il faisait tout. Alors, il faisait le
172 kiné, il faisait pour toute l'équipe, et puis pour les sujets schizophrènes. Parce qu'il y avait une...
173 Chez Monsieur Darcourt, il y avait l'idée, hein, que, eh bien, la kinésithérapie, enfin l'activité
174 motrice était aussi très, très bonne pour le schéma corporel, et à partir de là, hein, donc vous
175 pouvez être utile pour les schizophrènes qui en avait l'utilité. Donc, c'était pas spécialement
176 orienté sur la douleur, mais il y avait ça. La deuxième approche... voilà. La deuxième question,
177 c'est... Oui, la deuxième approche c'est... donc ça dépend du thérapeute, et puis ça dépend du
178 kiné. C'est-à-dire de nos jours, hein, il faut checker le nombre de kinés qui sont disponibles et
179 qui sont intéressés par travailler avec des schizophrènes.

180

181 **I -**

182 Ah OK.

183

184 **P2 -**

185 Y en a pas des masses non plus. Et donc, si je dois faire une prescription et que cette prescription
186 elle est dans le vide, parce que j'ai pas de kiné, ça va me limiter aussi.

187

188 **I -**

189 D'accord.

190

191 **P2 -**

192 Et puis, dernier point de vue, donc on a vu le thérapeute. On a vu, ah, est-ce qu'il y a des kinés ?
193 Et puis, les outils que peut utiliser le kinésithérapeute. Là, on est en train de faire... de finir une
194 étude, alors sur... vous savez en... dans l'équipe de recherche dont je m'occupe, là en ce
195 moment, on utilise des *serious game* pour, bon, stimuler. Et il y a une catégorie de *serious game*
196 qu'on appelle les *exergame* qui associent activités physiques et activités cognitives. Eh ben, il
197 y a un *exergame* dans lequel on a montré qu'il était efficace sur la motivation chez les sujets
198 âgés, mais là, on a eu l'idée de faire sur les sujets schizophrènes. Donc, si les kinés ont aussi
199 des outils, hein, qui sont... qui peuvent être spécifiquement adaptés à cette pathologie, peut-être

200 que ils seront... ils auront plus d'appétence. Le problème, c'est un peu comme les médecins,
201 c'est que y a pas assez de toubibs, donc....

202

203 **I -**

204 Super et du coup, voilà, vous me parlez d'outils concernant les kinés. Pour vous, quels seraient
205 les objectifs, du coup, par rapport à cette élaboration d'outils dans la prise en charge kiné ?

206

207 **P2 -**

208 Ben, dans la prise en charge kiné, ça dépend qu'est-ce que vous ciblez ? Si vous voulez cibler
209 le... la réalisation d'activité motrice et cognitive... Je vous dis, le jeu dont je vous parle là, ça le
210 fait très bien. Si je veux favoriser une action antidouleur ou relaxation, peut-être que vous avez
211 d'autres thérapies, d'autres moyens en kiné qui sont plus utiles, hein.

212

213 **I -**

214 OK. Donc, du coup, là, vous m'avez mis en exergue les différents freins que pourrait avoir la
215 prescription de kinés. Est-ce que vous voyiez certains leviers face à cette prescription ?

216

217 **P2 -**

218 Ben, les freins sont les leviers. C'est pareil, c'est-à-dire je peux tout retourner, hein. Je peux
219 dire : « Si jamais les psychiatres, hein, sont plus sensibilisés à l'importance des schémas
220 corporels, peut-être qu'ils vont plus prescrire. Si y a plus de kinés et qui sont plus intéressés par
221 ça, voilà. »

222

223 **I -**

224 Très bien. OK. Bon, ben, je pense qu'on a fait un peu le tour.

225

226 **P2 -**

227 Eh ben, c'est super. Donc, ce que je ferais c'est que je vous enverrai un ou deux liens, ben,
228 justement de ce jeu-là qui est en train d'être, hein, validé chez les sujets schizophrènes.

229

230 **I -**

231 Ah ouais, génial.

232

233 **P2 -**

234 Et puis je vous enverrai le truc de l'application quand ça sera fait, hein.

235

236 **I -**

237 C'est génial, super. Ben, écoutez...

238

239 **P2 -**

240 Ben, écoutez, passez une bonne journée.

Annexe 5 : Résultats de l'entretien 2

Entretien n°2			
Thème : Altération de la perception de la douleur chez les PAS			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Connaissances des psychiatres	Hypoalgésie	« parfois j'ai été amené à observer, ou les personnes l'évoquaient »	11-12
		« ils se brûlaient avec leurs clopes, puis il y avait rien qui se passait »	53
	Perte de sensibilités	« il y a une perte de certaines sensibilités » « des gens qui ont une façon sensorielle d'être avec dans l'existence qui est différente de celle de quelqu'un qui n'est pas schizophrène »	24 26-27
	Symptomatologie psychiatrique	« une perte d'initiative, une diminution d'intérêt et un émoussement affectif » « cette émotion affective, il a aussi sa partie sensorielle »	85-86 86-87
	Connaissances théoriques	« dis connexions au niveau cérébral qui peuvent toucher les systèmes sensoriels »	64-65
Préconisations	Interventions spécifiques	« interventions qui vont essayer de lutter contre cet émoussement, cette apathie » « relaxation » « hypnose »	94-95 145 151
		« expertise dans les domaines de la sensorialité » « je vous mettrais les psychomotriciens, les kinés, les orthophonistes parce que...sensorialité »	139 140-141
Pratiques professionnelles des psychiatres	Thérapie non médicamenteuse	« il y a des techniques d'atelier individuel ou en groupe qui peuvent être utiles » « mise en place d'atelier : art, les jeux, puis d'autres outils, d'autres médias »	97-98 114-115
	Thérapie médicamenteuse	« c'est bien de privilégier les traitements antipsychotiques » « prescrire le traitement médicamenteux adapté »	67 74
Thème : Bénéfices perçus de la Mkipie pour les PAS			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Amélioration de la conscience corporelle		« l'activité motrice était aussi très, très bonne pour le schéma corporel, et à partir de là, vous pouvez être utile »	173-174
Thème : Leviers à l'introduction de la Mkipie en SM en France			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Fondements scientifiques	Développement de données probantes	« si les kinés ont aussi des outils qui peuvent être spécifiquement adaptés à cette pathologie, peut-être qu'il auront plus d'appétence »	198-199
Facteurs liés aux PS	Sensibilisation des médecins	« si jamais les psychiatres sont plus sensibilisés à l'importance des schémas corporels, peut-être qu'ils vont plus prescrire »	128

Facteurs structurels	Augmentation du nombre des MK	« si y'a plus de kinés »	219
Thème : Barrières à l'introduction de la Mkipie en SM en France			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Facteurs liés aux médecins	Méconnaissance du rôle de la Mkipie en SM	« premièrement, au niveau des prescripteurs »	165
		« est ce que j'ai une base théorique dans lequel je considère que l'activité motrice est importante et utile »	166
Facteurs liés aux MK	Manque d'intérêt	« ...et qui sont intéressés par travailler avec des schizophrènes »	178
Facteurs structurels	Manque de personnel	« ça dépend du kiné »	177
		« il faut checker le nombre de kinés disponibles »	177
		« si je dois faire une prescription...ça va me limiter aussi »	184-185
		« le problème c'est un peu comme les médecins, c'est que y'a pas assez de toubibs, donc... »	199-200

Annexe 6 : Entretien psychiatre 3

I -

OK. Super, donc c'est bon, on peut commencer. Alors, il semblerait que la littérature montre l'existence d'une altération des perceptions corporelles dont notamment celle de la douleur avec une certaine hypoalgésie dans les pathologies somatiques chez les patients atteints de schizophrénie. Qu'est-ce que vous pouvez me dire à ce sujet ?

P3 -

Alors que je confirme.

I -

Oui.

P3 -

Très clairement, c'est devenu de la littérature de mon expérience clinique que la corporalité elle doit être altérée par différents phénomènes : d'abord la décompensation délirante avec notamment deux grands symptômes qui peuvent altérer la corporalité : d'abord tout ce qui est hallucination cénesthésique dans le cas du syndrome délirant. Et dans le cadre de la désorganisation comportementale, il peut avoir justement une difficulté dans la praxie etc., du fait de cette espèce de perte d'harmonie entre le discours, le comportement, et les émotions. Et concernant les aspects les plus précis de la douleur, effectivement c'est quelque chose sur lequel il faut être hyper attentif, parce que les patients ont tendance... en tout cas dans les phases de décompensation, pas quand ils sont stabilisés, hein, c'est pas du tout quelque chose que j'observe à distance d'une décompensation psychotique.

I -

D'accord.

P3 -

J'aurais plutôt même tendance à dire que dans les phases de décompensation psychotique ça se passe à peu près comme tout à chacun. Mais dans les phases où il y a 60 délires sur un syndrome de désorganisation très marqué, y a, oui effectivement, une absence de prise de considération du corps et un non-ressenti de la douleur qui peut amener à des situations dramatiques, hein. Des gens qu'on voit avec des accidents monstrueux, mais qui se plaignent pas, des gens qui vont faire des pneumopathies hyper graves, mais qui se plaignent même pas de, oui, d'être fatigués. Donc, non, moi ça je... C'est quelque chose que je retrouve dans la clinique et je regarde. Oui, les équipes de psychiatrie sont globalement assez bien formées, elles sont assez vigilantes.

I -

D'accord et, du coup, comment vous adaptez la pratique face à ça ? Par exemple l'évaluation ou même la prise en charge vous...

P3 -

Elle passe par, du coup, des examens cliniques très rigoureux. Chaque patient qui arrive, moi dans mon service, doit être examiné de la tête au pied dès son admission. Pour justement faire un bilan de santé et être sûr de ne pas passer à côté de quelque chose. On va pouvoir réitérer dans ma clinique même en l'absence de plainte fonctionnelle. Par exemple, si... Parce que j'ai

50 un service ou la durée moyenne de séjour ça... c'est 45 jours. Donc, vous voyez au bout de 30
51 jours, ben, généralement on les réexamine aussi. Et puis, évidemment, dès qu'on... Alors,
52 évidemment, si le patient se plaint de quelque chose, on va l'examiner de façon tout autant plus
53 rigoureuse, mais même en l'absence de plainte quand l'équipe infirmière s'aperçoit de quelque
54 chose, on fera toujours plus attention.

55

56 **I -**

57 D'accord. Très bien. Et du coup, face à ces troubles, est-ce que vous préconiserez des thérapies
58 non médicamenteuses par exemple? Et si oui, lesquelles ? Pourquoi ?

59

60 **P3 -**

61 Face à quels troubles ?

62

63 **I -**

64 Les troubles de perception, donc corporelle et notamment celle de la douleur. Les altérations
65 des perceptions.

66

67 **P3 -**

68 Alors, ouais. Alors, oui, je pense que la corporalité, notamment, dans la schizophrénie se voit
69 vraiment restaurée, hein, au travers des prises en charge du corps. Et ça, c'est quelque chose
70 qui est évident. On a la chance d'avoir une psychomotricienne dans le service et à qui on doit
71 vraiment, justement, on va indiquer des prises en charge en individuel de ces patients-là, qui en
72 plus de la prise en charge médicamenteuse. Voilà, je considère en tout cas dans ces
73 problématiques que le... la prise en charge médicamenteuse serait comme un préalable qui
74 permettrait, si vous voulez, au patient de suffisamment s'améliorer pour être, du coup, réceptif
75 à la thérapeutique non médicamenteuse, mais de lui permettre une meilleure... une petite
76 réorganisation à la fois psychique et pour pouvoir du contact qui, du coup, permet au patient
77 qui est complètement éclaté d'être, du coup perméable, à... enfin du moins accessible à la prise
78 en charge. Il y a aussi l'ergothérapeute qui, mine de rien, aussi avec ça...est plus accès sur la
79 praxie, mais fait aussi un réel travail.

80

81 **I -**

82 Je suis pas sure... J'ai l'impression que ça beug un peu la connexion. C'est bon, je vous revois.

83

84 **P3 -**

85 Voilà, ça y est. Je vous réentends là.

86

87 **I -**

88 Ah ! c'est bon. Bon, tant mieux. Je sais pas ce qui s'est passé. Ça y est vous m'entendez ?

89

90 **P3 -**

91 Vous m'entendez ?

92

93 **I -**

94 Ouais. Je vous entends et vous ?

95

96 **P3 -**

97 Ouais. C'est bon.

98

99 **I -**
100 OK, super.
101
102 **P3 -**
103 Ouais. Parfait.
104
105 **I -**
106 Donc, OK, vous m'avez parlé un peu de psychomotricité, ergothérapie. Et c'est vrai que dans
107 plusieurs pays, il y a la kinésithérapie qui est prescrite de façon plus standardisée qu'en France.
108 Que pensez-vous de... Enfin comment voyiez-vous l'introduction de cette profession dans votre
109 arsenal de prise en charge thérapeutique ?
110
111 **P3 -**
112 Alors, d'abord, il faut que vous sachiez que moi quand j'ai commencé y avait une kiné.
113
114 **I -**
115 Ouais.
116
117 **P3 -**
118 Dans mon service fermé.
119
120 **I -**
121 C'est vrai que souvent dans les hôpitaux y a, mais c'est vrai que par exemple... Voilà, en libéral
122 ou quoi que ce soit, c'est pas du tout prescrit de façon on va dire...
123
124 **P3 -**
125 Oui. Alors moi, à l'origine du service, il y avait mon kiné qui était là deux jours par semaine.
126
127 **I -**
128 Ouais.
129
130 **P3 -**
131 Et ici, le poste a été supprimé y a, je sais pas, c'était peut-être au tout début. Il y a peut-être 10
132 ans...
133
134 **I -**
135 Ah oui.
136
137 **P3 -**
138 ...que le poste a été supprimé, voilà.
139
140 **I -**
141 Comment ça se fait ?
142
143 **P3 -**
144 Les postes ont été... Ben, vous savez, c'est l'hôpital public, c'est le CHU, et du coup le poste a
145 été redistribué ailleurs. Peut-être que la rhumato en avait besoin et on n'est pas toujours très
146 prioritaire sur ces postes-là.
147

148 **I -**
149 OK.
150
151 **P3 -**
152 Mais du coup, alors, moi, je n'ai pas du tout, dans la pratique courante, il faut être très honnête,
153 quand... pour les patients en ambulatoire, j'ai absolument jamais, recours à la prescription de
154 kiné dans cette indication-là de prise en charge ambulatoire. C'est vraiment au sein de
155 l'institution. Par contre qu'on pourrait tout à fait imaginer que ça puisse être restauré en
156 complément, justement, de l'ergo, de la psychomotricienne...
157
158 **I -**
159 Mais, donc pour vous...
160
161 **P3 -**
162 Ça, ça serait incroyable.
163
164 **I -**
165 D'accord, et donc pour vous il y aurait des freins à cette standardisation un peu de cette prise
166 en charge en kiné ou même des freins, voilà, des freins, des leviers, différents objectifs ?
167
168 **P3 -**
169 Je pense qu'il y a plusieurs dimensions. Je pense que ces histoires de corporalité dans le cadre
170 de la désorganisation, donc dans... vraiment dans quelque chose de curatif de l'épisode aigu.
171 Ça, je pense que ça pourrait tout à fait être intéressant. Je pense que une autre indication, ça va
172 être aussi la prise en charge... enfin c'est quand même... Les schizophrènes sont quand même
173 des, globalement, des patients qui ont très peu accès aux soins somatiques, qui arrivent souvent
174 dans des situations extrêmement précaires sur le plan de la santé physique et pour lesquels, du
175 coup, l'hospitalisation va être vraiment l'occasion de reprendre, justement, tout ce qui ne va
176 pas, hein. C'est des gens qui ont une mauvaise hygiène de vie, qui n'ont pas de médecin
177 généraliste, etc. Et il est pas rare de se... de tomber sur des gens qui ont, du coup, ben, à ce
178 moment-là, un problème de dos, qui ont une fracture qui a jamais été bien consultée. Donc, il
179 y aurait aussi l'idée que ça pourrait aussi être un... L'institution... Le temps institutionnel
180 pourrait être un moyen de reprendre une habitude, vous voyiez, ou on prend soin de sa santé,
181 notamment de sa santé physique. Et du coup, le kiné pourrait aussi avoir un... une place là-
182 dedans. Après, y a aussi, et ça c'est une réalité, c'est des gens qui pour beaucoup ont un
183 syndrome métabolique, qui pour beaucoup sont très sédentaires, tabagiques, et donc avec une
184 espèce de truc à l'effort... ils sont complètement désynchronisés à l'effort. Et donc, l'idée de se
185 réinscrire, au-delà même des histoires de désorganisation corporelle, de se réinscrire dans les
186 activités, juste de bouger en fait. On va apprendre à bouger simplement, ça, c'est vraiment
187 intéressant. Et puis, dans la schizophrénie, y a aussi une étape où le kiné devrait être
188 indispensable, y a une complication de la schizophrénie qui s'appelle la catatonie, je sais pas si
189 vous connaissez ?
190
191 **I -**
192 Ouais, un peu.
193
194 **P3 -**
195 Mais la catatonie c'est tellement amarrée... y a une opposition à tout, hein. Avec des patients
196 qui vont jusqu'à ne plus parler, ne plus manger, ne plus boire, et évidemment ne plus bouger,
197 Et alors là, le soin kiné, il serait hyper indiqué. À la limite, dans ces cas-là d'ailleurs, en principe

198 on le demande aux kinés mais ils ne viennent quand même pas. Mais, voilà, du coup, la
199 psychomotricienne, elle travaille quasiment en temps complet dans le service quand on a un
200 patient comme ça.

201

202

203 **I -**

204 D'accord. Et du coup, pour vous, pourquoi on n'a pas la standardisation comme ça des
205 prescriptions ? Voilà, pour, par exemple, ces formes-là de schizophrénie, mais même plus
206 largement dans la santé mentale et la psychiatrie ?

207

208 **P3 -**

209 Je pense que y a un problème de moyen.

210

211 **I -**

212 Ouais.

213

214 **P3 -**

215 C'est évident. Qui fait que sinon, ben, les institutions on s'en priverait pas. Après, je vais être
216 honnête, hein, y a beaucoup de vos collègues qui, diplômés hein, qui sont pas fans à l'idée de
217 venir.

218

219 **I -**

220 Oui.

221

222 **P3 -**

223 Et donc, il y a cette histoire clairement de préjugés que les professionnels de santé peuvent avoir
224 eux-mêmes. Et du coup, une réticence de certains professionnels de santé à s'impliquer dans
225 cette problématique-là.

226 Parce que venir en service fermé de psychiatrie pour certains c'est très impressionnant. Y a
227 même des secrétaires qui travaillent dans mon... dans le bâtiment qui ne montent jamais
228 tellement elles ont peur. Alors que... Mais c'est uniquement sur de la stigmatisation et du
229 préjugé, hein, parce qu'il y a pas... On n'est pas des services violents.

230

231 **I -**

232 OK. Et du coup, si j'ai bien compris, vous m'aviez parlé, donc, voilà, plus ces thématiques de
233 problème au niveau perception de la douleur, donc chez les personnes décompensées. Quand
234 ils sont stabilisés, etc., même toujours sous traitement, on rencontre pas tellement ce type
235 d'altération ?

236

237 **P3 -**

238 Non, alors, je n'ai pas trop... J'ai la sensation que les choses reviennent plutôt à la norme, hein,
239 justement, en dehors des phases aiguës. Mais c'est... Alors, ça, sur le coup, c'est pas du tout
240 documenté. C'est ma... mon expérience clinique qui me le fait dire. Et non, j'ai pas
241 l'impression... Et là, vous savez, on dit toujours que les patients schizophrènes quand ils ont un
242 gros pépin de santé somatique, donc ils ont vraiment une maladie aiguë, quelque chose de grave,
243 ils ont tendance à aller mieux sur le plan psychiatrique.

244

245 **I -**

246 Ah ouais.

247

248 **P3 -**

249 Hein, ça, c'est quelque chose qui est vraiment décrit, alors là, sur le coup, dans la littérature.
250 Enfin, cette... Le fait que justement leurs souffrances prennent corps dans leurs corps, les choses
251 vont être en tout cas transposées et on sait que... Ben, on observe une meilleure organisation
252 psychique, une mise à distance des idées délirantes, et finalement quelque chose où ils vont
253 avoir des comportements plutôt plus adaptés. Mais, on les dirige vers le soin.

254

255 **I -**

256 OK.

257

258 **P3 -**

259 Du coup, oui, entre les phases, je verrais pas trop comment orienter les soins kinés entre les
260 phases de décompensation. Moi de mon point de vue.

261

262 **I -**

263 Ça marche. Bon, ben, je pense qu'on a fait, grosso modo, le tour.

264

265 **P3 -**

266 OK. Super

Annexe 7 : Résultats de l'entretien 3

Entretien n°3			
Thème : Altération de la perception de la douleur chez les PAS			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Connaissances des psychiatres	Hypoalgésie	« je confirme » « non ressenti de la douleur qui peut amener à des situations dramatiques »	10 34
	Absence de plainte douloureuse	« des gens qu'on voit avec des accidents monstrueux, mais qui s'en plaignent pas » « pneumopathies hyper graves mais qui se plaignent même pas »	35-36 36
	Altération perceptions corporelles	« corporalité elle doit être altérée par différents phénomènes » « absence de prise de considération du corps »	16-17 34
	Symptomatologie psychiatrique	« décompensation délirante » « hallucination cénesthésique » « désorganisation comportementale...difficulté dans la praxie » « perte d'harmonie entre le discours, le comportement, les émotions »	17 19 20 21
Pratiques professionnelles des psychiatres	Thérapie non médicamenteuse	« on a la chance d'avoir une psychomotricienne dans le service » « il y a aussi l'ergothérapeute »	70 78
	Thérapie médicamenteuse	« la prise en charge médicamenteuse serait comme un préalable qui permettrait...réceptif à la thérapeutique non médicamenteuse »	73-75
	Évaluation de la douleur	« des examens cliniques très rigoureux » « doit être examiné de la tête au pied dès son admission » « bilan de santé » « être sur de ne pas passer à côté de quelque chose » « généralement on les réexamine aussi »	46 47 48 48 51
	Vigilance accrue	« je regarde » « les équipes...assez vigilants » « effectivement c'est quelque chose sur lequel il faut être hyper attentif »	38 39 22-23
Thème : Bénéfices perçus de la Mkpie pour les PAS			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Amélioration de la santé physique	Capacités fonctionnelles	« moyen de reprendre en habitude, ou on prend soin de sa santé, notamment de sa santé physique »	180-181
		« le kiné pourrait avoir une place là-dedans »	181
		« de se ré-inscrire dans les activités, juste de bouger »	186

		« on va apprendre à bouger simplement, c'est vraiment intéressant »	186
		« kiné devrait être indispensable...catatonie »	188
		« le soin kiné il serait hyper indiqué »	197
Amélioration de la conscience corporelle		« je pense que la corporalité se voit vraiment restaurée au travers des prises en charge du corps »	68-69
Thème : Leviers à l'introduction de la Mkpie en SM en France			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Facteurs liés aux PS	Perception positive de la Mkpie en SM par les psychiatres	« on pourrait tout à fait imaginer sur ça puisse être restauré en complément, justement de l'ergo, de la psychomotricienne » « ça serait incroyable » « je pense que ça pourrait tout à fait être intéressant »	155-156 162 171
Thème : Barrières à l'introduction de la Mkpie en SM en France			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Facteurs liés aux MK	Réticence	« on demande aux kinés mais ils ne viennent quand meme pas » « qui sont pas fans à l'idée de venir » « préjugés que les professionnels de santé peuvent avoir » « réticence de certains professionnels de santé à s'impliquer dans cette problématique » « uniquement sur de la stigmatisation et du préjugé »	198 216 223 224 228
Facteurs structurels	Politique de la structure	« le poste a été supprimé » « c'est l'hôpital public » « le poste a été redistribué ailleurs » « peut-être que la rhumato en avait besoin et on n'est pas toujours très prioritaires sur ces postes-là »	131 144 145 145-146
	Financement limité	« il y a un problème de moyen » « c'est évident, qui fait que sinon les institutions on s'en priverait pas »	209 215
Facteurs liés au patient	Difficultés d'accès aux soins	« des patients qui ont très peu accès aux soins somatiques » « situations extrêmement précaires sur le plan de la santé physique »	173 174
	Mauvaise hygiène de vie	« gens qui ont une mauvaise hygiène de vie »	176

Annexe 8: Entretien psychiatre 4

I -

OK. Très bien. Bon, voilà, c'est bon, on peut commencer. Alors, du coup, j'ai pu lire dans la littérature qu'il existait une altération des perceptions corporelles, dont notamment celle de la douleur avec une certaine hypoalgésie lors de pathologie somatique chez les patients schizophrènes. Donc, que pouvez-vous me dire à ce sujet s'il vous plaît ?

P4 -

Ah ! Alors, du coup, une réflexion générale ou vous voulez... Peu importe ? Ce qu'on veut.

I -

Ce que vous voulez.

P4 -

Alors, c'est vrai que pour le patient schizophrène le fait qu'il soit, ben, du coup, en dehors de la réalité, c'est souvent les aspects somatiques, hein, même en général passe un peu à las. C'est pas des patients de toute façon qui vont chez leur médecin généraliste, donc on imagine que déjà il y a la maladie qui fait que, finalement, ils ne vont pas se soigner et aussi que peut-être y a une explication neurobiologique, que je ne connais pas d'ailleurs, sur le fait que, finalement, ils ont moins de ressentis par rapport à la douleur, moins de sensation corporelle même générale, hein, au-delà de la douleur, je dirais. Et que, voilà, les aspects, voilà, délirants, hallucinatoires vont parasiter finalement ça. Mais, voilà, peut-être, sur d'autres mécanismes neurologiques, encore une fois, je ne pourrais pas compléter là-dessus. Et ça serait intéressant de voir, j'irai même regarder après.

I -

Et du coup, ça, dans la pratique vous, vous l'avez déjà expérimenté ?

P4 -

Constaté ?

I -

Comment vous réagissez face à ça lors de la prise en charge par exemple ?

P4 -

Alors, pour les patients... Moi, je suis dans un service fermé avec des patients qui sont quand même assez lourds, qui sont très malades. C'est vrai que il y a un côté *nursing* qui est hyper présent, c'est-à-dire que... et pour tous, hein, les aspects somatiques, on fait beaucoup de préventions et on devance beaucoup les choses. On fait des examens cliniques très régulièrement, déjà parce qu'ils ont des médicaments qui sont... qui peuvent être mal tolérés, du coup on les examine. Et c'est vrai que, par exemple, pour les escarres, des choses comme ça, c'est pas des patients qui vont être dans la plainte. Donc, du coup, c'est vrai qu'on devance... on les devance par rapport à ça, on fait les soins avant même que eux ils nous aient demandés. Donc, y a vraiment ce côté en psychiatrie, très *nursing*, très *cocooning* où finalement ils vont être très encadrés sur tous les plans, hein, même je parle médical, mais aussi au niveau social, hein. Si... Alors, c'est des patients qu'on va protéger parce qu'ils sont vulnérables, donc ça, ça en fait partie. Donc les équipes sont très sensibilisées à ça et voilà. Je vous dis, on n'a pas de soucis parce que finalement on les prend bien en charge, sans vouloir être narcissique.

51 **I -**
52 Finalement, oui, vous avez pas tellement de retard diagnostique, par exemple de pathologie
53 somatique à cause de ce trouble ou...
54
55 **P4 -**
56 Non, c'est... Je réfléchis à quand même, mais...non. C'est vrai que on n'a pas trop de... Non, on
57 arrive à bien les prendre en charge, je vous dis, on fait souvent des examens, que ce soit des
58 examens cliniques ou des examens complémentaires très... assez complets quand même, du
59 coup on n'a pas trop de plaintes par rapport à ça.
60
61 **I -**
62 D'accord et du coup vos examens, ils sont assez standardisés ?
63
64 **P4 -**
65 On a des examens standardisés quand un patient arrive. Donc, il y a le bilan sanguin, voilà qui
66 est un peu toujours le même pour tous les patients avec plus ou moins des compléments en
67 fonction de leurs pathologies. Et on est obligé de leur faire un examen clinique, alors pas
68 seulement parce qu'on est médecin, mais aussi la loi nous oblige à faire dans les 24 heures un
69 examen clinique.
70
71 **I -**
72 D'accord.
73
74 **P4 -**
75 Donc, du coup, ça, c'est ce qui fait aussi que, voilà, on est obligé, on peut pas passer à côté des
76 choses, quoi.
77
78 **I -**
79 D'accord. Donc, bon, quand même on se rend compte que ce trouble, il est quand même acté.
80
81 **P4 -**
82 Ouais.
83
84 **I -**
85 Donc, même si y a tout le côté prévention que vous m'avez parlé, est-ce que vous connaissez
86 des prises en charge de ce trouble par exemple ? Pour essayer qu'ils aillent mieux face à ça que
87 ce soit au niveau...
88
89 **P4 -**
90 Le trouble... Vous voulez dire pour les douleurs ?
91
92 **I -**
93 Le trouble des perceptions. Que ce soit corporel en général, mais dont...
94
95 **P4 -**
96 Ouais.
97
98 **I -**
99 ...aussi celui de la douleur, que ce soit ...
100

101 **P4 -**
102 Ouais.
103
104 **I -**
105 ...médicamenteux ou même non médicamenteux. Ou est-ce qu'il y a quelque chose qui se fait
106 ou non ?
107
108 **P4 -**
109 Quand on parle de troubles de la perception corporelle, c'est peut-être un peu différent que pour
110 vous, mais on a des patients sur des aspects délirants, il se trouve ce qu'on appelle la
111 dysmorphophobie avec une altération de la perception corporelle. Là, j'en ai un dans mes
112 patients, dans le service. C'est un patient sur des événements très délirants et hallucinatoires, il
113 a... c'est plus l'image de soi que des sensations. Sur les sensations, c'est vrai que nous c'est
114 compliqué parce qu'on va parler vite d'hallucinations cénesthésiques ou sensorielles, hein, que
115 ça soit intrapsychique ou psycho sensorielle.
116
117 **I -**
118 Ouais.
119
120 **P4 -**
121 Donc, des altérations, j'ai du mal à faire un peu la différence par rapport à ce que vous vous
122 cherchez peut-être.
123
124 **I -**
125 Maintenant, c'est vrai que c'est vraiment en général au niveau des sensations de la perception
126 corporelle. C'est vrai que l'image de soi, etc., ça rentre en compte. Et c'est vrai que dans la
127 littérature c'est assez flou comme vous avez parlé des éléments neurophysio, c'est vrai que c'est
128 encore assez flou dans vraiment ce qui est fait. Mais je parlais plus, voilà, la prise en charge de
129 ces troubles. Qu'est-ce que vous allez vous préconiser ? Ou est-ce que justement y a... En
130 pratique c'est pas tellement pris en charge. C'est vraiment un état des lieux.
131
132 **P4 -**
133 Quand il y a des douleurs ou des sensations...
134
135 **I -**
136 Alors, au niveau corporel des altérations.
137
138 **P4 -**
139 OK. Ben, alors, on a quand même...
140
141 **I -**
142 Au niveau des sensations.
143
144 **P4 -**
145 ...une psychomotricienne aussi. Donc, qui va aussi beaucoup les prendre en charge en fonction
146 des aspects : troubles de la marche, etc., parce que je pense que c'est des patients qui vont avoir
147 avec du fait des traitements aux effets secondaires. Et après, c'est vrai que pour tout ce qui va
148 être hallucinatoire, etc., ouais donc sur des aspects médicamenteux, et finalement assez peu sur
149 des prises en charge de type peut-être kiné parce que déjà on n'a pas le kiné dans le service.
150 Donc ça, c'est vrai que c'est dommage parce que pour certains patients, ça serait une bonne

chose. Mais c'est vrai que ça ne va pas aller très loin finalement. Ça va pas être quelque chose qui va être beaucoup pris en charge, si ce n'est quand c'est délirant ou hallucinatoire, où là, effectivement, on va revoir les thérapeutiques médicamenteuses. On va mettre des correcteurs, par exemple, pour un cas difficile où finalement les patients ils ont des effets secondaires importants. Et là, on va corriger. Et c'est vrai que sur le... les aspects douloureux ça va être assez médicamenteux, hein.

I -

Oui. OK. Très bien. Donc, du coup là, vous m'avez un peu parlé de la kiné.

P4 -

Ouais.

I -

C'est vrai que la kiné n'est pas prescrite de façon standardisée, du coup, donc en France. Donc, pour les troubles de la santé mentale en général, mais là, dont notamment pour la schizophrénie et c'est vrai contrairement à d'autres pays. Dont par exemple, les pays scandinaves, et du coup comment voyiez-vous l'introduction, on va dire, de cette profession à votre arsenal de prise en charge ?

P4 -

Eh ben, comme une aide, hein, comme un complément. De toute façon, si... C'est ce que je dis, je dis toujours un peu les mêmes choses, mais c'est des patients qui sont tellement mis de côté, déjà du fait de la stigmatisation pour la maladie que, finalement, quand ils ont eu eux-mêmes des blessures ou ils ont eu des accidents, ils ont pas été bien pris en charge. On voit parfois... Des fois, ils ont, voilà, une spasticité ou des choses comme ça qui n'ont pas été prises en charge. Et c'est vrai que ça joue beaucoup sur la stigmatisation le fait qu'ils soient précaires, parce que forcément s'ils ont eu un accident, ben, il y a des mouvements qu'ils ne peuvent pas faire, et du coup ils vont être mis de côté. Donc, moi, je vois vraiment les kinés comme un complément. Nous tout de toute façon, tout acteur de santé en psychiatrie est le bienvenu parce qu'il y a beaucoup de choses à faire. Donc, oui, si elle veut intervenir on est... Mais je... On en avait fait un temps, mais c'est vrai qu'on en... Nous, on a plutôt une psychomotricienne avec des objectifs plus spécifiques.

I -

D'accord. Mais du coup, pour la profession kiné, est-ce que vous verrez, voilà, des potentiels freins, du coup, à cette introduction vraiment plus standardisée ? C'est vrai que c'est pas courant de dire « kiné » pour les pathologies psychiques ou... enfin ou même psychiatriques.

P4 -

Ouais. Après, si, par rapport à la perception corporelle peut-être que en travaillant le mouvement, les patients auront... parce que ça, c'est connu, hein, chez les schizophrènes qu'ils aient une mauvaise coordination, qu'ils aient des troubles un peu dys, dyspraxies, etc. avec une mauvaise coordination droite-gauche, etc. Ça, on le voit bien. Donc, oui, ça, ça pourrait aider. Mais c'est vrai que par rapport à la psychomotricité c'est ce qu'elle fait déjà. Est-ce que ça peut rentrer en complément ? Ça, je vous avoue, je ne connais pas assez bien les deux métiers pour vous dire.

199 **I -**
200 Alors, moi, je ne connais pas psychomotricien, mais c'est vrai que ça se rejoint sur pas mal de
201 choses, mais...
202
203
204 **P4 -**
205 En tout cas, il y a un travail sur le mouvement qui...
206
207 **I -**
208 Ouais.
209
210 **P4 -**
211 ...peut-être important et qui est très souvent altéré, non seulement sur, voilà, la perception
212 corporelle comme vous disiez, mais aussi sur vraiment les aspects hallucinatoires...et ça
213 permettrait peut-être aussi de diminuer le fait d'augmenter les doses médicamenteuses.
214
215 **I -**
216 Ouais.
217
218 **P4 -**
219 Ça, je sais pas peut-être qu'il y a des études là-dessus, mais c'est pas impossible.
220
221 **I -**
222 D'accord, et du coup, comme ce n'est pas fait en France, est-ce que vous, vous demandez, voilà,
223 les potentiels freins à tout ça ? Vous m'avez parlé qu'il y avait pas de kiné, du coup, donc ça,
224 ça en serait peut-être un.
225
226 **P4 -**
227 Ben, faut... Les freins je pense que c'est déjà est-ce que le kiné est intéressé par ça. Faut partir
228 de la base, parce que je connais quelques kinés quand ils parlent des patients psys, c'est des
229 patients qui sont lourds, qui sont pas forcément motivés, qui sont pas demandeurs. Parce que
230 généralement, j'imagine que les... la patientèle pour les kinés, c'est souvent des gens qui sont
231 demandeurs, qui sont plutôt insérés.
232
233 **I -**
234 Ça dépend, mais...
235
236 **P4 -**
237 ...des personnes âgées, mais bon qui sont quand même demandeurs. Nous... Je suis dans un
238 service fermé, donc forcément ils n'ont pas envie d'être là, déjà. Donc, ça peut... Ça, ça peut
239 être un frein c'est... Le frein c'est peut-être les kinés qui sont pas très intéressés par ça... par ces
240 pathologies. Et de l'autre côté, peut-être ces patients-là qui sont pas intéressés ou qui ont trop
241 de symptômes, trop de déficits pour, justement, prendre en charge ça. Et c'est peut-être pas
242 aussi une priorité pour les patients. Donc, ça, c'est les freins... Alors je sais pas si je réponds
243 bien à la question, mais c'est un peu comme ça que je vois les choses.
244
245 **I -**
246 Ouais. Ça en fait partie, et donc, du coup, vous en tant que prescripteur...
247
248 **P4 -**

249 Ouais.

250

251 **I -**

252 ...en sachant qu'il y ait pas trop de kinés, par exemple, à qui donner vos patients, ça vous limite
253 dans...

254

255 **P4 -**

256 Ah ben oui. Y a personne c'est... Je vous dis, il fut un temps y avait des... y en avait un et c'est
257 vrai que c'était, je sais plus, y a quatre-cinq ans, on se disait : « On fait plus de prescriptions,
258 hein, y a personne qui va passer. » Du coup, c'est vrai que c'est sorti de notre champ de
259 prescription, et du coup on se réoriente vers la psychomotricienne, qui elle pour le coup passe
260 toutes les semaines et fait un travail régulier que ce soit en individuel ou en groupe. Donc, oui,
261 du coup, ça a déréglé ma participation aux motricités.

262

263 **I -**

264 Ça marche. OK. Bon, je pense qu'on a fait le tour.

265

266 **P4 -**

267 D'accord.

Annexe 9 : Résultats de l'entretien 4

Entretien n°4			
Thème : Altération de la perception de la douleur chez les PAS			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Connaissances des psychiatres	Hypoalgésie	« ils ont moins de ressentis par rapport à la douleur »	21
	Altération perceptions corporelles	« moins de sensation corporelle même générale » « dysmorpho-phobie avec une altération de la perception corporelle »	21 111
	Absence de plainte douloureuse	« pour les escarres, des choses comme ça, c'est pas des patients qui vont être dans la plainte »	42-43
	Symptomatologie psychiatrique	« il y a la maladie qui fait que » « les aspects délirants, hallucinatoires vont parasiter finalement ça »	19 22
Pratiques professionnelles des psychiatres	Thérapie non médicamenteuse	« on a une psychomotricienne aussi » « on n'a pas le kiné dans le service »	145 149
	Prévention	« on fait beaucoup de prévention et on devance beaucoup les choses » « on les devance...soins avant même que eux ils nous aient demandés » « ils vont être très encadrés sur tous les plans » « c'est des patients qu'on va protéger »	40 44 46 47
	Évaluation de la douleur	« on fait des examens cliniques très régulièrement » « on les examine » « examens standardisés quand un patient arrive » « on est obligé de leur faire un examen clinique »	40-41 42 65 67
Thème : Bénéfices perçus de la Mkipie pour les PAS			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Amélioration de la santé physique	Capacités fonctionnelles	« travaillant le mouvement » « mauvaise coordination » « troubles dys »	192 193 193
Amélioration de la conscience corporelle		« c'est plus l'image de soi »	113
Thème : Leviers à l'introduction de la Mkipie en SM en France			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Facteurs liés aux PS	Perception positive de la Mkipie en SM par les psychiatres	« c'est vrai que c'est dommage parce que pour certains patients ça serait une bonne chose »	150
		« comme une aide, comme un complément »	172
		« je vois vraiment les kinés comme un complément »	179
		« tout acteur de santé en psychiatrie est le bienvenu parce qu'il y a beaucoup de choses à faire »	180
		« ça permettrait peut-être aussi de diminuer le fait d'augmenter les doses médicamenteuses »	213

Thème : Barrières à l'introduction de la Mkipie en SM en France			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Facteurs liés aux MK	Manque d'intérêt	« peut-être les kinés qui sont pas très intéressés par ça »	239
Facteurs liés au patient	Manque de motivation	« patients qui sont lourds, qui sont pas forcément motivés, qui sont pas demandeurs »	229
		« ils n'ont pas envie d'être là »	238
		« peut-être ces patients-là qui sont pas intéressés ou qui ont trop de symptômes, trop de déficits pour, justement, prendre en charge ça. Et c'est peut-être pas aussi une priorité pour les patients »	240-242
Facteurs structurels	Manque de personnel	« on fait plus de prescriptions, il y a personne qui va passer »	258

Annexe 10 : Entretien psychiatre 5

I -

J'ai pu lire dans la littérature qu'il existait une altération des perceptions corporelles dont notamment celles de la douleur avec une certaine hypoalgésie lors de pathologies somatiques chez les patients atteints de schizophrénie. Que pouvez-vous me dire à ce sujet s'il vous plaît ?

P5 -

Je peux vous dire que dans un certain nombre de situations, euh, et en fonction de la phase de la maladie, si c'est une phase aiguë ou une phase chronique et du sous-type de schizophrénie, car il y a plusieurs sous-types, il peut y avoir en effet des troubles de la perception qui peuvent aussi impacter la perception de la douleur avec aussi une hypoalgésie, une hyperalgésie, c'est en fonction de la situation, mais en tous cas les patients schizophrènes en moyenne communiquent d'une façon particulière sur leur état somatique, y compris au niveau du circuit de la douleur, ce qui fait que le diagnostic peut être plus complexe donc ça peut ressortir pas forcément comme une douleur, mais avec d'autres symptômes plutôt psychosomatiques. Mais la réalité c'est bien une douleur, c'est juste une autre perception on va dire comme ça.

I -

D'accord. Et du coup, vous me parlez là de diagnostic qui pouvait être difficile, ça se rencontre dans votre pratique ?

P5 -

Tout à fait, car déjà une phase aiguë, par exemple bouffées délirantes d'un patient déjà connu pour schizophrénie forcément, de base il a une altération de la perception y compris corporelle et donc de circuit et de la douleur et d'autres sensibilités, tactiles, etc. voilà. Et qui rentrent parfois dans le, dans le trouble de la perception, les hallucinations notamment. Y a néanmoins d'autres patients qu'ont pas forcément typiquement que des hallucinations, mais d'autres symptômes, ça peut être des délires plus ou moins systématisés ou ce qu'on appelle symptômes négatifs de la schizophrénie donc apathie, aboulie, anhédonie, donc une perte de plaisir et donc c'est surtout ces patients où on peut constater des difficultés de perception et de communication de leur état douloureux. Donc dans la phase aiguë c'est plutôt une altération en soi bien en état de crise, un patient plus chronique même pas forcément en crise a, de base, une différente perception aussi de la douleur qui est communiquée différemment avec ce qu'on appelle des symptômes psychosomatiques ou pas parfois vraiment ça peut être une exagération des symptômes, par exemple le patient peut dire qu'il a une douleur cardiaque sans forcément avoir d'infarctus par exemple. Mais c'est pour communiquer l'angoisse par exemple. Parfois, il y a une absence de perception, un patient peut avoir l'impression d'une occlusion, il va pas vous dire qu'il a une douleur au niveau intestinal. Donc l'évaluation est plus complexe et donc ça va être plus des professionnels en fait. Soit c'est les soignants qui nous alertent en fonction de la sémiologie et de la clinique.

I -

D'accord et du coup vous avez un examen clinique plus spécifique euh quand par exemple ils ne décrivent pas de douleurs, comment vous faites pour diagnostiquer tout ça ?

47 **P5 -**

48 Dans cet hôpital, en tous cas, nous avons l'opportunité d'avoir déjà un examen psychiatrique
49 complet par le psychiatre qui est bien entendu un médecin du corps, comme je dis toujours.
50 Dans un autre hôpital, différemment d'autres hôpitaux, il y a aussi des médecins généralistes.

51
52 **I -**

53 Oui.

54
55 **P5 -**

56 Pour chaque unité, il y a un généraliste affecté donc quand il y a un problème psychosomatique
57 soupçonné comme ça peut être chez les schizophrènes avec des symptômes qu'on arrive pas à
58 décrypter, on fait appel, bon avec nos activités importantes... si c'est une urgence tout de suite,
59 sinon dans la journée au moins, à des confrères généralistes présentés au niveau sémiologique
60 pour une visite classique médicale. Ça va être l'abdomen, le thorax, etc., et c'est là qu'avec ces
61 signes et/ou symptômes, ils peuvent constater ou alerter d'autres cliniques avec des examens
62 complémentaires demandés, des bilans biologiques, ça peut être un scanner, un ASP, voilà, etc.
63 donc une radio, des examens plus poussés si y a un soupçon, ça peut être de l'occlusion, si y a
64 un soupçon de trouble du rythme, etc. au niveau bien sûr de la sémiologie et plutôt
65 neurologique.

66
67 **I -**

68 D'accord, très bien. Du coup, vous faites beaucoup d'examens cliniques, mêmes des examens
69 complémentaires dans l'évaluation... ok. Très bien. Et du coup, une fois que vous avez fait cet
70 examen clinique et que vous avez même détecté des altérations des perceptions corporelles ou
71 de la douleur, quel type de prises en charge, que ce soit médicamenteuses ou non
72 médicamenteuses, mettez-vous en place ?

73
74 **P5 -**

75 Déjà on va identifier la problématique de douleur et dès cette opération, au niveau soignant, on
76 a des échelles de la douleur qui sont administrées comme Algo plus par exemple, ils peuvent
77 déclencher voilà l'intensité de la douleur perçue.

78
79 **I -**

80 Ouais.

81
82 **P5 -**

83 Vu qu'on parle d'un patient qui peut avoir un souci et des difficultés de communication de sa
84 douleur réelle et de sa douleur perçue, liée aux troubles de la perception, ça fait sous-estimer
85 ou surestimer ça dépend en fait du patient. Dans un sens ou dans l'autre. Une fois que la douleur
86 a été mise à l'évaluation et diagnostiquée par un confrère somaticien ou un psychiatre, bien sûr
87 il y a aussi un traitement qui est mis en place en fonction de la cause identifiée.

88
89 **I -**

90 Oui.

91
92 **P5 -**

93 Ça peut être soit au niveau somatique, soit au niveau psychiatrique que ça peut être un
94 traitement qu'il faut revoir quand il y a des traitements psychotropes qui peuvent être aussi à
95 l'origine d'effets secondaires qui peuvent engendrer des autres problèmes. Par exemple, un
96 patient qui peut être surdosé en certain traitement pourra avoir des interactions

médicamenteuses. Il aura ce qu'on appelle une charge atropinique plus importante donc y a plus de risques de faire un globe, voilà, vésical, etc. Dans une situation de ce type, on peut revoir des traitements, switcher avec d'autres qui sont plus...maîtrisés qui mettent plus en sécurité le patient et qui sont plus pertinents suite à cette réévaluation globale psychique et somatique.

I -

D'accord.

P5 -

Et pour la douleur, s'il a asthme, voir le somaticien qui peut prescrire un traitement adapté comme de droit pour le patient, pour la douleur, même s'il est sous-estimé voilà. Il peut donner un traitement qui a moins de, comment dire, moins d'interactions possibles avec les psychotropes. Mais voilà, un traitement est souvent prescrit comme, la douleur c'est en tous cas une priorité clinique, c'est l'indicateur premier d'ailleurs.

I -

Et du coup, donc là vous m'avez parlé des thérapies médicamenteuses. Est-ce que vous mettez en place des thérapies non médicamenteuses pour pallier ce trouble ?

P5 -

Alors, tout à fait. Dans notre hôpital, on va dire dans nos services, en tous cas les services que je gère, donc l'unité, mais j'ai aussi le pôle de réhabilitation, on peut trouver de la réhabilitation psycho sociale qui est proposée à tous les services. Vous avez justement une prise en charge pas que médicamenteuse pour chaque patient. Ça peut impliquer aussi des patients qui ont aussi des douleurs. Pour le traitement de la douleur de façon spécifique, nous avons comme dans tous les hôpitaux un CLUD, un comité de lutte contre la douleur qui peut proposer des thérapies alternatives. Par exemple, une des choses qui est proposée c'est la musicothérapie.

I -

Oui.

P5 -

Et donc nous proposons à tous les patients qui auront besoin après une évaluation souvent du médecin psychiatre, du somaticien, car c'est le somaticien qui gère souvent le CLUD avec aussi les psychologues qui sont dans le comité. Par exemple, y a la musicothérapie. D'autres thérapies alternatives seraient connues, pas forcément pour la douleur, mais en tous cas pour le traitement des thérapies non médicamenteuses pour les patients avec des troubles psychiques et aussi des schizophrénies, c'est par exemple l'art-thérapie. Dans mon expérience, on va dire, j'ai constaté que les patients avec ou sans douleur, ça peut en tout cas baisser le seuil de perception de certains états psychosomatiques, y compris de la douleur, de par l'expression, on va dire, à travers leur corps, le geste créatif de leur psychopathologie, avec un apaisement psychique qui parfois impacte aussi sur d'autres modes perceptifs de douleur, tactile, voilà. Ça peut être une hypersensibilité acoustique, etc. Donc la musicothérapie qui est d'ailleurs reconnue vraiment comme thérapie non médicamenteuse, je pense à art-thérapie. Ils proposent aussi ce qu'on appelle le casque virtuel, c'est en étude en cours, une thérapie des méthodes casque virtuel, par exemple avec avec des scénarios, le patient peut faire des choix, des scénarios apaisants, beaucoup de relaxation, ça provoque une détente corporelle et moins de tensions physiques et psychiques et donc ça baisse aussi le seuil aussi de la douleur. Certaines douleurs en psychiatrie sont associées aussi aux tensions psychiques et somatiques avec voilà des contractures

musculaires, des spasmophilies, etc. Donc ça impacte aussi sur la douleur. Voilà. Qui peut éviter des prescriptions par exemple des médicaments contre les spasmes voilà donc. Ça fait partie de la version globale de la douleur indirectement on varie sur l'impact, c'est vraiment la relation globale, surtout en psychiatrie. D'autres thérapies c'est des groupes de parole, groupes de relaxation qui sont effectués dans plusieurs unités voilà.

I -

Ok. Très bien. Et du coup, parmi les thérapies non médicamenteuses, c'est vrai qu'il existe la massokinésithérapie. Cependant, contrairement à d'autres pays, la kiné n'est pas prescrite de façon standardisée en France pour les troubles de la santé mentale en général. Donc vous, comment voyez-vous l'introduction de cette profession à votre arsenal thérapeutique de prise en charge ? Existe-t-il différents freins ou leviers selon vous en France ?

P5 -

De par mon expérience, de par on va dire ma vision un peu de la psychiatrie, qui est une vision qui doit impliquer pas que la psy mais aussi sur le corps, car nous sommes professionnels de la globalité de l'état de santé du patient qui d'ailleurs implique aussi le volet social et culturel. C'est plus complexe que ça. Euh, tout part de, tout symptôme d'un patient schizophrène part vraiment d'une différente perception de son corps. Donc la première chose que je dirais c'est que le corps doit reprendre sa centralité dans l'écoute du patient avec des troubles psychotiques, des schizophrénies. Moi j'appelle les schizophrénies, car il y en a plusieurs et chaque patient est différent. Et chaque patient de par son corps, sa corporalité exprime différemment ce qu'il ressent dans sa psyché et il l'exprime de façon individuelle. Néanmoins il y a une grosse partie, comment dire, de signes, de symptômes qui sont exprimés que se réfèrent vraiment euh à des signes corporels tels que je répète aux tensions psychiques, parfois y a des troubles de la marche aussi, il faut pas oublier que nous avons des traitements qui parfois provoquent un genre de par exemple, de symptômes pseudo-parkinsoniens. Et là je vois aussi l'intérêt d'une participation de votre profession à ce sujet. Donc pour moi en tout cas, on peut pas s'en passer en 2021, de ça, dans l'arsenal thérapeutique. La massokinésithérapie, elle pourrait à mon sens soit être pertinente par rapport au patient, les contacts avec son corps, ça pourrait faire baisser aussi ce niveau de disperscription, de manque de contact avec la réalité. Soit c'est demandé souvent par les patients, soit c'est le soignant qui nous le demande et à part lui, on va dire, y a des symptômes qui vont s'exprimer et qui souvent sont sous-estimés par nos psychiatres. L'examen peut durer 20-30 minutes, mais on voit pas tout le temps la globalité et surtout dans l'hôpital où c'est le somaticien qui gère beaucoup l'aspect somatique, on a perdu un peu, en tant que psychiatre, le contact avec le corps des patients, pendant la visite classique, etc. Donc c'est pertinent de façon globale dans l'aspect pratique et ce serait surtout pertinent au niveau scientifique. Ca j'insiste car nous sommes avant tout des scientifiques. Et au niveau scientifique je pense qu'il y a des études dans d'autres pays, on ne peut pas ne pas penser à ça. Et surtout ça ferait du bien à notre patient. On est là pour notre patient. « Primum non nocere » comme on dit, ça fait pas de mal, mais en plus ça fait du bien au niveau scientifique, y a des études qui le démontrent et moi je suis tout à fait partant par rapport à ça. Et une dernière chose, si je peux me permettre, à mon avis, la massokinésithérapie pourrait avoir un effet bénéfique de par ses techniques on va dire, c'est une profession technique, mais surtout ça pourrait potentialiser les autres prises en charge de la science thérapeutique. C'est-à-dire qu'un patient qui peut bénéficier de techniques standardisées et avec évidemment des études cliniques de recherches par rapport au travail effectué avec lui, verra peut-être ensuite la douleur baisser donc moins de traitement d'un côté, peut-être il aura besoin de moins de séances, je dis pas de relaxation ou des séances de relaxation orientées de façon complémentaire à votre travail. Ou ça pourrait être complémentaire à l'autre travail fait parfois par des éducateurs sportifs qui nous demandent parfois d'avoir une

197 complémentarité pour éviter une dispense de tâche. Donc ça a un intérêt au niveau déjà de
198 qualité de soins que le patient bénéficierait. Le patient aurait peut-être moins de traitement, ça
199 c'est une étude qui pourrait le dire éventuellement. Et cette complémentarité pourrait
200 potentialiser tout ça. Donc on sait très bien qu'en psychiatrie surtout euh c'est
201 multidisciplinaire. Donc c'est un peu comme les thérapies, on va dire un effet sur une partie de
202 la prise en charge peut avoir un effet beaucoup plus large que ce qu'on peut imaginer que la
203 prise en charge kiné toute seule. Mais si elle est associée à l'éducateur sportif, à l'art-thérapie,
204 aux traitements, etc. Ça pourrait aussi avoir un impact beaucoup plus grand que ce qu'on peut
205 imaginer, c'est pas l'addition des résultats, mais la multiplication. Je pense que toutes les études
206 le disent en fait. Ça, c'est mon point de vue.

207

208

209 **I -**

210 D'accord, du coup si j'ai bien compris, pour vous cette introduction de la kiné est quand même
211 pertinente, mais c'est vrai qu'en France, comme vous je vous ai dit, c'est pas fait de façon
212 standardisée. Du coup, pour vous, quels sont les freins en fait à ça aujourd'hui ?

213

214 **P5**

215 Allo ?

216

217 **I -**

218 Oui vous m'entendez ?

219

220 **P5 -**

221 Ça a coupé quelques secondes.

222

223 **I -**

224 Ah.

225

226 **P5 -**

227 Ça a coupé pendant quelques secondes seulement.

228

229 **I -**

230 Vous voulez que je répète ou vous m'avez entendue ?

231

232 **P5 -**

233 Vous étiez en train de dire qu'en France c'est pas encore reconnu, etc.

234

235 **I -**

236 Ba voilà. Donc c'est vrai que voilà. Pour vous c'est pertinent, mais comme je vous ai dit donc
237 ce n'est pas encore reconnu et fait de façon standardisée parce que nous en kiné, on a besoin
238 d'une prescription médicale afin de prendre en charge des patients. Du coup, qu'est-ce qui pour
239 vous limite cette introduction à la kiné en santé mentale ?

240

241 **P5 -**

242 À mon sens, comme pour les autres domaines en psychiatrie, il y a deux facteurs. Un facteur
243 interne à nos professions toutes comprises psychiatres, soignants, etc. Il y a notre formation qui
244 en tout cas n'est pas homogène surtout au niveau soignants... c'est une question de culture en
245 fait, de formation. Tout simplement, c'est une méconnaissance du sujet dans la formation, je
246 pense. On n'a parfois jamais évoqué tout simplement cette possibilité. Par contre, d'autres

études au moins dans d'autres pays prouvent que c'est quelque chose qui ferait du bien pour nos patients. Donc faute de formation en amont, donc une ignorance du sujet tout simplement et une résistance culturelle à mon sens qui est liée aussi au fait qu'on n'en parle pas tout simplement. Ça va avec aussi, c'est pas forcément la stigmatisation comme pour d'autres sujets, mais souvent un patient en psychiatrie c'est comme s'il n'avait pas droit à l'éventail de prise en charge qu'ont les autres patients. La kinésithérapie à mon avis est vécue comme quelque chose presque élitaire en fait voilà. Comme une prise en charge presque, comment dire, presque luxueuse, permettez-moi le terme, c'est pour comprendre. Qui est réservé seulement à une certaine patientèle... voilà. Et donc il n'y a pas de réflexe. Moi je n'ai que des patients en psychiatrie schizophrène qui sont dans la précarité etc. qui puissent en bénéficier... juste d'imaginer un jour qu'ils puissent sortir aller voir un kiné. J'imagine même pas. Et comme on imagine même pas, ça, c'est une réalité malheureusement, souvent ils ont une difficulté d'accès aux soins...aux somatiques simples. Donc là je pense aller voir généraliste. Donc, figurez-vous aller voir un kiné. On a beaucoup de confrères qui pour des raisons culturelles malheureusement peuvent être amenés, euh pas forcément à refuser... je me permets de dire ça, mais ça arrive aussi, d'avoir une résistance d'accepter de passer en cabinet un patient schizophrène chronique par peur de problèmes d'hygiène, problèmes autres, etc. avec d'autres, comment dire, clients qui ont pas ce problème on va dire. C'est un problème qu'on va dire c'est connu, on en parle pas pour x raisons, mais ça arrive dans les faits les patients psychiatriques ont moins d'accès aux soins somatiques surtout en milieu ouvert, pas milieu hospitalier.

I -

Ouais.

P5 -

D'eux-mêmes, ils nous demandent pas d'ailleurs, il faut dire la réalité. Même quand ils ont rendez-vous, ils n'y vont pas souvent. Mais il y a aussi une résistance culturelle de la population et aussi au niveau des différentes professions. Donc imaginez aussi la kinésithérapie avec cette association tout simplement, c'est déjà la difficulté de défendre l'accès des soins somatiques. C'est vraiment un niveau de qualité qui n'est pas réfléchi. Et ça, c'est un problème en fait. Surtout pour un pays moderne comme la France, à mon sens quoi. Il y a deux facteurs comme je vous ai dit, de formation et culturel.

I -

D'accord. Et du coup, qu'est-ce qu'on pourrait faire pour pallier à tout ça, pour que la kiné rentre dans les mœurs ?

P5 -

À mon sens, il y a deux choses à faire. Un facteur tout simplement c'est via votre processus de formation en massokinésithérapie de faire des demandes d'intégration, d'écoute, de proposer des cours de formation aux internes en psychiatrie. Il y a d'autres spécialités aussi. Par exemple, médecine dentaire, les urgentistes, etc. toutes les autres professions médicales, mais moi pour les internes en psychiatrie. Par exemple pour les cours de psy, pour les soignants, les cours infirmiers. Deuxième option c'est une médiatisation tout simplement auprès par exemple du Conseil de l'Ordre des médecins. Je ne suis pas sûr là que vous ayez le conseil des infirmiers à jour, ça peut être aussi les psychologues aussi. Parfois les patients sont souvent des personnes déprimées, avant de voir un psychiatre ou un généraliste, voient un psychologue donc certaines thérapies, la psychothérapie soit reconnue. Pourtant, avec les traitements, on voit certains symptômes de dépressifs. Donc le conseil de l'ordre avec des rencontres, par exemple, ça peut

297 être auprès de la mairie. Il y a présence d'une instance qui n'est pas trop connue, c'est le conseil
298 local de santé mentale qui à Nice est très représenté d'ailleurs. Et à travers d'autres organismes
299 en fait, c'est un manque de communication et d'information de certains organismes. Voilà, avec
300 des affiches. Avec de la publicité, des articles dans les journaux locaux, etc. Voilà.
301 Médiatisation, pour que ça arrive aux oreilles voilà. Avec un niveau de preuves scientifiques
302 qui soit important. Voilà, etc.

303 **I -**

304 Ok.

305

306 **P5 -**

307 Surtout qu'après pour terminer, j'ai eu la possibilité d'en parler à mes collègues, aux internes
308 qui sont avec moi ou aux soignants ou aux patients. Ils sont très ouverts à ce sujet. Il n'y a
309 aucune résistance quand on leur en parle en fait. Mais quand on en parle pas, on y pense pas
310 tout simplement. Ils ne connaissent pas et donc ils y pensent pas.

311

312 **I-**

313 D'accord, très bien. Et du coup, imaginons bah que tous ces freins soient levés et que la kiné,
314 on va dire, soit plus standardisée... pour revenir à l'altération de la perception de la douleur,
315 dans quelle mesure pensez-vous que la prise en charge kiné pourrait avoir un effet favorable
316 sur ce trouble ?

317

318 **P5 -**

319 Vous parlez d'un effet de quel type, quantitatif imaginé ?

320

321 **I -**

322 Ce que vous voulez, voilà, vraiment concernant la prise en charge kiné sur l'altération de la
323 perception de la douleur.

324

325 **P5 -**

326 Concrètement, je pense que on va dire, comme gens, on a signé une convention dans notre
327 CHSM de Nice avec votre institut de formation donc on a la possibilité d'avoir des stagiaires
328 déjà. Et donc mon idée on va dire, c'est déjà quand même qu'ils soient intégrés dans un
329 processus d'imbrication psychosociale ou que je me permette biopsychosociale. C'est-à-dire
330 j'imagine qu'il y aurait une intégration avec les autres activités complémentaires donc on fera
331 des plannings avec permanences prévues dans certains services, peut-être en binôme ou pas
332 avec l'éducateur sportif pour déjà saisir la demande auprès des patients en direct. Ils pourraient
333 participer comme d'ailleurs d'autres professionnels de mon équipe aux synthèses d'équipes des
334 autres unités de psychiatrie générale, libre sans contraintes pour que lors de ces synthèses, ils
335 puissent déjà connaître les divers usages des professionnels qui pourraient proposer ça et que
336 les professionnels soignants, psychiatres, généralistes puissent proposer ça lors de cette réunion.
337 Donc je dirai dans ces cas-là soit en formation, soit on saisit à la demande. Et déjà je pense qu'il
338 y a des demandes qui seraient saisies.

339

340 **I -**

341 Ok.

342

343 **P5 -**

344 Le deuxième niveau, c'est le type de prise en charge donc identifier par exemple quel patient
345 pourrait en bénéficier. Donc il faut des indications, il faudrait une espèce de cahier des charges
346 avec des indications, comme pour d'autres professions, ça peut être un patient schizophrène,

comme vous dites avec des troubles de la perception en cours ou en rémission partielle ou absence de troubles de la perception, mais avec un manque d'expression émotionnelle ou physique, c'est un autre critère on va dire. Paradoxal je me permets comme je vous le disais tout à l'heure, des symptômes négatifs. Donc saisir ce que le patient ne nous dit pas, mais qui est présent dans son corps et qui à terme sera un symptôme aussi de douleur ou d'autre perception. Et en fonction j'imagine d'avoir des grilles d'évaluation, de la douleur aménagée par rapport au type de travail qu'il faudra faire au niveau kiné. Donc en fonction de ces grilles, y a des résultats. Ça peut être l'objet de recherches aussi novatrices basées sur des grilles éventuellement existantes dans d'autres pays. Qu'est-ce que je propose au patient donc avec des techniques standardisées ou aménagées, individualisées face à chaque patient, car forcément chaque patient quand vous serez en contact avec lui et son corps, il va répondre de façon individualisée. Et là c'est la pratique qui vous dira qu'est-ce qui est mieux pour ce patient. Donc en troisième niveau, c'est la réévaluation des pratiques continues sur telle qualité on peut, j'ai un patient qui a une certaine douleur pour des spasmes qui font très mal, etc. J'identifie, je le traite avec une technique x, je me rends compte qu'il répond pas à une technique x, pas qu'il n'a pas besoin, mais qu'il n'est pas réceptif à cette technique. Je réévalue et je décide de la technique y qui sera plus bénéfique. Je réévalue la technique y et je vois que cela marche donc je continue sur cette technique. Je fais un retour aux soignants, au médecin de l'unité psychiatre, au médecin de la réhabilitation. On va définir par une réunion de réhabilitation l'état global de santé et on décide si on continue la technique ou diminuer la fréquence ou se tourner vers autre chose ou peut-être, c'est ça le vrai enjeu à mon avis, intégrer vos techniques à votre travail, d'autres prises en charge. Par exemple, je peux dire on fera aussi de la musicothérapie, on fera de l'art-thérapie, on fera par exemple ce qu'on fait la remédiation cognitive pour qu'ils s'approprient, via la connexion de ces états aussi cognitifs affectifs et donc aussi de sa perception. Donc agir sur plusieurs réseaux, qui seraient en contact. Ça peut être aussi voilà traiter un symptôme intestinal que comme on sait très bien notre intestin c'est notre deuxième cerveau, donc c'est vraiment une réévaluation de l'état global de santé qui va avec une directive, c'est ça la vraie réhabilitation en fait. Pour qu'un jour, il puisse sortir de l'hôpital et de soi-même pouvoir demander de voir quelqu'un y compris un kiné s'il a besoin. Donc et prendre conscience de certains signes et symptômes de par, on va dire, des prises en charge déjà effectuées à l'hôpital.

I -

D'accord. Donc si je comprends bien, pour vous le kiné s'il devait prendre en charge le trouble d'altération de la perception de la douleur, ce serait plus via une prise en charge globale et sans forcément cibler quelque chose en particulier.

P5 -

Tout à fait. C'est mon avis essentiel pour éviter un échec de prise en charge, en tous cas surtout en psychiatrie, mais pas que. On ne peut pas soigner un patient si on ne l'envisage pas dans sa globalité de personne ou être social et culturel. Et ce dernier aspect, il ne faut jamais l'oublier, car en fonction de la culture d'origine qui faut respecter du patient, on peut avoir parfois des manifestations aussi physiques différentes ou une acceptation ou pas de certaines prises en charge de par la culture quoi. Si on accepte d'intégrer ça, le patient, ça peut l'amener à mieux le soigner. Ça fait partie vraiment, c'est un être culturel je dirais. Mais comme je disais tout à l'heure, ça peut potentialiser l'effet bénéfique pour le patient on va dire. C'est valable pour la psychiatrie par exemple, on sait que pour un patient schizophrène ou pour un patient déprimé, je parle d'un patient déprimé, mais ça marche aussi pour la schizophrénie, euh, donner un traitement plus une psychothérapie c'est beaucoup plus fort que donner que le traitement tout seul ou la psychothérapie toute seule. C'est démultiplicateur. Donc en psychiatrie on a des

données qui nous disent que la multi factorialité permet de potentialiser. Mais tout simplement parce que les maladies psychiatriques sont des maladies multifactorielles par rapport à d'autres pathologies qui sont monofactorielles, parfois vous savez qu'un symptôme est lié aux psychopathologies, pardon à une physiopathologie très claire. Dans un ulcère à l'estomac, qui d'ailleurs peut être lié à plusieurs choses, ça peut être un cancer, etc., par contre je sais que je donne Oméprazole et l'ulcère va s'améliorer. En psychiatrie, c'est beaucoup plus complexe. Parfois le neuroleptique ne suffit pas, tu te rends pas compte justement comment le patient justement se perçoit aussi, car à la base il a cette altération de fond de soi-même, de son schéma corporel. Et c'est là que votre travail peut être très très intéressant. Notre cerveau est organisé par rapport à un schéma corporel donc on a par exemple les mêmes qui sont surreprésentés, car nous sommes des êtres humains avec une motricité vive. Et d'autres choses qui sont sous-représentées par rapport à d'autres. Aussi il y a un déséquilibre à ce niveau que si on travaille, on peut rééquilibrer tout ça en fonction de son schéma corporel. C'est très très important, mais je pense qu'on pourrait avoir de belles surprises qu'on connaît pas encore.

I -

Et du coup, là vous me parlez de schéma corporel. Du coup, pour vous, de travailler tout ce qu'est schéma corporel, ça pourrait aider sur la perception de la douleur aussi ?

P5 -

Au fond, c'est ça qui va aider vraiment à mon sens, ça, c'est on va dire, c'est presque, c'est la transmission de la science on va dire, c'est-à-dire que notre cerveau, par exemple le cortex pariétal, comme il reçoit toutes les perceptions qui sont la douleur, le tactile, etc., il va intégrer dans plusieurs réseaux sensoriels et comme je répète, on sait que certaines choses, ça peut être la motricité fine de la main par exemple qui est surreprésentée, ce qu'on appelle l'homonculus. Et par exemple, pour un patient psy qui a un trouble parkinsonien et qui prend un neuroleptique, va trembler de par les mains. Euh, on sait qu'ils sont surreprésentés donc si on travaille sur ça, on pourrait voir un effet assez important, je pense, par rapport à son bien-être, sa perception. Et puis après toute cette perception, on la conditionne aussi. Comment ils vont vivre ça ? Il va vivre que s'ils ses mains tremblent, j'ai tous les patients qui me le disent donc c'est, c'est notre pratique quotidienne. Il va avoir honte quand il va sortir de l'hôpital d'aller prendre un café, je sais pas, en ville, car sa main tremble quand il prend son café. Tout simplement ça en fait. Voilà. En donc il va rester à la maison, car il a un schéma cognitif affectif qui dit si je vais prendre le café, ma main va trembler, les autres vont me voir et j'aurai honte.

I -

Oui.

P5 -

Donc un réseau d'émotions et on sait qu'aujourd'hui, on sait d'après la science que chaque émotion du patient ça peut être l'anxiété, la rage, comment dire, la motivation à chercher quelque chose. Je vais aller me prendre un café pour niveau social, chaque émotion correspond à un réseau de neurones donc on sait par exemple que la rage est associée à des altérations de la sphère terminaliste du cerveau qui correspond à l'altération par exemple de la substance p. il se peut là que la substance p soit associée à un médiateur de la douleur. Donc hypothèse scientifique, si j'agis sur la rage du patient, j'améliore sa perception de la rage, mais indirectement de la douleur, car la substance p sera simulateur de la douleur. Après les nouvelles recherches scientifiques viennent les petscan, etc. Donc voilà. Et donc ça améliore la perception physique, mais aussi sociale, ça, c'est vraiment le schéma corporel. Ça part du schéma corporel qu'on peut réaménager, qui correspond à un schéma de réseaux de neurones tout simplement.

Avec, vous le connaissez mieux que moi, j'imagine, cette représentation différente en fonction de la partie du corps qui est affectée. Ou peut-être j'imagine qu'on pourrait passer par d'autres parties du corps qui sont sous-représentées, mais que le patient a plus du bien à accepter pour, comment dire, contourner la difficulté et potentialiser ce qui marche bien aussi. C'est une autre méthode aussi. Plutôt qu'insister sur la partie qui marche mal en pensant que ça marche bien un jour. J'insiste sur celle qui marche mieux, mais que le patient peut mieux accepter et je la potentialise. C'est une autre méthode ça. C'est un peu comme la psychologie positive en fait voilà ou d'autres techniques que nous utilisons avec les patients pour voilà, plutôt qu'agir sur la zone malade, je valorise la part qui marche bien et la partie malade va s'estomper un peu, par exemple. Donc et le schéma corporel je pense qu'on peut le jouer sur ça aussi. Euh, sans oublier par exemple ce qui est perception visuelle aussi. Par exemple, il y a des techniques d'autres professionnels que les psychologues, les EMDR qui agissent vraiment sur la, à ce niveau-là en fait. Voilà, ça agit aussi avec la perception du corps via des souvenirs en bougeant ou non des muscles oculaires qui sont des muscles comme les autres. Voilà, les mouvements qui sont effectués et voilà. Des techniques plus complexes bien entendu, mais pour dire que la perception corporelle, ça peut être aussi, ça peut être la partie de l'oralité voilà, j'imagine tous les patients qui ont ce qu'on appelle des dyskinésies au niveau de la bouche par exemple. Voilà donc il y a des formes de réhabilitation esseulées, formes plus difficiles à accepter par les patients qui ont plus d'impact sur la stigmatisation, sur la socialité.

I -

D'accord. Bon bah écoutez, c'est super. Je pense qu'on a fait, moi je vous ai un peu posé toutes les questions que j'avais...

Annexe 11: Résultats de l'entretien 5

Entretien n°5			
Thème : Altération de la perception de la douleur chez les PAS			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Connaissances des psychiatres	Troubles perception corporelle	« il peut y avoir en effet des troubles de la perception qui peuvent aussi impacter la perception de la douleur avec aussi une hypoalgésie, une hyperalgésie »	11-12
		« c'est juste une autre perception on va dire comme ça »	17
		« il a une altération de la perception y compris corporelle et donc de circuit et de la douleur et d'autres sensibilités, tactiles, etc »	25-26
		« différente perception de son corps »	164
	Difficultés d'expression de la douleur	« communiquent d'une façon particulière sur leur état somatique »	14
		« un souci et des difficultés de communication de sa douleur réelle et de sa douleur perçue, liée aux troubles de la perception, ça fait sous-estimer ou surestimer ça dépend en fait du patient »	83-85
		« chaque patient de par son corps, sa corporalité exprime différemment ce qu'il ressent dans sa psyché et il l'exprime de façon individuelle »	167-168
	Difficulté de diagnostic	« le diagnostic peut être plus complexe »	15
	Symptomatologie psychiatrique	« en fonction de la phase de la maladie, si c'est une phase aiguë ou une phase chronique et du sous-type de schizophrénie »	9-10
		« symptômes négatifs de la schizophrénie donc apathie, aboulie, anhédonie, donc une perte de plaisir et donc c'est surtout ces patients où on peut constater des difficultés de perception et de communication de leur état douloureux »	30-32
		« symptômes psychosomatiques »	35
Préconisations	PEC globale	« c'est vraiment une réévaluation de l'état global de santé qui va avec une directive, c'est ça la vraie réhabilitation en fait »	372
		« On ne peut pas soigner un patient si on ne l'envisage pas dans sa globalité de personne ou être social et culturel. »	385-386
	Indication précise de prise en charge	« Donc il faut des indications, il faudrait une espèce de cahier des charges avec des indications, comme pour d'autres professions »	345-346
Pratiques professionnelles des psychiatres	Thérapie non médicamenteuse	« réévaluation globale psychique et somatique »	100
		« on peut trouver de la réhabilitation psycho sociale »	119

		« CLUD, un comité de lutte contre la douleur qui peut proposer des thérapies alternatives »	122
		« musicothérapie »	123
		« art thérapie »	134
		« thérapie des méthodes casque virtuel »	141
		« relaxation »	143
		« groupes de paroles »	149
	Thérapie médicamenteuse	« traitement qui est mis en place en fonction de la cause identifiée »	87
		« on peut revoir des traitements, switcher avec d’autres qui sont plus...maîtrisés »	98
	Évaluation de la douleur	« l’évaluation est plus complexe »	39
		« visite classique médicale »	61
		« examens complémentaires »	62
		« bilans biologiques »	63
« échelles de la douleur »		76	
Thème : Bénéfices perçus de la Mkipie pour les PAS			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Amélioration de la santé physique	Capacités fonctionnelles	« troubles de la marche »	170
		« symptômes pseudo-parkinsoniens »	172
Amélioration de la conscience corporelle		« pertinente par rapport au patient, les contacts avec son corps, ça pourrait faire baisser ... manque de contact avec la réalité »	175-176
		« à la base il a cette altération de fond de soi-même, de son schéma corporel. Et c’est là que votre travail peut être très très intéressant »	403-404
		« on peut rééquilibrer tout ça en fonction de son schéma corporel »	408
		« si on travaille sur ça, on pourrait voir un effet assez important, je pense, par rapport à son bien-être, sa perception »	423
		« Et donc ça améliore la perception physique, mais aussi sociale, ça, c’est vraiment le schéma corporel »	444
Amélioration de la qualité de vie		« Ça ferait du bien à notre patient »	184
Thème : Leviers à l’introduction de la Mkipie en SM en France			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes

Facteurs liés aux PS	Sensibilisation des médecins	<p>« Un facteur tout simplement c'est via votre processus de formation en massokinésithérapie de faire des demandes d'intégration, d'écoute, de proposer des cours de formation aux internes en psychiatrie »</p> <p>« Deuxième option c'est une médiatisation tout simplement auprès par exemple du Conseil de l'Ordre des médecins »</p> <p>« Médiatisation, pour que ça arrive aux oreilles »</p>	<p>285-287</p> <p>290-291</p> <p>300</p>
	Perception positive de la Mkipie en SM par les psychiatres	<p>« là je vois aussi l'intérêt d'une participation de votre profession à ce sujet »</p> <p>« pour moi en tout cas, on peut pas s'en passer en 2021, de ça, dans l'arsenal thérapeutique. »</p> <p>« j'ai eu la possibilité d'en parler à mes collègues, aux internes qui sont avec moi ou aux soignants ou aux patients. Ils sont très ouverts à ce sujet. Il n'y a aucune résistance quand on leur en parle en fait. »</p> <p>« pertinent de façon globale dans l'aspect pratique et ce serait surtout pertinent au niveau scientifique »</p> <p>« ça fait pas de mal, mais en plus ça fait du bien au niveau scientifique, y a des études qui le démontrent et moi je suis tout à fait partant par rapport à ça »</p> <p>« ça pourrait potentialiser les autres prises en charge de la science thérapeutique »</p> <p>« d'avoir une complémentarité pour éviter une dispense de tâche »</p> <p>« cette complémentarité pourrait potentialiser tout ça »</p> <p>« Donc en psychiatrie on a des données qui nous disent que la multi factorialité permet de potentialiser »</p>	<p>172</p> <p>173</p> <p>306-308</p> <p>181-182</p> <p>186-187</p> <p>189</p> <p>196</p> <p>199</p> <p>396</p>
Fondements scientifiques	Développement de données probantes	« un niveau de preuves scientifiques qui soit important »	300
Thème : Barrières à l'introduction de la Mkipie en SM en France			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Facteurs liés aux médecins	Méconnaissance du rôle de la Mkipie en SM	« Un facteur interne à nos professions toutes comprises psychiatres, soignants, etc. Il y a notre	242-243

		<p>formation qui en tout cas n'est pas homogène surtout au niveau soignants... »</p> <p>« c'est une méconnaissance du sujet dans la formation, je pense »</p> <p>« On n'a parfois jamais évoqué tout simplement cette possibilité »</p> <p>« Donc faute de formation en amont, donc une ignorance du sujet tout simplement »</p> <p>« Mais quand on en parle pas, on y pense pas tout simplement. Ils ne connaissent pas et donc ils y pensent pas »</p>	<p>244</p> <p>245</p> <p>247</p> <p>308-309</p>
Facteurs liés aux MK	Réticence	<p>« une résistance culturelle à mon sens qui est liée aussi au fait qu'on n'en parle pas tout simplement »</p> <p>« On a beaucoup de confrères qui pour des raisons culturelles malheureusement peuvent être amenés, euh pas forcément à refuser... je me permets de dire ça, mais ça arrive aussi, d'avoir une résistance d'accepter de passer en cabinet un patient schizophrène chronique par peur de problèmes d'hygiène, problèmes autres, etc. avec d'autres, comment dire, clients qui ont pas ce problème on va dire »</p>	<p>248</p> <p>159-163</p>
	Manque de formation en SM	« Un facteur interne à nos professions toutes comprises psychiatres, soignants, etc. Il y a notre formation qui en tout cas n'est pas homogène surtout au niveau soignants... »	242-243
Facteurs liés au patient	Difficultés d'accès aux soins	<p>« La kinésithérapie à mon avis est vécue comme quelque chose presque élitaire en fait voilà »</p> <p>« je n'ai que des patients en psychiatrie schizophrène qui sont dans la précarité etc. qui puissent en bénéficier... juste d'imaginer un jour qu'ils puissent sortir aller voir un kiné »</p> <p>« ils ont une difficulté d'accès aux soins...aux somatiques simples »</p>	<p>251</p> <p>255-256</p> <p>158</p>
	Manque de motivation	<p>« D'eux-mêmes, ils nous demandent pas d'ailleurs, il faut dire la réalité. Même quand ils ont rendez-vous, ils n'y vont pas souvent »</p> <p>« Mais il y a aussi une résistance culturelle de la population »</p>	<p>172</p> <p>273</p>

Annexe 12 : Entretien psychiatre 6

I -

OK, c'est parfait. J'ai pu lire dans la littérature, qu'il existait une potentielle altération des perceptions corporelles, et dont notamment celle de la douleur avec une certaine hypoalgésie lors de pathologie somatique. Donc, que pouvez-vous me dire à ce sujet par rapport à votre pratique clinique ?

P6 -

D'accord. Heu... alors mon expérience clinique, c'est que effectivement, les patients heu... se plaignent pas tout de suite de la douleur. Ils s'en plaignent heu... c'est pas leur heu... c'est pas, c'est pas ce qui ressort en premier en fait, la douleur physique. Et c'est pour ça qu'on diagnostique souvent les choses très tard parce qu'ils sont pas très à l'écoute de leur corps. Alors des fois, ça se mélange avec les hallucinations cénesthésiques, plutôt des sensations. Heu..., voilà, c'est un peu compliqué pour eux de faire la part des choses entre les deux et ils sont tellement envahis, par moment par leur délire, que c'est vrai que les, les douleurs physiques sont pas du tout au premier plan. Il faut vraiment aller les chercher.

I -

D'accord. Donc vous en pratique, ... comment vous intégrez tout ça ? Comment vous vous adaptez à ce type de trouble ?

P6 -

Heu... dans les services, ils font aussi, systématiquement une heu... une évaluation de la douleur avec les échelles de la douleur qui sont expliquées. À ce moment-là, on a quand même des réponses. Heu... il faut aller chercher le, l'information et il faut leur poser la question, je pense. Dans le service, c'est ce qu'on fait, on essaie de poser souvent, mais c'est quelque chose qu'on recherche heu... à chaque entretien.

I -

D'accord. Et donc, du coup, pour pallier à peu près à ce trouble qui est du coup, acté, vous aussi en pratique, heu... qu'est ce que vous mettez en place pour qu'ils essaient de mieux ressentir heu... leur perception en général ?

P6 -

Il y a des ateliers hein, il y a tout ce qui heu... tous les ateliers d'art thérapie, tous les ateliers centrés sur le corps, sur les sensations corporelles. Tout ça, les groupes de parole aussi. Et puis, c'est surtout les infirmiers qui font ce travail-là hein, au quotidien.

I -

C'est les infirmiers qui font quoi exactement ?

P6 -

Qui font ce travail de, bah, de, de chercher l'information. Est-ce que vous avez mal quelque part ? Heu... de donner..., voilà, ils tracent beaucoup ça sur heu... dans les observations.

I -

OK.

50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99

P6 -

Et pour la sédation de la douleur, après, il n'y a pas tellement...euh à part les médicaments antalgiques-là.

I -

Oui oui, bien sûr. Mais du coup, voilà, par rapport aux altérations des perceptions, donc, il y a, y a des ateliers, c'est ça, qui sont mis en place et heu... comment, comment ressentent les patients, heu... qu'est-ce qui... vous, vous voyez un... une, une amélioration face à leur perception grâce à ça ou... ? Sur le long terme, comment ça se répercute ?

P6 -

Oui, sur le long terme, heu... disons qu'on leur apprend le fait de reconnaître. Donc après, ils peuvent se plaindre de la douleur. Mais il y a pas de heu... en fait, tout le travail sur le corps, il est pas vraiment heu... on n'est pas vraiment en capacité de les faire en service.

I -

C'est-à-dire ?

P6 -

Heu... comme le, en pédopsychiatrie, ils le font beaucoup, les massages, les choses comme ça où il y a une vraie perception du corps du coup qui revient. Chez les anorexies, on travaillait beaucoup ça par exemple.

I -

OK.

P6 -

Là, heu... dans les services de psychiatrie, heu... habituellement, enfin, on n'a pas tellement les moyens de faire tout ça. Donc c'est plus c'est plus des groupes de parole, c'est plutôt des choses comme ça où on capte les émotions, on essaie de leur faire, de faire verbaliser les émotions...et leurs sensations. Mais ça reste un peu abstrait, je pense.

I -

OK. Très bien. Vous m'avez parlé de, que vous n'avez pas les moyens, c'est-à-dire ?

P6 -

Bah, il y a pas grand monde qui fait ça ici. Les infirmiers ne le font pas, nous non plus, enfin.

I -

Donc c'est plus une question de moyens au niveau du personnel heu... qualifié et disponible pour ça ?

P6 -

Et oui.

I -

D'accord. Et vous voyez d'autres freins à, à tout ça par exemple, dans, dans là, l'hôpital où vous exercez ? À Sainte-Marie y a le problème de moyens au niveau personnel et il y aurait d'autres freins ?

100 **P6 -**
101 Heu... non. Après je pense que tout le monde serait ouvert à, à ça. Non, je ne pense pas qu'il y
102 ait d'autres freins en particulier.
103
104 **I -**
105 OK. Très bien. Dans d'autres pays, il y a la kiné qui est prescrite de façon plus standardisée
106 dans, plus généralement, dans la psychiatrie et la santé mentale, contrairement en France, où
107 heu... bah ce n'est pas le cas. Donc vous, comment voyez-vous l'introduction de la masso-
108 kinésithérapie dans votre arsenal de prise en charge thérapeutique ? Quels sont pour vous heu...
109 voilà, les différents freins, les limites ou les avantages ? (silence) en France hein.
110
111 **P6 -**
112 Bien sûr qu'il y a un avantage à ce que heu... oui, heu... de toute façon, on manque de kiné, on
113 manque heu... on manque de plein de personnel en fait. Je ne vois pas....
114
115 **I -**
116 En fait, en fait, c'est que la kiné en santé mentale, c'est pas du tout quelque chose de fait et de
117 standardisé en France, contrairement à d'autres pays où c'est, c'est inculqué. C'est comme si
118 on a mal à l'épaule, on va chez le kiné, vous voyez, c'est, ça va de soi. Pour d'autres pays hein,
119 les pathologies psychiatriques, c'est, c'est comme ça. Donc, on, la, la kiné, je veux dire est bien
120 insérée dans toute l'équipe pluridisciplinaire. Et heu... et du coup, comme c'est pas fait en
121 France, c'est, je me questionne sur un peu heu... les raisons heu... qu'est-ce qui freine cette
122 introduction à la, à la kiné heu... dans tout ça.
123
124 **P6 -**
125 En psychiatrie ?
126
127 **I -**
128 En psychiatrie, voilà.
129
130 **P6 -**
131 Bah j'en sais rien. Parce que vous ne vous êtes pas imposés dans le milieu, heu... je pense que
132 vous n'êtes pas rentrés dans les hôpitaux suffisamment en fait, enfin.... (silence). Je, je vois pas
133 heu... d'autres freins heu.... Alors vous êtes beaucoup dans les, maintenant vous êtes rentrés
134 quand même pour les personnes âgées, c'était pas le cas il y a quelques années où il y avait très
135 peu de kiné. Bah voilà, maintenant il faut que vous rentriez dans les hôpitaux psychiatriques. Il
136 faut faire votre place. Comme les ergothérapeutes, comme, comme plein d'autres spécialités,
137 mais je pense que c'est important. C'est à vous de faire votre place dans les services. Il n'y a
138 pas tellement de frein heu...
139
140 **I -**
141 D'accord.
142
143 **P6 -**
144 Vous avez une valeur ajoutée à apporter quand même aux soins, je pense.
145 Surtout, chez les schizophrènes où il y a une, une heu... un rapport au corps qui est
146 complètement différent, qui est même très bizarre. Vous pourriez amener énormément de
147 choses. Je pense que c'est à vous de rentrer dans les, dans les hôpitaux psychiatriques.
148

149 **I -**
150 D'accord. Et pour vous, qu'est ce qu'on devrait faire pour ça, enfin... ? Quelles seraient les
151 démarches on va dire à suivre ?
152
153 **P6 -**
154 Ce que vous êtes en train de faire.
155
156 **I -**
157 M-hum.
158
159 **P6 -**
160 Après, aussi, il y a peut-être une question de moyens parce que, c'est vrai heu..., alors là je
161 vous parle de l'hôpital, mais quand on est en consultation à l'extérieur, on pourrait très bien
162 vous envoyer des patients. Après, c'est quand même... la psychiatrie, c'est une spécialité très
163 à part. Je n'enverrais pas n'importe quel kiné qui ne comprendrait pas mon indication.
164
165 **I -**
166 Bien sûr.
167
168 **P6 -**
169 C'est peut-être une spécialité aussi qui heu.. à faire valoir et à faire connaître.
170
171 **I -**
172 M-hum.
173
174 **P6 -**
175 Je..., ce n'est pas le même travail que heu... de réparer une cheville ou heu... voilà.
176
177 **I -**
178 Bien sûr, bien sûr.
179
180 **P6 -**
181 Ça a rien à voir. Je pense que ça, ça doit être une spécialité heu... peut-être à part avec heu...
182 je sais pas si vous avez une partie d'études sur le, heu... la psychiatrie, mais heu... c'est vrai
183 que aborder un patient schizophrène c'est un peu différent quoi. C'est, justement parce que le
184 rapport au corps est différent, qu'ils aiment pas être touchés, que, que c'est compliqué, donc
185 heu... Peut-être que ça peut être ça aussi le frein.
186
187 **I -**
188 Donc, là, vous, vous m'avez parlé, de c'est l'exemple si vous aviez un patient en consultation,
189 vous l'envoyez chez un kiné hors structure, c'est ça ? En cabinet libéral ?
190
191 **P6 -**
192 Je ne le fais pas, ou alors, heu... c'est parce que je connais quelqu'un et
193
194 **I -**
195 Oui oui oui, bien sûr.
196

197 **P6 -**
198 Mais peut-être qu'il manque heu... c'est parti... enfin, c'est des patients quand même qu'on
199 peut pas toucher comme heu... comme heu... n'importe qui donc heu...
200
201 **I -**
202 M-hum.
203
204 **P6 -**
205 Je ne les enverrai pas à n'importe qui.
206
207 **I -**
208 Bien sûr.
209
210 **P6 -**
211 Je trouve que c'est une spécialité heu...
212
213 **I -**
214 Hum. Et si, imaginons, imaginons, vous heu... vous connaissiez un kiné spécialisé heu... dans
215 un cabinet libéral, dans, sur votre prescription médicale pour les séances de kiné, qu'est ce que
216 vous préconiseriez au kiné ? Pour vous, qu'est-ce qui devrait faire ou heu... ? Quelle serait
217 l'indication des séances ?
218
219 **P6 -**
220 Heu... bah ça dépend heu. Sur des douleurs, bah des douleurs heu... je sais pas. J'ai pas réfléchi.
221 Je ne peux pas vous dire, j'en sais rien.
222
223 **I -**
224 Ah non, c'était pas à réfléchir en avance. C'était justement sur le coup comme ça heu... Qu'est-
225 ce que vous heu... qu'est-ce qui vous vient à l'esprit et si c'est rien, bah c'est rien ?
226
227 **P6 -**
228 Je sais pas parce que je pense que ce serait quand même compliqué de heu... dehors.
229
230 **I -**
231 Dehors heu... hors structure ? C'est ça ?
232
233 **P6 -**
234 Hors des murs de l'hôpital.
235
236 **I -**
237 Et si on imagine que c'était à l'hôpital ?
238
239 **P6 -**
240 À l'hôpital, ce serait des séances peut-être heu... en passant pas l'activité physique, où heu...
241 en passant heu... sur certains patients peut-être par des massages.
242
243 **I -**
244 Ouais.
245

246 **P6 -**

247 Heu... des patients qui seraient un peu morcelés en psychiatrie, des schizophrènes des fois sont
248 morcelés à l'intérieur. Peut-être quelque chose qui les rassemble un peu... Qui les contient.
249 Peut-être dans cette indication.

250

251 **I -**

252 Donc pour vous, le massage, ça aiderait par exemple, le, tout ce qui est touché, etc. même si
253 vous avez dit que c'était compliqué heu... pour certains schizophrènes le contact. Ça pourrait
254 quand même les aider heu... dans certaines indications.

255

256 **P6 -**

257 Ça peut, peut-être aider à les recentrer, à les heu... remettre à l'intérieur de leur corps. C'est un
258 peu leur difficulté quand même hein. Quand ils sont dissociés comme ça, les remettre un peu
259 heu... le corps dans un espace et heu... rassembler un peu tout ça, peut-être ouais.

260

261 **I -**

262 D'accord, très bien. Et heu... du coup, pour en revenir à l'altération heu... de la perception de
263 la douleur, si imaginons, tous les freins et que la kiné soit plus insérée heu... dans le milieu
264 psychiatrique, comment heu... comment voyez-vous l'effet heu... favorable de la kiné heu...
265 pour ce trouble vraiment de l'altération de la perception de la douleur ?

266

267 **P6 -**

268 Bah, c'est un peu heu... la même chose, la considération de son corps heu... les limites du
269 corps, les choses comme ça. Faire la distinction entre les hallucinations et des vraies douleurs
270 entre heu... Pareil en fait, heu... peut-être par les massages, par le toucher, par heu... des choses
271 comme ça.

272

273 **I -**

274 OK. Vous, vous voyez rien, rien d'autre ?

275

276 **P6 -**

277 Non.

Annexe 13 : Résultats de l'entretien 6

Entretien n°6			
Thème : Altération de la perception de la douleur chez les PAS			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Connaissances des psychiatres	Absence de plainte douloureuse	« effectivement, les patients se plaignent pas tout de suite de la douleur »	11
		« c'est pas ce qui ressort en premier en fait la douleur physique »	12
	Retard diagnostic	« c'est pour ça qu'on diagnostique souvent les choses très tard parce qu'ils sont pas très à l'écoute de leur corps »	13
	Rapport au corps	« rapport au corps qui est complètement différent, qui est même très bizarre »	145-146
	Symptomatologie psychiatrique	« ça se mélange avec les hallucinations cénesthésiques »	14
		« ils sont tellement envahis par moment par leur délire que...douleurs physiques sont pas du tout au premier plan »	16-17
Préconisations	PEC globale	« ce serait des séances en passant par l'activité physique...massages »	240-241
Pratiques professionnelles des psychiatres	Thérapie non médicamenteuse	« il y a des ateliers »	36
		« tous les ateliers d'art thérapies, tous les ateliers centrés sur le corps, sur les sensations corporelles »	36-37
		« groupes de paroles »	38
		« on leur apprend le fait de reconnaître »	62
	Thérapie médicamenteuse	« on capte les émotions, on essaie de leur faire verbaliser les émotions et leurs sensations. Mais ça reste abstrait »	80-81
		« il n'y a pas tellement...à part les médicaments antalgiques »	53
	Évaluation de la douleur	« ils font systématiquement une évaluation de la douleur avec les échelles de la douleur qui sont expliquées »	25
		« c'est quelque chose qu'on recherche à chaque entretien »	28
Thème : Bénéfices perçus de la Mkipie pour les PAS			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Amélioration de la conscience corporelle		« les massages, les choses comme ça où il y a une vraie perception du corps qui revient »	70-71
		« peut-être quelque chose qui les rassemble un peu, qui les contient »	248
		« les aider à les recentrer, à remettre à l'intérieur de leur corps »	257
		« considération de son corps »	268
		« limites du corps »	269
		« faire la distinction »	269

Thème : Leviers à l'introduction de la Mkipie en SM en France			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Facteurs liés aux PS	Positionnement des MK	« maintenant il faut que vous rentriez dans les hôpitaux psychiatriques »	135
		« c'est à vous de faire votre place dans les services »	137
		« je pense que c'est à vous de rentrer dans les hôpitaux psychiatriques »	147
	Perception positive de la Mkipie en SM par les psychiatres	« je pense que tout le monde serait ouvert à ça »	101
		« bien sur qu'il y a un avantage »	112
		« je pense que c'est important »	137
		« vous avez une valeur ajoutée à apporter quand même aux soins je pense »	144
		« vous pourriez amener énormément de choses »	146
Thème : Barrières à l'introduction de la Mkipie en SM en France			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Facteurs liés aux MK	Manque de formation en SM	« je n'enverrais pas n'importe quel kiné qui ne comprendrait pas mon indication »	163
		« c'est une spécialité à faire valoir et à faire connaître »	169
		« je sais pas si vous avez une partie d'études sur la psychiatrie...aborder un patient schizophrène c'est un peu différent quoi »	182-183
		« je ne les enverrai pas à n'importe qui »	205
	Manque de positionnement des MK	« parce que vous ne vous êtes pas imposés dans le milieu »	131
		« vous n'êtes pas rentrés dans les hôpitaux suffisamment »	132
Facteurs structurels	Financement limité	« tout le travail sur le corps...on n'est pas vraiment en capacité de les faire en service »	63-64
		« on n'a pas tellement les moyens de faire tout ça »	78-79
		« il y a peut-être une question de moyens »	160
	Manque de personnel	« il y a pas grand monde qui fait ça ici. Les infirmiers ne le font »	86
		« on manque de kiné, on manque de plein de personnel »	112-113

Annexe 14 : Entretien psychiatre 7

I -

Alors du coup, j'ai pu lire dans la littérature qu'il existait une potentielle altération des perceptions corporelles dont notamment celles de la douleur avec une certaine hypoalgésie lors de pathologies somatiques. Que pouvez-vous m'en dire face à votre pratique clinique ?

P7 -

De l'hypoalgésie des patients ? Alors on parle que des schizophrènes ? On est bien d'accord.

I -

Oui, oui, chez les patients atteints de schizophrénie. C'est bien ça.

P7 -

Pas du tout de la douleur des autres patients. Euh... Au niveau des patients schizophrènes, je pense qu'effectivement oui de par, on le voit, spontanément ça me fait penser aux visites à domicile qu'on peut faire quand on est en CMP. Euh... ou effectivement on retrouve des patients schizophrènes extrêmement décompensés à leur domicile qui étaient enfermés chez eux depuis des semaines voire des mois dans certains cas hein pour plusieurs raisons, soit parce qu'ils sont persécutés par l'entourage ou par les autres, soit pour diverses raisons, l'apragmatisme, l'aboulie, l'apathie, tous les symptômes négatifs de la schizophrénie qui font que les patients ont tendance à s'isoler à leur domicile. Effectivement, quand on les retrouve nous en visite à domicile après des mois où ils sont enfermés chez eux, effectivement on a l'impression que la sensibilité à la douleur elle y est pas parce qu'effectivement, ils sont dans la crasse, souvent le logement est très mal tenu, souvent eux-mêmes sont dans un état catastrophique avec pour certains mêmes des escarres, d'autres qui ne dorment même plus dans leur lit parce que leur lit est tellement sale que effectivement ils ne peuvent même plus se coucher dans le lit donc ils se couchent, ils nous disent, ils dorment par terre hein. Donc c'est vraiment, ça pose question effectivement sur la sensibilité à la douleur d'une part parce qu'on se dit quand même quelqu'un qui ne peut plus dormir dans son lit et qui dort par terre en permanence, euh, et que ça ne semble pas déranger en plus, on se dit quand même c'est un petit peu particulier. Et puis bon après y a tout aussi le manque de sensibilité à tout ce qui est les choses qui nous sembleraient pour nous évidentes comme le ménage, le fait que ce soit dans un état totalement incurie. Les patients schizophrènes quand ils sont décompensés, se rendent pas du tout compte effectivement de l'état d'incurie de leur appartement et donc effectivement, on peut se poser la question de ressentent-ils les choses un peu comme nous. Que ce soit même au niveau des récepteurs olfactifs, hein des fois on se dit, mais est-ce qu'ils sentent les mêmes odeurs que nous parce que effectivement, quand on rentre dans ce type d'appartement, bien souvent, j'ai vu beaucoup d'équipes s'armer, se mettre des masques sur la tête, des sacs-poubelle sur la tête, tellement ça sent mauvais. Et le patient schizophrène est au milieu de tout ça et il n'est pas sorti depuis des jours, des semaines voire des mois et vu qu'il se fait livrer souvent sa nourriture ou alors que c'est les infirmiers, infirmières, les auxiliaires de vie qui passent au domicile, on a des appartements qui sont totalement incuries et ça pose effectivement la question et de perçoivent-ils les douleurs comme nous et perçoivent-ils aussi les mêmes stimuli sensoriels j'ai envie de dire ?

I -

Oui donc là c'est vraiment au niveau des sensorialités en général que vous vous remarquez des différences ?

50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99

P7 -

Tout à fait.

I -

Et vous m'en parlez du coup-là du patient en décompensation, vous avez remarqué ça seulement en décompensation ou aussi quand ils sont stabilisés, y a ce type d'altération ?

P7 -

Je pense que même quand ils sont stabilisés effectivement on peut avoir ce type de sensation effectivement qu'ils sont très, des sensations qui sont différentes de nous c'est clair hein parce que plusieurs patients psychotiques qui disent souvent que ils supportent pas l'eau de la douche qui coule ou des choses comme ça, ça pose la question aussi de la sensibilité. Alors ils ne disent pas que c'est douloureux hein forcément, mais ils disent des fois face à certains stimuli tactiles que c'est pas agréable, chose que nous on trouverait peut-être agréable par exemple. Oui, prendre une douche typiquement avec la sensation de l'eau qui coule, pour certains c'est compliqué à supporter.

I -

D'accord. Donc là voilà c'est toutes les perceptions corporelles au sens général et si on se reconcentre sur vraiment la perception de la douleur et des pathologies somatiques. Du coup-là vous m'avez parlé du domicile, et si c'est vraiment à l'hôpital, vous avez déjà expérimenté une certaine expérience ouais enfin par rapport aux pathologies somatiques à la douleur précisément ?

P7 -

Alors pas trop et aussi pour une raison simple qui est biaisée c'est qu'au final, le somatique à l'hôpital, c'est très divisé. On a des médecins somaticiens qui s'occupent de ça donc effectivement les patients viennent très peu vers nous pour ce qui est somatique. Ils viennent vers nous vraiment pour ce qui est psychiatrique et le cas échéant, ils font appel aux généralistes donc je pense que c'est pour ça que c'est un petit peu biaisé. Peut-être qu'un psychiatre de cabinet de ville aurait effectivement plus de réponses de ce côté-là.

I -

D'accord, très bien. On se rend compte quand même que par rapport aux altérations des perceptions corporelles, y a quand même des choses à faire. Qu'est-ce que vous mettez en place ou qu'est-ce que vous préconiserez comme thérapie médicamenteuse ou même non médicamenteuse face à ces troubles ?

P7 -

Alors je pense que bon euh, tout ce qui est malheureusement, on en a très peu sur l'hôpital, mais je pense qu'il faudrait que ça se développe. Tout ce qui est psychomotricité, kinésithérapie, je pense que c'est deux choses importantes. Alors là on essaie de mettre en place on va dire sur le plan purement pratique... On n'a pas de psychomotricien, psychomotricienne sur l'hôpital dédié malheureusement ni de kiné ou alors des vacations. On a des petits temps, je crois des demi-journées...il me semble qu'on a sur l'hôpital un kinésithérapeute qui est là deux demi-journées par semaine, si je dis pas de bêtises. Euh, mais au final qui est très peu sollicité puisque in fine deux demi-journées par semaine si tout le monde lui envoie des bons, bah bien souvent la réponse est assez tardive. Or, en général, c'est vrai que c'est sur le moment, dans les premières semaines que c'est important et/ou en tous cas on en a besoin, et c'est vrai que vu

que le liste d'attente est très longue, et une fatalité effectivement, tout un hôpital pour deux demi-journées par semaine pour n'importe qui c'est pas faisable donc effectivement la liste se faisant longue et bah les équipes au fur et à mesure aussi et les médecins comprennent que il y a pas, comment dirais-je, y a pas de réaction immédiate en fait et les rendez-vous sont assez lointains donc de fait y a moins de prescriptions de kinésithérapie. Pour tout ce qui est de la psychomotricité, on a des éducateurs sportifs adaptés auxquels on demande des fois de travailler certaines choses spécifiques donc c'est ce qu'on peut essayer de mettre en place effectivement. Quand on a des patients où on note certaines sensorialités un peu particulières ou alors un travail effectivement sur les douleurs à faire parce que je pense là de suite à une patiente, une ancienne polytoxicomane, qui est très douloureuse et qui est maintenant finalement à cause de ses lombalgies, qui est totalement dépendante aux morphiniques. Et donc de fait, ce genre de patient effectivement c'est compliqué parce qu'à la fois elle est très douloureuse au niveau de son dos de par sa pathologie rhumatologique et en même temps, même si elle a une pathologie rhumato, c'est une ancienne polytoxicomane donc y a des bénéfices secondaires aussi avec certains antalgiques, notamment les morphiniques, on le voit étant donné que c'est une ancienne consommatrice d'opiacés. Donc effectivement ça vient d'intriquer dans la prise en charge et après malheureusement les solutions qu'on peut proposer à ces patients en tous cas sur l'hôpital et de manière encore très pratico-pratique, mis à part des séances avec les éducateurs sportifs adaptés, y a pas de psychomotricité réellement possible ni de prise en charge kiné. Je pense que typiquement pour ce genre de patients bah on sort un peu du cadre, cette dame est schizophrène et ancienne polytoxicomane donc on reste dans le cadre de la schizophrénie, mais pour ce qui est effectivement de certains patients qui n'ont qu'une polytoxicomanie, ça pose question aussi, mais je digresse et je sors du cadre de la schizophrénie. Excusez-moi. (rires)

I -

Non, y a pas de souci. Et du coup, vous me disiez que par exemple pour l'éducateur sportif, vous intervenez enfin vous lui demandez une prise en charge selon des indications spécifiques, par exemple vous le demandez de faire quoi précisément ?

P7 -

Alors ça dépend, alors là en l'occurrence je vais surtout parler, parce que moi les schizophrènes que j'ai sur mon unité sont relativement stabilisés, après le truc c'est que certains n'auront pas le schéma corporel par exemple, des choses comme ça où il y a une mauvaise acquisition de ça donc on peut leur demander, on a des ateliers de relaxation aussi avec les mêmes éducateurs sportifs donc avec lesquels on peut travailler sur la relaxation, le schéma corporel, etc. Travailler sur les douleurs, j'ai aucun de mes schizophrènes là qui sont stables qui sont douloureux donc j'ai pas de réponse spécialement, mais je sais qu'on travaille plus volontiers tout ce qui est appropriation du corps, méditation, relaxation, schéma corporel, le mouvement un peu, l'accompagnement doux du mouvement, tout ce qui est yoga, étirement, etc. Ça ils sont en demande c'est vrai parce que y a ce, je sais pas si c'est biaisé aussi par les médicaments, mais des fois, on en a certains qui nous disent qu'avec les médicaments ils se sentent plus engoncés dans leur corps, moins bien, etc., et c'est là que pour la relaxation et pis tout ce qui est de l'ordre de la méditation et des étirements, c'est là qu'on peut intervenir et faire quelque chose. Après sur les douleurs à proprement parler, pour parler strictement du service de patients que j'ai, y en a pas qui sont pris en charge au niveau douloureux par les éducateurs sportifs. C'est plutôt à d'autres niveaux.

I -

D'accord.

150 **P7 -**
151 Mais je pense que dans les services fermés ça pourrait très bien se produire oui effectivement.
152
153 **I -**
154 Quand vous me dites qui ne sont pas pris au niveau de la prise en charge douloureuse, c'est du
155 coup vous entendez par là qu'ils, quand ils sont algiques ou justement qu'ils ont un problème
156 de perception de la douleur ?
157
158 **P7 -**
159 Dans le sens où moi j'en ai aucun qui se plaint de douleurs.
160 Dans ce service en particulier, après j'en vois des fois sur les gardes, etc. Mais dans mon service
161 en particulier, effectivement les éducateurs sportifs interviennent plutôt pour de la méditation,
162 relaxation, schéma corporel, étirement, mobilisation corporelle douce, mais pas dans le cadre
163 de douleurs.
164
165 **I -**
166 Ok. Et du coup, les patients ils réagissent comment face à ces prises en charge ?
167
168 **P7 -**
169 Ils sont demandeurs. Non non ils sont très demandeurs parce que justement ça leur permet aussi
170 un temps de réappropriation corporelle je dirai vraiment. Avec vraiment des temps où ils
171 peuvent se reposer, se relaxer et faire un petit peu le point sur leur image parce que mine de
172 rien je pense que l'image d'eux-mêmes déjà c'est compliqué pour les patients schizophrènes
173 qui soient stabilisés ou décompensés et puis avec les traitements aussi qui peuvent des fois faire
174 prendre du poids je pense que l'image peut en être perturbée aussi. Et non non, globalement ils
175 sont très demandeurs de ça.
176
177 **I -**
178 Ok.
179
180 **P7 -**
181 Je pense qu'au niveau des douleurs pour reparler de ces patients schizophrènes et
182 polytoxicomanes, ça devient carrément indispensable parce que elle, elle a une routine de prise
183 en charge toutes les semaines avec la même personne qui lui fait travailler spécifiquement sur
184 ses lombalgies, etc. Donc non non je pense que certains sont très demandeurs d'une routine de
185 ce côté-là et d'un suivi, d'un rendez-vous hebdomadaire.
186
187 **I -**
188 D'accord. Donc si je comprends bien, pour vous le fait de travailler dans la corporalité en
189 général ça pourrait aider pour les sensations aussi généralement et dont notamment celles de la
190 douleur ?
191
192 **P7 -**
193 Tout à fait oui.
194
195 **I -**
196 Ok. Super. Pour en venir un peu à la kiné, comme vous m'en avez un peu parlé, il est vrai que
197 dans d'autres pays, c'est prescrit de façon on va dire standardisée et c'est vraiment inscrit dans
198 les mœurs et dans la prise en charge multidisciplinaire en psychiatrie, contrairement en France

malheureusement. Comment voyez-vous l'introduction de cette profession, donc de la kiné, à votre arsenal de prise en charge thérapeutique ?

P7 -

Oh bah ce serait super. (rires) Non ce serait vraiment vraiment super parce que je veux dire, on est sur des équipes qui sont pluridisciplinaires, ça on le sait de plus en plus. Et surtout en psychiatrie effectivement, mais il faudrait qu'on puisse avoir cet accès à la kiné, à la balnéo, et ce pour tout type de patients hein, on parle des patients schizophrènes, mais on peut parler aussi des autistes ou des patients qui ont des comorbidités somatiques et une maladie psychiatrique existante donc non non je pense que ça il faut effectivement qu'on puisse le prescrire, le problème étant qu'en pratique effectivement en France, à l'heure actuelle, quand on le prescrit, y a très peu de créneaux et y a très peu de temps consacré effectivement. Quand on se dit que sur un hôpital, l'embauche d'un kiné bah c'est quand même très peu de temps hein, deux demi-journées par semaine c'est pas énorme donc si on avait au moins une personne à temps plein voire deux, je pense les prescriptions augmenteraient en flèche, que là y a plus trop de kinés qui est prescrite parce que bah effectivement on sait qu'on pourra pas répondre à toute cette demande, mais que je pense que si effectivement on a les moyens et on y met les moyens, les demandes et les prescriptions vont grimper. Ça, c'est sûr.

I -

Donc pour vous les principales limites là ça serait bah le manque de kinés, qui vous vous permettez en tant que prescripteur de plus... ?

P7 -

Je sais pas s'il y a un manque de kiné ou si c'est plus en psychiatrie qu'on sous-estime l'importance de... (rires). Je pense qu'on est plutôt sur une sous-estimation des besoins de kinésithérapie en psychiatrie et que réellement. Parce que des kinés, je me doute qu'il doit y en avoir, mais effectivement peut-être par choix politique, on met de la kinésithérapie plus dans certains domaines et dans certaines spécialités que dans d'autres. Donc la psychiatrie se retrouve effectivement un petit peu oubliée de la situation.

I -

D'accord. Et donc pour vous les leviers, qu'est-ce qu'on pourrait faire pour introduire tout ça, par exemple pour même au niveau de votre hôpital, comment on pourrait interagir pour mettre en place ça par exemple ? Quelles seraient les choses à faire ?

P7 -

Je pense qu'il faudrait déjà peut-être s'adresser effectivement aux principaux intéressés de plus en plus avec les droits du patient, on demande de plus en plus à ce que les patients s'expriment. Notamment en fin d'hospitalisation, en tous cas, à Sainte-Marie, ils ont un petit questionnaire de satisfaction. Bon alors ça fait assez étrange comme ça, c'est vrai qu'il y a quelques années ça aurait même pas été envisagé, mais à l'heure actuelle effectivement, en fin d'hospitalisation, le patient peut tout à fait exprimer son ressenti sur l'hôpital, qu'est-ce qui a manqué, qu'est-ce qu'il lui a plus ? Et qu'est-ce qu'il aurait voulu peut-être de plus pour ses soins ? Donc je pense que sur le même type, si on veut effectivement valoriser la nécessité de kinés sur les hôpitaux psychiatriques de manière générale, peut-être demander aux patients ce qu'ils en pensent tout simplement, est-ce qu'ils ont des maladies chroniques douloureuses d'une part. Je pense que pour ce qui est de l'évaluation douloureuse, l'EVA, l'échelle est remplie de toute façon, les échelles de douleur sont remplies systématiquement et pour tous les patients de l'hôpital. Donc effectivement après ce serait qu'est-ce qu'on fait de ces échelles ?

249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298

I -
C'est ça.

P7 -
Parce que in fine c'est bien beau de faire l'entrée d'un patient sur l'hôpital et de lui faire passer une échelle d'évaluation de la douleur et puis de lui refaire régulièrement, parce que c'est des échelles à refaire passer tout au long de l'hospitalisation, c'est très bien de le faire, c'est tracé et puis ça nous montre aussi à quel type de patientèle on a affaire. Mais dans le même temps, il faudrait en faire quelque chose et effectivement s'il y a une EVA forte qui est tracée, bah à ce moment-là peut-être il faudrait que ça découle sur une prescription de kinésithérapie, en plus des prescriptions d'antalgiques habituels. En général quand on a une EVA élevée à l'hôpital, bon bah finalement c'est on met des traitements antalgiques et puis ça s'arrête là parce que jusque-là on n'a pas les temps nécessaires de paramédicaux, mais peut-être que en faisant intervenir les patients et en leur faisant, en les faisant s'exprimer sur leur ressenti, sur ce qu'ils souhaiteraient eux au cours de leur hospitalisation, on pourrait arriver à faire remonter la demande.

I -
Ok. Et du coup, imaginons si tous ces freins étaient levés, si le monde était beau en France concernant la kiné et la psychiatrie. Pour en revenir à l'altération de la perception donc de la douleur, dans quelle mesure pensez-vous que la prise en charge kiné pourrait avoir un effet favorable sur ce trouble et pourquoi ?

P7 -
Parce que je pense qu'on s'occupe de plusieurs choses. Euh, déjà l'origine de la douleur, savoir si, de quelle douleur on parle, est-ce qu'on parle des douleurs d'une maladie chronique, est-ce qu'on parle même de troubles somatoformes parce que n'oublions pas qu'en psychiatrie bah y a aussi cette partie-là des diagnostics, c'est-à-dire que un patient schizophrène peut être effectivement douloureux parce qu'il a une maladie somatique chronique bien connue ou un patient schizophrène peut être douloureux parce que effectivement il a des troubles somatoformes associés à sa schizophrénie et que effectivement les troubles somatoformes, bah le traitement passe effectivement par une plus grande attention à son corps et une plus grande mobilisation de son corps. Donc je pense qu'en ce sens, mobiliser les patients pour leur permettre finalement de saisir un peu quel est leur schéma corporel à eux et puis de retravailler un peu sur toute cette enveloppe corporelle puisque la psychose c'est ça aussi, c'est le morcellement et si on arrive à travailler sur l'enveloppe corporelle globale du patient et lui faire intégrer tout ça, tout ce schéma corporel et toute son enveloppe, je pense que on pourrait arriver en tous cas à une meilleure stabilité psychique. Et je crois que je me suis égarée parce que c'était pas votre question à la base.

I -
Franchement c'était pas mal hein. Non vous ne vous êtes pas trop égarée. Non, mais enfin c'est vrai que mon sujet c'est vraiment par rapport à l'altération de la perception de la douleur parce qu'il faut bien se recentrer à un moment donné, mais dans tous les cas, même si vous partez plus large, ça sera toujours intéressant donc voilà. Ce que vous avez dit, c'était pas trop égaré.

P7 -
C'était pas trop égaré par rapport à la question, bon ça va. N'hésitez pas à reformuler au cas parce que...

299

300 **I -**

301 Bah du coup voilà, c'est vraiment donc par rapport à l'altération de cette perception, mais donc
302 si je comprends bien, pour vous, si voilà, on remobilise, si même de travailler sur le schéma
303 corporel en général, etc. Ça peut avoir un effet bénéfique sur le patient, sur ses perceptions en
304 général donc celles de la douleur.

305

306 **P7 -**

307 Tout à fait. Après quand vous parlez d'altération de la perception, on parle d'hypo ou d'hyper,
308 parce que...

309

310 **I -**

311 Ça peut être, de ce que j'ai lu, ça peut être les deux selon le patient.

312

313 **P7 -**

314 Parce que moi j'ai l'hyper pas trop, autant oui une moindre perception de la douleur chez les
315 patients schizophrènes, effectivement ça c'est observable et observé. J'ai jamais vu l'inverse,
316 mais effectivement je suis en train de me questionner que ça peut être effectivement une
317 possibilité aussi ouais.

318

319 **I -**

320 C'est beaucoup plus acté pour l'hypo par rapport à la douleur et même par rapport aux
321 perceptions corporelles donc le schéma, y a plus des déficits de perception plutôt qu'une...
322 Mais y en a certains qui ont des affreuses douleurs alors qu'ils n'ont rien par exemple, au niveau
323 bon, mais bon ça c'est pas forcément propre à la schizophrénie je pense donc.

324

325 **P7 -**

326 Tout à fait après d'autres troubles de personnalité, troubles somatoformes et tutti quanti ouais.

327

328 **I -**

329 C'est vrai que ça regroupe tellement de choses.

330

331 **P7 -**

332 Tout à fait par rapport à l'hypoperception en tous cas douloureuse je dirai que oui, de toute
333 façon remettre un peu de mouvement, d'activité, ça peut que permettre justement d'améliorer
334 ce schéma-là et d'être plus en connexion avec son corps et ses ressentis parce que finalement
335 des fois c'est simplement ça qui leur manque, la connexion avec leur propre douleur. Alors
336 nous on travaille beaucoup sur le plan psychologique et psychiatrique avec leur connexion à
337 leurs émotions, à leur redonner accès à leurs propres émotions puisque là aussi les émotions
338 des schizophrènes, c'est extrêmement désaffectivé, y a très peu d'affects chez la personne
339 schizophrène et donc du coup, fatalité le job aussi c'est d'essayer de refaire, de les aider à
340 remettre un peu, de refaire un peu le lien avec leurs propres émotions. Et après je pense que le
341 travail de la kinésithérapie pourrait être là aussi et ce serait super de remettre un peu de lien
342 entre la personne et sa propre enveloppe corporelle, tout simplement. Et pour ça, je pense
343 qu'effectivement de la mobilisation régulière, des exercices réguliers, du mouvement, surtout
344 du mouvement et surtout quand on voit l'inertie des services dans lesquels ils sont, de par
345 l'apragmatisme, de par l'aboulie, l'anhédonie, ils restent quand même très souvent confinés au
346 lit, et ce même quand les équipes soignantes les sollicitent pour telle ou telle activité,
347 effectivement y a cette apathie qui fait qu'ils vont pas avoir tendance à se lever ou alors qu'il
348 faut vraiment qu'ils aient un créneau prévu en individuel avec telle personne pour enfin se

349 mobiliser. Et c'est ça aussi qui pêche et, je pense, qui empêche l'accès aux sensations
350 douloureuses parce que à force de rester finalement alité toute la journée à ne rien faire
351 effectivement, ça n'aide pas à percevoir réellement son corps et à percevoir réellement les
352 messages que nous envoie notre corps, tout simplement. J'espère que j'ai pas encore trop
353 digressé.

354

355 **I -**

356 Non, c'est très intéressant ce que vous dites et enfin, personne l'avait formulé comme ça donc
357 c'est très bien.

358

359 **P7 -**

360 Bah ma foi, innovant.

361

362 **I -**

363 Bah écoutez, je pense qu'on a fait le tour. Moi en tous cas j'ai plus de questions et vous avez
364 fait des réponses plutôt conséquentes, enfin bien construites donc c'est super.

365

366 **P7 -**

367 Bah écoutez c'est parfait.

Annexe 15: Résultats de l'entretien 7

Entretien n°7			
Thème : Altération de la perception de la douleur chez les PAS			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Connaissances des psychiatres	Hypoalgésie	« On le voit spontanément »	16
		« une moindre perception de la douleur chez les patients schizophrènes, effectivement ça c’est observable et observé »	315
	Sensibilité et sensorialité réduites	« la sensibilité à la douleur elle n’y est pas »	24
		« manque de sensibilité »	32
		« récepteurs olfactifs »	37
		« sensations qui sont différentes »	60
	Absence de plainte douloureuse	« escarres »	26
« dorment par terre »		28	
Préconisations	Perturbation image corporelle	« J’en ai aucun qui se plaint de douleurs »	159
	Troubles somatoformes	« l’image peut en être perturbée »	174
		« troubles somatoformes associés à sa schizophrénie »	280
	Symptomatologie psychiatrique	« patients schizophrènes extrêmement décompensés...semaines»	18-19
		« symptômes négatifs »	21
PEC globale	« remettre un peu de mouvement, d’activité »	333	
	« mobilisation régulière, exercices réguliers, du mouvement »	343	
Créneau individuel	« il faut vraiment qu’ils aient un créneau prévu en individuel pour enfin se mobiliser »	348	
Pratiques professionnelles des psychiatres	Thérapie non médicamenteuse	« on a des éducateurs sportifs adaptés »	105
		« on peut travailler sur la relaxation »	134
		« on travaille tout ce qui est appropriation du corps, méditation, schéma corporel, le mouvement...étirement »	137-138
		« interviennent plutôt...mobilisation corporelle douce »	162
	Évaluation de la douleur	« plus grande attention à son corps »	281
« plus grande mobilisation de son corps »		282	
		« l’échelle est remplie de toute façon, les échelles de douleur sont remplies systématiquement et pour tous les patients »	247
		Thème : Bénéfices perçus de la Mkipie pour les PAS	
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Amélioration de la santé physique	Capacités fonctionnelles	« très demandeurs d’une routine...rendez-vous hebdomadaire »	184
		« rester finalement alité toute la journée à ne rien faire »	350

Amélioration des symptômes psychiatriques		« meilleure stabilité psychique » « connexion à leurs émotions » « accès à leurs propres émotions » « très peu d'affects »	287 337 337 338
Amélioration de la conscience corporelle		« ils sont très demandeurs...réappropriation corporelle » « faire le point sur leur image » « saisir un peu quel est leur schéma corporel à eux » « retravailler sur toute cette enveloppe corporelle globale » « connexion avec son corps et ses ressentis » « connexion avec leur propre douleur »	170 171 283 285 334 335
Thème : Leviers à l'introduction de la Mkpie en SM en France			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Facteurs structurels	Augmentation du nombre de MK	« si on avait au moins une personne à temps plein voire deux, je pense les prescriptions augmenteraient en flèche » « si on a les moyens et on y met les moyens, les demandes et les prescriptions vont grimper, ça c'est sur »	212-214 215
Facteurs liés au patient	Intégration du patient dans le choix décisionnel	« il faudrait déjà s'adresser aux principaux intéressés » « droits du patients » « patients s'expriment » « demander aux patients ce qu'ils en pensent »	236 237 237 244
Facteurs liés aux PS	Perception positive de la Mkpie en SM par les psychiatres	« oh bah ce serait super » « ce serait vraiment super...équipes qui sont pluridisciplinaires » « il faut effectivement qu'on puisse le prescrire » « Tout ce qui est psychomotricité, kinésithérapie, je pense...importantes »	203 204 208 91-92
Thème : Barrières à l'introduction de la Mkpie en SM en France			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Facteurs liés aux médecins	Méconnaissance du rôle du MK en SM	« Sous-estimation des besoins de kinésithérapie en psychiatrie »	224

Facteurs structurels	Politique de la structure	<p>« on n'a pas...dédié »</p> <p>« des petits temps »</p> <p>« liste d'attente très longue »</p> <p>« deux demi-journées par semaine »</p> <p>« rendez-vous assez lointains »</p> <p>« moins de prescriptions »</p> <p>« très peu de créneaux »</p> <p>« très peu de temps consacré »</p> <p>« c'est pas énorme »</p> <p>« on met de la kinésithérapie plus dans certains domaines et spécialités que dans d'autres »</p>	<p>94</p> <p>95</p> <p>100</p> <p>96</p> <p>104</p> <p>104</p> <p>210</p> <p>210</p> <p>212</p> <p>226-</p> <p>227</p>
----------------------	---------------------------	---	--

Annexe 16 : Entretien psychiatre 8

I -

Allez super. Donc on peut commencer, du coup, j'ai pu lire dans la littérature qu'il existait une altération des perceptions corporelles dont notamment celles de la douleur avec une certaine hypoalgésie lors de pathologies somatiques du coup chez les patients atteints de schizophrénie. Que pouvez-vous me dire à ce sujet dans votre pratique ?

P8 -

Euh... Une altération de la sensation corporelle avec une hypoalgésie.

I -

C'est ça.

P8 -

Euh... Que c'est vrai, mais je pense que c'est pas une diminution des sensations corporelles, je pense que c'est une incapacité à expliquer et à exprimer leurs sensations corporelles.

I -

Ok.

P8 -

Au contraire, je pense qu'ils sont plus sensibles que la moyenne.

I -

Ok. Vous pouvez m'en dire un peu plus, si vous avez des exemples ou ?

P8 -

En tous cas, en fait, je pense que le fait qu'ils n'arrivent pas à exprimer leurs sensations corporelles les rend plus sensibles parce que du coup, ils y font plus attention. Par exemple, un patient qui va avoir euh... Je sais pas une douleur au pied euh, et ben y va pas dire qu'il a mal au pied, mais il va dire que ça va pas du tout, il va être très angoissé, il va être très irritable, mais il va pas savoir expliquer pourquoi. Et du coup, ce pied qui fait tout le temps mal, il saura pas dire pourquoi il fait tout le temps mal, mais il va y penser tout le temps, tout le temps, à tel point que même la nuit il va y penser. Mais il ne va pas savoir l'expliquer.

Et du coup, il va beaucoup ressentir la douleur jusqu'à ce qu'on arrive enfin à mettre le doigt sur la douleur.

I -

D'accord, Très bien. Et du coup, par rapport à votre examen clinique, etc. Comment vous faites pour adapter votre prise en charge face à ces altérations, qu'elles soient du coup hyper ou hypo ?

P8 -

Euh... On... Comment je fais et ben je parle beaucoup avec eux. Je les examine même physiquement en tant que psychiatre, j'ai toujours tendance à leur dire, c'est quoi cette cicatrice ? Pourquoi vous avez un bleu ? Vos chaussures sont petites, est-ce que ça vous fait pas mal aux pieds ? Montrez-moi vos pieds. Enfin, je fais très attention physiquement comment ils se présentent et je les interroge, je leur pose la question et parfois j'essaie de voir avec eux si on peut faire un lien et parfois ils me disent c'est vrai, j'ai joué au foot, ça m'est arrivé fort par

50 exemple sur le pied et depuis je suis plus en colère. Donc voilà, on essaie par des entretiens, par
51 des entretiens médicaux surtout.

52

53 **I -**

54 Ok, très bien. Et du coup, une fois que vous avez objectivé ces altérations, est-ce que vous
55 mettez en place des prises en charge particulières pour pallier ces troubles?

56

57 **P8 -**

58 Et ben non parce que à ce jour, j'ai peu de moyens pour mettre en place quelque chose de
59 particulier.

60

61 **I -**

62 Mais vous préconiseriez quoi du coup si c'était faisable ou avec plus de moyens, qu'est-ce que
63 vous feriez ?

64

65 **P8 -**

66 Qu'est-ce que je ferais ? Peut-être que je mettrais en place un peu des, alors pour la douleur ou
67 pour les perceptions sensorielles, peut-être que je mettrai en place un petit peu tout ce qui, alors,
68 le bien-être sensoriel, voyez un peu, la mise en place, alors, massages ou de choses qui
69 permettent de restimuler un peu le sensoriel en fait. Euh... Attendez je vais voir... euh... Je ne
70 sais pas ce que je ferai d'autre. Ouais j'essayerai de mettre en place un soin corporel, voyez des
71 choses un peu soins corporels quoi. Enfin, quelque chose qui les fait retravailler leurs
72 sensations.

73

74 **I -**

75 D'accord. Et du coup, y a pas du tout des thérapies comme ça là dans votre lieu d'exercice ?

76

77 **P8 -**

78 Alors s'il y en a, bah je sais pas. Je ne les connais pas.

79

80 **I -**

81 Ok, je veux dire, il n'y a rien de mis en place forcément pour ces altérations ?

82

83 **P8 -**

84 Moi j'ai l'impression que pour le moment, non il n'y en a pas, y a rien qui est mis en place.
85 Après peut-être qu'il y en a, vous savez, peut-être sur l'hôpital y a quelque chose qu'existe et
86 je suis pas au courant.

87

88 **I -**

89 Oui bien sûr.

90

91 **P8 -**

92 Voilà.

93

94 **I -**

95 Ok et du coup, vous m'avez parlé de massages, etc. Du coup, pour vous, si je comprends bien,
96 tout ce qui est contact avec le patient justement ça pourrait l'aider à retrouver plus de sensations
97 au niveau corporel et ?

98

99 **P8 -**
100 En tous cas, oui ça pourrait l'aider à retrouver plus de sensations et ça, de toute façon n'importe
101 quel contact humain et un contact de soin permettra au patient de mieux s'exprimer et de mieux
102 partager ces souffrances et oui, c'est très important.
103
104 **I -**
105 Ok. Très bien. Et donc du coup, c'est vrai du coup que parmi les thérapies non médicamenteuses
106 et du coup de soins corporels, y a la masso-kinésithérapie. Et cependant contrairement à
107 d'autres pays, par exemple les pays scandinaves, la kiné n'est pas du tout prescrite de façon
108 standardisée en France et notamment pour les troubles de la santé mentale. Et comment voyez-
109 vous l'introduction de cette profession à votre arsenal thérapeutique de prise en charge ? Si
110 vous voyez des limites potentielles enfin des freins ?
111
112 **P8 -**
113 Alors ça serait fantastique, je crois. Ce serait fantastique. Je pense quand même qu'il faudrait
114 peut-être prescrire ça à des patients qui sont alors qui sont à peu près stabilisés ou en tous cas
115 pas trop, pas dans une crise aiguë parce que c'est vrai que voilà, accéder au sensitif chez ces
116 gens-là quand ils sont trop décompensés, ce sera difficile pour eux, ça leur exigera beaucoup
117 trop d'énergie. Mais à partir du moment où ils vont un peu mieux voire même quand ils sont
118 stabilisés, je pense que ça pourrait leur apporter que du positif. De toute façon, les patients sont
119 des gens qui sont quand même capables de dire ça me convient, ça me convient pas en fait donc
120 je pense qu'à partir du moment où on les écoute, on leur propose et si ça leur apporte quelque
121 chose de positif, ils continueront et si pour eux c'est trop désagréable, ils sauront tout à fait le
122 dire.
123
124 **I -**
125 Ok très bien. Donc du coup, pour vous, ça serait une bonne alternative et une bonne thérapie et
126 voilà comme c'est pas fait en France, pour vous quels sont les freins pour que cela devienne
127 plus standardisé et que cela rentre plus dans les mœurs on va dire ?
128
129 **P8 -**
130 Qu'est-ce que c'est comme freins ? Les freins de ça ?
131
132 **I -**
133 Oui.
134
135 **P8 -**
136 C'est l'argent, c'est tout. Combien ça coûte d'employer quelqu'un qui peut proposer ça ? Je
137 pense que les seuls freins en France actuellement pour la santé en grande partie, c'est le manque
138 de personnel et l'argent que ça coûte.
139
140 **I -**
141 Donc il y a le manque de personnel et l'argent pour les institutions par exemple.
142
143 **P8-**
144 Voilà.
145

146 **I -**
147 Mais par exemple, il y a des kinés, si vous dites que c'était intéressant pour par exemple les
148 patients stabilisés, il y a des kinés en libéral par exemple. Pourquoi les psychiatres ne
149 prescriraient pas de la kiné pour ces kinés-là ?
150

151 **P8 -**
152 Ah si on peut prescrire des kinés en libéral sauf que donc, c'est ce que je faisais notamment sur
153 Rouen pour certains des patients, quand j'étais sur Rouen. Sur Nice, pour le moment, j'ai pas
154 trouvé de kiné, alors j'essaie bien de travailler mon réseau de kiné, mais pour le moment, j'ai
155 pas trouvé de kiné qui accepte encore mes patients schizophrènes dans des heures de la journée
156 à partager leur cabinet avec d'autres patients parce quand même, voilà y a des moments où ils
157 ne vont pas toujours bien nos patients schizophrènes. Je pense qu'il faut avoir des kinés qui
158 soient un peu formés pour nos patients et qui soient en tous cas, qui sachent faire quelque chose
159 qui soit un peu spécifique pour eux. Je pense que pas tous les kinés peuvent prendre en charge
160 les patients de psychiatrie. Et oui je faisais des orientations kiné sur Rouen notamment. Mais
161 parce qu'on avait un kiné qui avait été, avant d'être kiné, infirmier psychiatrique.
162

163 **I -**
164 D'accord. Et du coup, quand vous prescriviez des séances vers ce kiné, c'était dans quel but ?
165 Avec quelles indications particulières ?
166

167 **P8 -**
168 Alors l'indication c'était l'indication c'était surtout, en général je marque les renforcements
169 musculaires au kiné ou un petit peu faire un petite peu aussi, on travaille aussi avec un
170 ergothérapeute et donc le kiné l'ergothérapeute. Avec le bilan de l'ergothérapeute, le kiné sait
171 travailler le patient ce qui allait améliorer un peu son quotidien. Et puis ensuite en fait, le kiné
172 faisait un petit peu ce qu'il souhaitait, c'est sa spécialité, ce qu'il pensait être bien en accord
173 avec le patient. Et donc parfois il faisait aussi plus du massage, ces choses-là voilà. C'était un
174 collègue qu'on connaissait bien donc, je prescrivais renforcement musculaire, 15 séances et
175 voilà.
176

177 **I -**
178 D'accord. Donc pour vous y avait pas forcément d'indications ou en tout cas quelque chose de
179 précis à travailler chez le patient ?
180

181 **P8 -**
182 Bah en fait, je pense que si y avait des choses précises, mais moi je ne savais pas le prescrire
183 donc je faisais confiance au kiné qui lui c'était sa spécialité donc il allait faire la bonne chose.
184 Mais je veux bien avoir une formation pour savoir quoi prescrire exactement.
185

186 **I -**
187 Ok. Super. Et donc si je comprends bien, si là aujourd'hui à Nice vous ne prescrivez pas, c'est
188 parce que donc vous ne savez pas vers qui orienter, donc ça serait plus le manque de kinés
189 spécialisés en qui vous pouvez avoir confiance pour ce type de pathologie.
190

191 **P8 -**
192 Tout à fait.
193

194 **I -**
195 Vous voyez pas d'autres freins par exemple ?

196

197 **P8 -**

198 D'autres freins (silence). En fait je pense vraiment qu'il faut avoir un kiné qui est spécialiste
199 parce que le problème c'est qu'il faut, qu'il faut qu'il soit aussi capable de dire bah vous savez
200 là monsieur je vous trouve pas bien aujourd'hui et je pense peut-être que on pourrait remettre
201 la séance à demain. Et pouvoir entre-temps nous appeler et nous dire vous savez il ne va pas
202 bien, il décompense, il a besoin de soins, je veux pas qu'on se voit en séance parce que je pense
203 que ce que je vais lui apporter va être ressenti comme une sensation négative et que vu que le
204 patient schizophrène appréhende les difficultés quand ils sont moins bien à le dire les choses.
205 Je pense que ce qui me freine, c'est qu'en effet, j'ai pas de contact avec quelqu'un qui connaît
206 bien, qui a travaillé dans la psychiatrie avant de faire kiné ou l'inverse, mais voilà.

207

208 **I -**

209 Ok. Et du coup, imaginons que ces freins soient levés. Donc imaginons si vous connaissiez un
210 kiné spécialisé pas loin de Nice, pour en revenir à l'altération des perceptions corporelles et
211 donc de la douleur, dans quelle mesure pensez-vous que la prise en charge kiné pourrait avoir
212 un effet favorable sur ces troubles de la perception ?

213

214 **P8 -**

215 Bah, dans quel ? J'ai un peu du mal à comprendre la question. Comment ça dans quelle mesure ?
216 Est-ce que ça pourrait améliorer ? Oui je pense que si on travaille sur ça de toute façon, ça
217 améliorera le patient à mieux reconnaître ses sensations.
218 Forcément ça lui permettra de mieux reconnaître sa douleur. Si on lui apprend que quand ça
219 appuie là et que c'est désagréable et que le désagréable, ça veut dire que ça l'énerve, ça le met
220 en colère, ça l'empêche de dormir, et tout ça, bah du coup il saurait reconnaître la douleur et
221 donc du coup, il saura mieux la dire et donc enfin il la ressentira, il pourra le dire, il pourra
222 exprimer correctement. Je pense que ça, chez ceux qui ressentent moins la douleur. Alors de
223 votre définition, si j'ai bien compris, c'est les patients schizophrènes de la littérature, ce qu'il
224 est dit, ils ressentent moins la douleur.

225

226 **I -**

227 Ou ils ont des altérations des perceptions en général.

228

229 **P8 -**

230 Voilà, moi je pense qu'ils ont des altérations des perceptions. Ils sentent différemment la
231 douleur et en plus ils ne savent pas l'exprimer. Et donc je pense qu'en travaillant sur ça,
232 forcément ça va améliorer leur reconnaissance de leur douleur, au moins la qualification du fait
233 j'ai mal, de me dire j'ai mal.

234

235 **I -**

236 Histoire de mieux reconnaître la douleur c'est ça ?

237

238 **P8 -**

239 Ouais ouais tout à fait.

240

241 **I -**

242 Ok. Très bien, et donc le kiné, qu'est-ce qui pourrait faire pour ça ? Selon vous.

243

244 **P8 -**
 245 Qu'est-ce qu'il pourrait faire ? Quand le patient a une douleur, qu'est-ce que le kiné peut faire ?
 246
 247 **I -**
 248 Bah pour les altérations des perceptions en général, si on part sur ça.
 249
 250 **P8 -**
 251 Euh... Il pourrait leur... Bah faire un peu d'éducation thérapeutique quoi, quand, petit à petit
 252 travailler avec le patient. Par exemple, un patient on a repéré qu'il avait mal à la jambe, on lui
 253 prescrit du kiné pour que le kiné petit à petit travaille justement autour de la zone de la jambe
 254 et apprenne, alors en parallèle il travaille avec l'autre jambe, au patient à reconnaître est-ce que
 255 là quand je vous touche, ça fait mal, est-ce que... Enfin voilà de l'éducation thérapeutique.
 256 Peut-être du massage, peut-être aussi mettre en place, je sais pas, parfois chez les kinés, de faire
 257 un peu de balnéo, des choses dans l'eau, des choses comme ça peuvent, ça peut améliorer les
 258 douleurs, en tous cas les faire diminuer. Donc peut-être que le kiné pourra apporter tout ça. Je
 259 crois à la microstimulation avec les trucs électroniques, mais bon chez les schizophrènes ça je
 260 pense qu'il vaut mieux éviter les boîtiers électroniques. Je pense qu'il y a des choses assez
 261 spécifiques qu'il faudra éviter. Voilà.
 262
 263 **I -**
 264 Vous voyez rien d'autre ?
 265
 266 **P8 -**
 267 Non.
 268
 269 **I -**
 270 C'est déjà pas mal.
 271
 272 **P8 -**
 273 Y a d'autres choses ?
 274
 275 **I -**
 276 Ah non non non, mais moi je sais pas c'est pour ça que je vous pose la question. Et puis c'est
 277 vos idées préconçues, ça, c'est pour une étude.
 278
 279 **P8 -**
 280 En fait, j'ai aucune idée. Si j'allais chez le kiné, peut-être j'aurais plus d'idées de choses que
 281 l'on peut faire notamment pour faire reconnaître la douleur et travailler sur... Mais je ne sais
 282 pas.
 283
 284 **I -**
 285 D'accord. Donc pour vous aussi le manque de connaissances des psychiatres par exemple sur
 286 le métier de kiné, ça pourrait être un frein en plus, si je comprends bien ce que vous me dites ?
 287
 288 **P8 -**
 289 Oui.
 290
 291 **I -**
 292 Ok. Bon bah je pense qu'on a fait le tour.

Annexe 17 : Résultats de l'entretien 8

Entretien n°8			
Thème : Altération de la perception de la douleur chez les PAS			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Connaissances des psychiatres	Difficulté d'expression des sensations	« je pense que c'est une incapacité à expliquer et à exprimer leurs sensations corporelles »	17
		« le fait qu'ils n'arrivent pas à exprimer leurs sensations corporelles »	29
		« il va pas savoir expliquer pourquoi »	33
		« ils ne savent pas l'exprimer »	231
	Hypersensibilité	« je pense qu'ils sont plus sensibles que la moyenne » « ils y font plus attention » « très angoissé, il va être très irritable » « il va beaucoup ressentir la douleur jusqu'à ce qu'on arrive enfin à mettre le doigt sur la douleur »	23 30 32 36
	Hypoalgésie	« ils sentent différemment la douleur »	231
	Symptomatologie psychiatrique	« c'est vrai que voilà, accéder au sensitif chez ces gens-là quand ils sont trop décompensés, ce sera difficile pour eux »	115-116
Préconisations	PEC globale	« peut-être que je mettrai en place un petit peu tout ce qui, alors, le bien-être sensoriel, voyez un peu, la mise en place, alors, massages ou de choses qui permettent de restimuler un peu le sensoriel en fait »	67-69
		« mettre en place un soin corporel, voyez des choses un peu soins corporels quoi. Enfin, quelque chose qui les fait retravailler leurs sensations »	70-72
		« n'importe quel contact humain et un contact de soin permettra au patient de mieux s'exprimer et de mieux partager ces souffrances »	101-103
		« peut-être du massage » « faire un peu de balnéo »	
	Indication précise	« Je pense quand même qu'il faudrait peut-être prescrire ça à des patients qui sont alors qui sont à peu près stabilisés »	113-114
	Éducation thérapeutique	« faire un peu d'éducation thérapeutique »	251
Pratiques professionnelles des psychiatres	Thérapie non médicamenteuse	« on travaille aussi avec un ergothérapeute » « en général je marque les renforcements musculaires au kiné » « je prescrivais renforcement musculaire, 15 séances et voilà. »	171 169 174
	Discussion avec le patient	« je parle beaucoup avec eux »	44

	Évaluation de la douleur	« je les examine même physiquement » « je fais très attention physiquement » « je les interroge » « entretiens médicaux »	45 47 48 51
Thème : Bénéfices perçus de la Mkipie pour les PAS			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Amélioration de la qualité de vie		« améliorer un peu son quotidien » « améliorer les douleurs, en tout cas les faire diminuer »	171 258
Amélioration de la conscience corporelle		« Oui je pense que si on travaille sur ça de toute façon, ça améliorera le patient à mieux reconnaître ses sensations » « Forcément ça lui permettra de mieux reconnaître sa douleur »	217-218 220
Meilleure expression de la douleur		« coup il saurait reconnaître la douleur et donc du coup, il saura mieux la dire et donc enfin il la ressentira, il pourra le dire, il pourra exprimer correctement » « je pense qu'en travaillant sur ça, forcément ça va améliorer leur reconnaissance de leur douleur, au moins la qualification du fait j'ai mal, de me dire j'ai mal. »	222 231-232
Thème : Leviers à l'introduction de la Mkipie en SM en France			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Facteurs liés au patient	Intégration du patient dans le choix décisionnel	« patients sont des gens qui sont quand même capables de dire ça me convient, ça me convient pas en fait donc je pense qu'à partir du moment où on les écoute, on leur propose et si ça leur apporte quelque chose de positif, ils continueront et si pour eux c'est trop désagréable, ils sauront tout à fait le dire »	119-122
Facteurs liés aux PS	Développement de formation en SM pour les MK	« Je pense qu'il faut avoir des kinés qui soient un peu formés pour nos patients et qui soient en tous cas, qui sachent faire quelque chose qui soit un peu spécifique pour eux » « En fait je pense vraiment qu'il faut avoir un kiné qui est spécialiste »	157-159 199
	Perception positive de la Mkipie en SM par les psychiatres	« ça serait fantastique » « quand ils sont stabilisés, je pense que ça pourrait leur apporter que du positif » « peut-être que le kiné pourra apporter tout ça »	113 118 258
	Développement de formation pour les médecins	« Mais je veux bien avoir une formation pour savoir quoi prescrire exactement »	184
Thème : Barrières à l'introduction de la Mkipie en SM en France			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes

Facteurs liés aux médecins	Méconnaissance du rôle du MK en SM	« Si j'allais chez le kiné, peut-être j'aurais plus d'idées de choses que l'on peut faire notamment pour faire reconnaître la douleur et travailler sur... Mais je ne sais pas. »	280-281
Facteurs liés aux MK	Manque de formation en SM	« Sur Nice, pour le moment, j'ai pas trouvé de kiné, alors j'essaie bien de travailler mon réseau de kiné » « j'ai pas de contact avec quelqu'un qui connaît bien, qui a travaillé dans la psychiatrie avant de faire kiné ou l'inverse »	154 206
	Réticence	« j'ai pas trouvé de kiné qui accepte encore mes patients schizophrènes dans des heures de la journée à partager leur cabinet avec d'autres patients »	155-156
Facteurs structurels	Financement limité	« c'est l'argent, c'est tout » « combien ça coûte d'employer quelqu'un qui peut proposer ça » « j'ai peu de moyens pour mettre en place quelque chose de particulier »	136 136 58
	Manque de personnel	« seuls freins en France actuellement pour la santé en grande partie, c'est le manque de personnel.. »	138

Annexe 18 : Entretien psychiatre 9

I-

Allez, super ! Du coup, j'ai pu lire dans la littérature qu'il existait une potentielle hypoalgésie chez les patients atteints de schizophrénie...une altération des perceptions corporelles en général, donc voilà. On parle souvent d'une certaine hypoalgésie lors de pathologies somatiques. Du coup, que pouvez-vous me dire à ce sujet s'il vous plaît ?

P9-

Je pense que déjà on est très mal formés à ça. Moi, en psychiatrie, dans mes cours on ne m'a jamais appris qu'effectivement lors des pathologies somatiques, les patients psychotiques, afin schizophrènes, pouvaient souffrir de ça. Donc je pense que déjà, c'est une réelle problématique que moi j'ai rencontrée, que j'ai découverte plus tard. Mais je trouve qu'il y a un vrai déficit de formation des psychiatres qui fait qu'il y a pas mal de pathologies somatiques qui passent à la trappe. En tout cas, qui ne sont pas bien entendues par les psychiatres, même si ce n'est pas notre rôle premier, on est quand même le premier interlocuteur des patients, donc on devrait pouvoir mieux entendre les plaintes, ces plaintes-là en tout cas. Et, après, oui, oui, c'est quelque chose que moi j'ai découvert après, sur le tas en vrai, en travaillant, c'est ce que mes collègues m'ont expliqué. Après, l'hypoalgésie, enfin moi ce que j'observe beaucoup avec les patients schizophrènes c'est de manière générale, effectivement une grosse difficulté des perceptions corporelles de manière générale, que ce soit la douleur ou d'autres perceptions corporelles. Avec aussi des perceptions de leur corps qui sont très perturbées, que ce soit au niveau des sensations, au niveau des formes aussi. Il peut y avoir des conceptions très tordues, très distordues de leur corps. Que vous dire d'autre sur l'hypoalgésie ? Là, c'est un peu ça qui me vient là.

I-

Non, mais c'est déjà pas mal. Et du coup, comme ça vous est arrivé en pratique un peu plus avec l'expérience, comment vous réagissez à ça ? Ou qu'est-ce que vous mettez en place par exemple ?

P9-

Alors, ce que je mets en place aujourd'hui, en tout cas maintenant que c'est quelque chose que j'ai bien en tête, c'est déjà de manière générale une meilleure formation de l'équipe infirmière et des médecins généralistes. Alors là, j'ai la chance à Sainte-Marie de travailler avec des médecins généralistes qui ont l'habitude de travailler avec des patients psys, donc globalement ils savent. Mais ce n'était pas le cas dans mon autre travail précédent par exemple, et donc déjà ne serait-ce que faire une bonne information des médecins généralistes qui vont être amenés à voir les patients pour qu'ils puissent, eux, bien prendre en compte ce que les patients vont leur raconter. Et puis, les infirmiers ! Parce que c'est eux qui vont être en première ligne face aux patients, et qu'ils puissent mieux entendre les plaintes des gens. Parce que finalement, il y a la schizophrénie, mais il y a aussi les traitements neuroleptiques qui vont donner des perceptions corporelles un petit peu altérées et voir parfois atténuées. Donc, c'est quelque chose qu'on rencontre souvent, et malheureusement il y a souvent cette idée, dans les infirmiers, quand on ne leur explique pas, qu'il n'a pas l'air d'avoir si mal. C'est un truc qui revient quand même beaucoup. Et, je pense que du coup, la première action que j'ai pu faire c'était la formation du personnel. Enfin la formation, le mot est un peu grand.

I-

50 Oui, oui.

51

52 **P9-**

53 Mais leur en parler en tout cas. Après, peut-être que je suis un peu plus... Un peu plus vigilante.
54 Parce que par exemple, je ne suis pas que... j'ai 20 % de mon temps qui est au CMP aussi, donc
55 toujours à l'annexe du centre hospitalier, mais donc en consultation. Des patients qui ne sont
56 pas hospitalisés. Et je vais assez facilement leur dire d'aller voir leur médecin traitant, pour le
57 coup. Et je vais souvent prendre la peine de faire un courrier pour expliquer justement, pour pas
58 que ça soit un peu passé à la trappe par le médecin généraliste qui se dise que ce n'est pas grave.
59 Je vais souvent expliquer dans un petit courrier d'adressage pourquoi ça m'inquiète ou pourquoi
60 j'estime que ça serait bien d'aller voir, d'aller checker qu'il ne se passe rien.

61

62 **I-**

63 D'accord.

64

65 **P9-**

66 Puis j'explique au patient aussi, je pense que d'ailleurs ça devrait venir en premier dans ma
67 réponse, mais j'explique au patient que c'est pas parce qu'il n'a pas très, très mal que ce n'est
68 pas très grave.

69

70 **I-**

71 OK. Donc déjà, donc quand vous parlez au patient, c'est vrai que vous essayez de vous-même
72 déjà un peu le sensibiliser aux différentes perceptions, etc. c'est ça ? Si je comprends bien ?

73

74 **P9-**

75 Ouais.

76

77 **I-**

78 OK. Vous alliez dire autre chose par rapport aux médecins généralistes ?

79

80 **P9-**

81 Non, je pense que c'est à peu près ça.

82

83 **I-**

84 OK. Et du coup, vous m'avez dit tout à l'heure que des fois il y a certaines pathologies
85 somatiques qui pouvaient un peu passer à la trappe. Pour éviter tout ça, qu'est-ce que vous faites
86 en particulier du coup lors de vos prises en charge ?

87

88 **P9-**

89 Je dirais que si on suit les recommandations, on n'a pas à particulièrement faire une prise en
90 charge pour ça. Dans le sens où, ce que je constate c'est qui se passe beaucoup à la trappe c'est
91 toutes les pathologies ulcéreuses parce que les symptômes que les patients expriment c'est soit
92 justement des douleurs qu'ils ne vont pas ressentir ou pas ressentir comme tout le monde, ou
93 alors d'autres plaintes qu'assez facilement les équipes peuvent considérer comme délirantes.

94

95 **I-**

96 Ouais. Ah, je vous entends plus. C'est bon.

97

98 **P9-**

99 Bilan sanguin régulier, mais ça, ne serait-ce que parce que ces patients ont un traitement, on est
100 obligé de faire un bilan sanguin une fois par an, voire une fois tous les 6 mois en fonction des
101 médicaments. Et ça, je pense que pour le coup ça suffit de faire du dépistage grossier, un ECG
102 aussi régulièrement. En en parlant, je me dis que probablement je devrais leur dire de faire des
103 check-ups régulièrement auprès de leur médecin traitant, mais je ne l'ai jamais fait.

104

105 **I-**

106 Voilà, comme quoi ça donne des idées.

107

108 **P9-**

109 Mais non, je dirais que c'est plus une attitude de vigilance un peu particulière où quand les gens
110 me rapportent des symptômes, même s'ils me paraissent pas inquiétants en soi, je serais peut-
111 être plus vigilante que pour un patient pas psychotique.

112

113 **I-**

114 OK. Ça marche. Donc là, on a parlé de tout ce qui était vigilance. Et donc par rapport aux
115 altérations générales un peu des perceptions corporelles, est-ce que vous préconiseriez des
116 thérapies non médicamenteuses du coup pour un peu travailler là-dessus ? Et si oui, pourquoi ?

117

118 **P9-**

119 Moi, j'ai travaillé dans mon ancien CMP, j'ai essayé de retrouver le nom avant, mais impossible
120 de retrouver. Je travaillais avec une professionnelle qui était... Alors ce n'était pas de l'art
121 thérapie, ce n'était pas de la danse thérapie, mais elle n'était pas kiné, elle avait une spécialité
122 en gros de prise en charge corporelle des patients psychotiques. Voilà, je suis désolée, je
123 n'arrive plus à me rappeler son nom, l'intitulé exact de son poste. Donc j'ai beaucoup l'habitude
124 de travailler, alors ce n'était pas que les patients psychotiques, mais en grande majorité, et
125 j'avais l'habitude de pas mal travailler avec elle parce que justement, il y a l'hypoalgésie, mais
126 chez les patients psychotiques ça va quand même bien au-delà.

127

128 **I-**

129 Bien sûr.

130

131 **P9-**

132 Ils ont aussi une représentation de leur corps qui est quand même très perturbée, qui est souvent
133 très morcelée. J'ai jamais fait d'adressage à des kinés... si, j'ai déjà. Si, ça m'est déjà arrivé de
134 faire des adressages à des kinés pour des patients psychotiques pas trop lourds, c'est-à-dire pas
135 trop décompensés.

136

137 **I-**

138 Oui.

139

140 **P9-**

141 Qui vont suffisamment mieux pour déjà bien vivre qu'on les touche. Parce que quand ils
142 arrivent à l'hôpital, clairement c'est pas possible, enfin je pense que c'est même pas souhaitable
143 qu'on les approche de trop près, parce que je pense qu'il y a des angoisses d'intrusions très
144 importantes qui font que quand on n'a plus trop la perception de ce qui est dedans et ce qui est
145 dehors, avoir des mains qui vous touchent c'est compliqué.

146

147 **I-**

148 C'est clair.

149

150 **P9-**

151 Parce qu'on a l'impression qu'elles vont dedans.

152

153 **I-**

154 Et ouais, ouais, ouais.

155

156 **P9-**

157 Et... Oui, ça m'est déjà arrivé. Alors peut-être du coup depuis CMP parce que justement au

158 CMP les patients sont un petit peu plus stabilisés. J'en ai déjà envoyé chez le kiné, j'en ai déjà

159 envoyé chez l'ostéopathe. Peu importe... Enfin pas peu importe, mais c'est plus dans l'idée de

160 retravailler un peu le corps. Parce que, que ce soit la pathologie, mais aussi les traitements, il y

161 a les perceptions corporelles qui sont altérées avec la maladie, mais il y a aussi le traitement qui

162 les fige énormément, malheureusement. Et du coup c'est assez... c'est un vrai boulot en fait de

163 les réconcilier avec leur corps. Je ne sais pas comment le dire autrement, c'est hyper cliché dit

164 comme ça.

165

166 **I-**

167 Non, non.

168

169 **P9-**

170 Je pense que j'aimerais bien adresser plus, mais que je ne sais pas à qui en fait. C'est que je veux

171 bien adresser à des kinés, mais je pense qu'il faut des kinés qui sachent un peu de quoi il s'agit.

172

173 **I-**

174 Bien sûr.

175

176 **P9-**

177 Et qui soient formés. Je ne peux pas adresser pour lombalgie, ils n'ont pas mal au dos. Enfin...

178

179 **I-**

180 C'est ça.

181

182 **P9-**

183 Je ne sais pas si vous voyez ce que je veux dire.

184

185 **I-**

186 Ben oui, oui, ça sera ma prochaine question du coup.

187

188 **P9-**

189 D'accord.

190

191 **I-**

192 Mais ouais, non c'est clair que ça, c'est une des limites on va dire du problème. Et du coup,

193 quand vous disiez travailler par rapport au corps, etc. Donc si je comprends, juste de faire voilà

194 travailler le corps dans sa globalité ça permettrait de mieux prendre en charge, enfin qu'eux ils

195 aient des meilleures perceptions en général ?

196

197 **P9-**

198 Ah oui, je pense. Ne serait-ce que faire des exercices de base pour faire ressentir chacun des
199 muscles, comment ça marche, j'en sais rien moi. Parfois même des massages pour soulager les
200 tensions, pour qu'ils puissent aussi prendre conscience que le corps, ça peut être aussi quelque
201 chose d'agréable, et pas qu'une source, quelque chose d'un peu étranger à eux. C'est aussi,
202 malheureusement, du fait de la pathologie, des gens qui vont être souvent très sédentaires, et le
203 fait de reprendre contact avec le corps c'est le remettre un petit peu à l'activité physique mine
204 de rien. Parce que chez le kiné, ça peut être aussi un moyen de reprendre un peu le sport. Et je
205 pense que par ces... il y a plein de biais par lesquels ça peut être utile en fait, je pense.

206

207 **I-**

208 OK. Super ! Et du coup, tout ça c'est ce que vous penseriez ou vous avez aussi eu un retour
209 d'expérience face par exemple aux ressentis des patients, etc. qui vous disaient a posteriori leurs
210 ressentis face à l'ostéopathe ?

211

212 **P9-**

213 Il y en a quelques-uns que j'ai envoyés en tout cas, que ce soit... Pardon ?

214

215 **I-**

216 Oui, par exemple l'ostéopathe, le kiné, les quelques fois que vous avez pu en rediriger...

217

218 **P9-**

219 Ils étaient super contents.

220

221 **I-**

222 Ils étaient contents ?

223

224 **P9-**

225 Enfin, en tout cas je n'ai jamais eu de mauvais retours. Jamais. Je n'en ai pas envoyé 2 000 non
226 plus, mais que ce soient mes adressages chez le kiné, l'ostéopathe ou que ce soient les patients
227 que j'avais adressés dans mon ancien CMP à ma collègue qui faisait des prises en charge
228 vraiment physiques, je n'ai jamais eu de retour négatifs.

229

230 **I-**

231 OK. OK. Bon, super c'est intéressant. Et du coup, donc parmi les thérapies non
232 médicamenteuses, c'est vrai qu'on peut citer la masso kinésithérapie. Cependant, contrairement
233 à d'autres pays, c'est vrai que la kiné n'est pas prescrite de façon standardisée en France pour
234 les troubles de la santé mentale en générale. Donc, comment voyez-vous l'introduction ?

235

236 **P9-**

237 C'est fait dans d'autres pays ?

238

239 **I-**

240 Ouais.

241

242 **P9-**

243 Je me permets, j'arrête parce que du coup ça je ne sais pas, je ne savais pas.

244

245 **I-**

246 Ouais, ouais, il y a d'autres pays où c'est vraiment, c'est hyper développé quoi.

247

248 **P9-**
249 D'accord.
250
251 **I-**
252 Mais même les kinés, je pense, sont plus formés, etc. Mais c'est plus entré dans les mœurs.
253
254 **P9-**
255 Oui, mais c'est logique au vu de toute façon de tout ce qu'on vient de se dire, c'est évident en
256 fait. D'accord, je vous laisse finir votre question.
257
258 **I-**
259 Donc en sachant ça, comment voyez-vous l'introduction de cette profession kiné à votre arsenal
260 thérapeutique de prise en charge ? Voyez-vous des freins, des leviers ?
261
262 **P9-**
263 Non, je pense que... bon, maintenant je pense que vous vous doutez bien de ma réponse. C'est
264 pas un frein que je vois, mais je pense qu'effectivement ça doit rester une prescription
265 psychiatrique parce qu'il faut vraiment que l'état du patient le permette. Comme je vous disais
266 en phase aiguë, ça peut être... délétère, le mot serait un peu fort, mais ça peut être un peu risqué,
267 voilà. Donc je pense vraiment qu'il faut que le soignant, le psychiatre du patient donne le feu
268 vert.
269
270 **I-**
271 OK.
272
273 **P9-**
274 Parce qu'il faut un état psychiatrique suffisamment, pas trop aigu quoi.
275
276 **I-**
277 Ouais, c'est plutôt stable.
278
279 **P9-**
280 Après, c'est peut-être une représentation de ma part aussi, parce que je ne l'ai jamais fait, je ne
281 l'ai jamais pratiquée. Mais, moi c'est comme ça que je le verrai en tout cas. Ça ne veut pas dire
282 forcément sorti de l'hôpital, mais ça veut dire effectivement peut-être un peu moins délirant et
283 peut-être... Et puis peut-être à adapter en fait ! Peut-être qu'il y a des prises en charge en kiné
284 qui peuvent être faites dans l'aiguë, mais pas du coup les choses qui sont très au contact du
285 coup, plus des exercices, des choses... voilà. Peut-être qu'effectivement, ça, ça peut déjà
286 s'envisager. Mais en tout cas, moi je trouve... enfin ça manque en fait. Ça manque vraiment
287 des prises en charge corporelles. C'est un constat qu'on fait régulièrement avec les collègues,
288 nos patients, on les voit végéter, on les voit prendre du poids, on les voit... et puis prendre du
289 poids à vitesse grand V malheureusement souvent. Parce qu'entre l'immobilisme et les
290 traitements, c'est une catastrophe. Et on n'a pas grand-chose à leur proposer, actuellement.
291 Dans notre arsenal, franchement... là par exemple, pour vous donner une idée, dans mon
292 service, enfin dans l'hôpital, on a un éduc sportif quand même qui vient, qui propose une à deux
293 fois par semaine une demi-journée, mais il ne peut pas prendre tout le service, donc forcément
294 il prend 3 – 4 patients. Donc il y a quelques élus qu'ont le droit à 2heures de sport, dans l'idéal
295 deux fois par semaine, mais souvent c'est pas deux fois c'est une. Et c'est pas assez ! Et puis
296 comme il prend plusieurs patients, eh bien il ne peut pas adapter complètement à chaque patient.
297 Et puis ce n'est pas le même travail, c'est du sport.

298
299 **I-**
300 Ouais.
301
302 **P9-**
303 C'est pas individualisé et on n'est pas tout à fait dans l'idée de se réapproprier son propre corps.
304 Même si, les éducateurs sportifs de psychiatrie ont l'habitude la psychiatrie, que je pense qu'ils
305 sortent souvent un petit peu de leur rôle pour faire aussi ça, je pense. Enfin, en tout cas le nôtre
306 le fait très, très bien. Mais ça sort un peu de sa mission quelque part.
307
308 **I-**
309 Avec l'expérience, j'imagine.
310
311 **P9-**
312 Mais je pense que ça serait vraiment très bien. Et je vous dis, pour avoir moi, travaillé une fois
313 avec quelqu'un qui proposait des choses plus corporelles, j'ai trouvé ça vraiment génial. Et les
314 patients aussi.
315
316 **I-**
317 OK. Super ! Et du coup, en sachant que ça existe dans d'autres pays, pour vous, qu'est-ce qui
318 limite ça en France ? Pourquoi ?
319
320 **P9-**
321 C'est une très bonne question. C'est une très bonne question, franchement... est-ce que peut-
322 être on vient, c'est la culture psychiatrique ! Est-ce que parce qu'on est un pays quand même
323 où la psychanalyse a été prépondérante pendant si longtemps ? Enfin, moi j'ai rien contre
324 l'analyse. Pour le coup, je... c'était un cadre référentiel qui m'intéresse et je suis pas du tout
325 opposée. C'est vrai que c'est très... longtemps les analystes ont été fermés aux autres approches
326 et que probablement que ça a été un frein à l'introduction. Enfin, si on regarde par rapport aux
327 États-Unis, en France on est très, très mauvais en thérapie comportementale par exemple. Ça y
328 est, c'est bon c'est fait, c'est dans la culture, donc c'est en train de se développer. Mais on est
329 super mauvais par rapport à ce qu'ils font aux États-Unis. Dans nos pratiques, par exemple on
330 ne fait pas non plus passer de questionnaire, de choses standardisées un peu comme ça, alors
331 que dans d'autres pays c'est la norme. Et je pense que tout ça, c'est quand même une influence
332 persistante de l'analyse sur nos pratiques françaises. Parce que c'est vraiment franco-français
333 ça, ces habitudes-là. Et, le corps du coup a été très longtemps oublié. Parce qu'en analyse, le
334 corps, il n'est pas là. Enfin... C'est pas le sujet ! Au contraire, on tourne le dos à l'analyste et...
335 et le corps, on le regarde pas quoi. Et, je pense que ça a peut-être été, alors ça n'engage que
336 moi, c'est vraiment une supposition. Une supposition. Et, peut-être la question de la culture.
337 Après, je ne sais pas pourquoi. Je ne sais pas s'il y a déjà eu, enfin des réflexions qui identifient
338 les différentes hypothèses. Parce qu'à part ça, franchement je ne vois pas.
339
340 **I-**
341 Il n'y a pas grand-chose. C'est pour ça que je vous demande ça. Non, mais tout à l'heure vous
342 m'avez parlé par exemple que vous ne sauriez à qui adresser, par exemple.
343
344 **P9-**
345 Oui.
346
347 **I-**

348 Donc ça pourrait être...

349

350 **P9-**

351 Ben oui !

352

353 **I-**

354 Donc le manque de kiné.

355

356 **P9-**

357 Oui, c'est vrai. Carrément, mais tout à fait.

358

359 **I-**

360 Donc là ça en fait un autre.

361

362 **P9-**

363 C'est que là, même en étant convaincue de l'intérêt et convaincue du fait que ça serait

364 bénéfique, je ne sais pas comment faire du coup.

365

366 **I-**

367 Oui.

368

369 **P9-**

370 Enfin je ne sais pas comment faire, je ne sais pas à qui envoyer, qu'est-ce que j'ai le droit de

371 prescrire en fait aussi. Au niveau de la sécu par exemple...

372

373 **I-**

374 Donc tout le côté administratif c'est vrai qu'il y aurait tout ce côté-là aussi.

375

376 **P9-**

377 La formation des kinés et l'administratif. C'est ça ! C'est deux choses qui, je pense, sont

378 complémentaires, mais qui sont aussi deux freins. Parce que, par contre je pense que vraiment

379 c'est très important pour prendre en charge un patient psy, d'avoir un minimum de formation.

380

381 **I-**

382 Oui.

383

384 **P9-**

385 Il n'y a pas besoin d'années d'études, ni de mois d'ailleurs. Mais avoir un minimum, j'en sais

386 rien, faire un stage de 15 jours dans un service de psychiatrie, je pense, peut suffire. Mais voir

387 un petit peu comment c'est en fait, un patient psychiatrique, un petit peu. Je ne sais pas ce que

388 vous avez dans vos études de base, si vous avez un minimum de formation en santé mentale ou

389 pas ?

390

391 **I-**

392 C'est en train de rentrer, ouais. Enfin, on a quelques cours avec les grands syndromes, etc.

393 Après, entre avoir les notions théoriques et voir vraiment ce qu'il se passe en pratique, c'est

394 quand même un peu différent. Mais non, franchement, ça commence. Ça rentre dans les

395 référentiels où on a quelques notions.

396

397 **P9-**

398 D'accord.
399
400 **I-**
401 Mais rien de pratique quoi du coup.
402
403 **P9-**
404 Ouais.
405
406 **I-**
407 Mais ça commence.
408
409 **P9-**
410 Oui, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de protocole de prise en charge finalement, encore ?
411
412 **I-**
413 Non. Non, non.
414
415 **P9-**
416 D'accord.
417
418 **I-**
419 Ben ça, c'est parce qu'il n'y a rien de...
420
421 **P9-**
422 Oui.
423
424 **I-**
425 ... de vraiment référencé, donc je pense que personne ne sait quoi nous dire réellement. Mais
426 bon, petit à petit ça rentre. J'ai l'impression.
427
428 **P9-**
429 Ça sera aussi grâce à des travaux comme ceux que vous êtes en train de faire, je pense. C'est
430 aussi pour ça, enfin je pense que forcément les gens qui ont été volontaires pour répondre à vos
431 demandes d'entretiens, c'est forcément les gens qui ont envie, je pense aussi, il y a peut-être un
432 petit biais de recrutement... mais je pense, enfin j'ai discuté ce midi avec une collègue, une
433 autre collègue que vous avez déjà eu du coup en interview et je pense que comme moi, elle est
434 convaincue que c'est un manque. Donc...
435
436 **I-**
437 Bien sûr.
438
439 **P9-**
440 Vous avez dû beaucoup avoir cette réponse-là.
441
442 **I-**
443 Oui, c'est vrai. Mais à chaque fois des choses différentes quand même, c'est vrai que c'est assez
444 intéressant.
445
446 **P9-**
447 Est-ce que vous nous ferez un retour du coup ?

448
449 **I-**
450 Ah ben oui, je pourrais, des réponses, de ce que j'en ai conclu. Ah ben oui, volontiers.
451 Volontiers. Bon, et du coup juste pour terminer un peu mes dernières grandes questions,
452 imaginons que ces freins soient levés. Donc le côté... ah ?
453
454 **P9-**
455 Est-ce que vous m'entendez toujours ?
456
457 **I-**
458 C'est bon, là je vous revois et je vous ré entends.
459
460 **P9-**
461 Parfait.
462
463 **I-**
464 Vous m'entendez aussi.
465
466 **P9-**
467 Parce que ça a coupé dès le début de votre question.
468
469 **I-**
470 Pas de soucis, c'est pour ça j'ai vu, donc aucun problème. Donc je recommence. Imaginons
471 donc ces freins, que ce soit au niveau niveau administratif et au niveau culture, donc que tout
472 aille bien, si on reprend nos altérations des perceptions corporelles et dont notamment celle de
473 la douleur, dans quelles mesures pensez-vous que la prise en charge kiné pourra avoir un effet
474 favorable sur ces troubles de la perception ?
475
476 **P9-**
477 Moi, il y a deux choses qui me viennent là, c'est la première c'est le confort du patient ! Enfin,
478 je pense qu'il peut se sentir mieux avec lui-même, et plus confortable. Donc, atténuer le niveau,
479 de déstresser en quelque sorte. Et puis, c'est surtout, je pense qu'il y a un gros gain d'espérance
480 de vie. C'est... enfin on le sait, les patients psychiatriques meurent en moyenne 10 à 15 ans
481 avant les autres, alors pour plein de raisons. Celle-là est loin d'être la seule, il y a les traitements,
482 il y a les tentatives de suicide, il y a... voilà. Je pense que si une prise en charge en kiné permet
483 d'avoir une meilleure proprioception, ben il y aura une meilleure reconnaissance on va dire des
484 sensations corporelles, en tout cas je pense que ça vaut le coup d'aller chercher ça. Et, ce qui
485 veut dire une meilleure prise en charge des maladies, donc une amélioration de l'espérance de
486 vie. Enfin, en tout cas je pense que ça mérite d'être étudié. Et il y a des chances que ça ait été
487 fait dans d'autres pays, j'imagine.
488
489 **I-**
490 Ben ça, exactement cette thématique-là, pas précisément. Mais après, sur l'espérance de vie,
491 oui c'est vrai. Il faudrait des études sur le long terme, je pense.
492
493 **P9-**
494 Oui. En tout cas, sur le délai d'accès au diagnostic, enfin voilà des choses comme ça. Je pense
495 que... Je pense que ça, il y a moyen que ça change pas mal. Mais je pense, oui voilà, ne serait-
496 ce que sur l'estime de soi aussi, effectivement. Enfin de manière plus indirecte, mais je pense
497 que si effectivement on se sent mieux dans son corps, le patient, il se sent mieux, forcément il

498 aura une estime de lui-même. Et après, c'est un peu la boule de neige dans le bon sens. C'est-
499 à-dire que si du coup il y a plus d'activité physique, il y a moins de surpoids, de manière
500 indirecte il y a de nouveau une amélioration de l'espérance de vie du coup. Et du coup, une
501 amélioration de l'estime de soi. Enfin, je pense qu'à partir du moment où on arrive à améliorer
502 des choses corporelles, il y a des améliorations sur plein de domaines qui peuvent se faire. Mais
503 je dirais, voilà ouais, plutôt l'estime de soi, le sentiment de bien-être et la morbidité diminuée
504 quoi...la morbi-mortalité.
505
506 **I-**
507 OK. Bon ben écoutez, c'est nickel. J'ai terminé avec mes questions.

Annexe 19 : Résultats de l'entretien 9

Entretien n°9			
Thème : Altération de la perception de la douleur chez les PAS			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Connaissances des psychiatres	Manque de formation des psychiatres	« on est très mal formés à ça »	10
		« on ne m'a jamais appris...souffrir de ça »	10-12
		« que j'ai découverte plus tard »	13
		« un vrai déficit de formation des psychiatres »	14
	Retard diagnostic	« pas mal de pathologies somatiques qui passent à la trappe »	14
	Altération perceptions corporelles	« manière générale, effectivement une grosse difficulté des perceptions corporelles de manière générale, que ce soit la douleur ou d'autres perceptions corporelles »	20-21
		« perceptions de leurs corps qui sont très perturbées...sensations, au niveau des formes aussi »	22-23
		« conception très tordues, très distordues de leur corps »	24
		« Ils ont aussi une représentation de leur corps qui est quand même très perturbée, qui est souvent très morcelée. »	133
		« il y a les perceptions corporelles qui sont altérées avec la maladie, mais il y a aussi le traitement qui les fige énormément, malheureusement »	162
	Hypoalgésie	« douleurs qu'ils ne vont pas ressentir ou pas ressentir comme tout le monde »	93
Préconisations	Indication précise	« pour des patients psychotiques pas trop lourds, c'est-à-dire pas trop décompensés »	135-136
		« Qui vont suffisamment mieux pour déjà bien vivre qu'on les touche. »	142
		« il faut vraiment que l'état du patient le permette »	266
		« Donc je pense vraiment qu'il faut que le soignant, le psychiatre du patient donne le feu vert »	268
		« Parce qu'il faut un état psychiatrique suffisamment, pas trop aigu quoi »	275
Pratiques professionnelles des psychiatres	Thérapies non médicamenteuses	« ça m'est déjà arrivé de faire des adressages à des kinés »	135
	Évaluation de la douleur	« bilan sanguin régulier »	100
		« dépistage grossier »	102
		« ECG »	102
		« check-ups régulièrement auprès de leur médecin traitant »	104

	Formation du personnel	« c’est déjà de manière générale une meilleure formation de l’équipe infirmière et des médecins généralistes. »	34-35
	Vigilance accrue	« Après, peut-être que je suis un peu plus... Un peu plus vigilante. »	53
	Pluridisciplinarité	« je vais souvent prendre la peine de faire un courrier pour expliquer justement »	57
		« un petit courrier d’adressage »	59
Discussion avec le patient	« j’explique au patient » « j’explique au patient que c’est pas parce qu’il n’a pas très, très mal que ce n’est pas très grave. »	67 68	
Thème : Bénéfices perçus de la Mkpïe pour les PAS			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Amélioration de la qualité de vie		« soulager les tensions »	200
		« confort du patient »	478
		« se sentir mieux avec lui-même »	479
		« qu’à partir du moment où on arrive à améliorer des choses corporelles, il y a des améliorations sur plein de domaines qui peuvent se faire »	502-503
		« gain d’espérance de vie »	480
Amélioration de la santé physique	Capacités fonctionnelles	« des gens qui vont être souvent très sédentaires »	203
		« remettre un peu à l’activité physique »	204
		« reprendre un peu le sport » « il y a plus d’activité physique, il y a moins de surpoids »	205
Amélioration de la conscience corporelle		« c’est plus dans l’idée de retravailler un peu le corps »	161
		« c’est un vrai boulot en fait de les réconcilier avec leur corps »	164
		« Ne serait-ce que faire des exercices de base pour faire ressentir chacun des muscles, comment ça marche »	199
		« prendre conscience »	201
		« reprendre contact avec le corps »	204
		« meilleure proprioception, ben il y aura une meilleure reconnaissance on va dire des sensations corporelles »	484
		« l’estime de soi aussi, effectivement »	497
Thème : Leviers à l’introduction de la Mkpïe en SM en France			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Facteurs liés aux PS	Développement de formation en SM des MK	« il faut des kinés qui sachent un peu de quoi il s’agit »	172
		« qui soient formés »	178
	Perception positive de la	« Je pense que j’aimerai bien adresser plus » « C’est que je veux bien adresser à des kinés »	171 172

	Mkpie en SM par les psychiatres	« il y a plein de biais par lesquels ça peut être utile en fait, je pense. » « je pense que ça serait vraiment très bien » « pour avoir moi, travaillé une fois avec quelqu'un qui proposait des choses plus corporelles, j'ai trouvé ça vraiment génial. Et les patients aussi » « convaincue de l'intérêt et convaincue du fait que ça serait bénéfique » « Ça manque vraiment des prises en charge corporelles » « on n'a pas grand-chose à leur proposer, actuellement » « c'est pas assez ! »	206 313 313- 315 364 287 291 296
Fondements scientifiques	Développement de données probantes	« Ça sera aussi grâce à des travaux comme ceux que vous êtes en train de faire, je pense »	430
Thème : Barrières à l'introduction de la Mkpie en SM en France			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Facteurs liés aux médecins	Méconnaissance du rôle du MK en SM	« je ne sais pas comment faire » « qu'est-ce que j'ai le droit de prescrire »	363 371
Facteurs liés aux MK	Manque de formation en SM	« mais que je ne sais pas à qui en fait » « je ne sais pas à qui envoyer » « la formation des kinés »	171 371 378
Facteurs structurels	Contraintes administratives	« au niveau de la sécu par exemple »	372
	Politique de la structure	« culture psychiatrique » « le corps du coup a été très longtemps oublié »	323 334

Annexe 20 : Entretien psychiatre 10

I-

OK. Très bien. Parfait. Du coup, on peut commencer. Donc j'ai pu lire dans la littérature qu'il existait une altération des perceptions corporelles, dont notamment celle de la douleur avec une certaine hypoalgésie lors de pathologies somatiques chez les patients atteints de schizophrénie. Que pouvez-vous me dire à ce sujet dans votre pratique clinique ?

P10-

Oui, oui, j'ai un exemple qui me vient à l'esprit là. Dans le cadre de la surveillance des traitements psychotrope, on fait des ECG régulièrement, systématiquement, aux patients. Et un jour, il m'est arrivé de voir une modification sur l'électrocardiogramme qui pouvait faire penser à une embolie pulmonaire. Donc j'ai demandé à voir le patient, donc j'ai demandé à l'équipe si le patient se plaignait de quelque chose ? Non, de rien du tout. J'ai demandé à voir le patient : est-ce que vous avez une douleur thoracique ? Non, non. Est-ce que ça va ? Non, non rien de particulier. Mais vous êtes-sûr ? Là... Ah, là oui j'ai... oui effectivement, oui une petite douleur, mais non ça va, vraiment rien de particulier. Ça va. Et en fait, il avait une embolie pulmonaire massive donc qui normalement était douloureuse, aurait dû provoquer une douleur thoracique telle que ça déclenche une demande médicale. Or, là le patient était complètement dissocié de cette histoire-là quoi, il était pas concerné par cette douleur ou alors peut-être qu'il ne la ressentait pas. Voilà, donc ça c'est un des exemples qui me vient à l'esprit. Mais il y a aussi d'autres exemples de patients qui avaient des fractures, qui se plaignaient pas spécialement. Voilà.

I-

OK. Donc là si je comprends bien, vous avez déjà expérimenté donc cette thématique en pratique. Et du coup, comment vous adaptez vos prises en charge ? Qu'est-ce que vous faites face à ça ?

P10-

Alors, on est beaucoup plus vigilants. En fait, c'est vrai qu'on est très vigilant par rapport à une patientèle lambda. Dès qu'on a des signes d'alertes, d'autres signes, une gêne abdominale ou des choses comme ça, ça peut être la trace d'un diagnostic par exemple d'une pathologie coronarienne, pulmonaire ou quelque chose comme ça.... Donc l'interrogatoire est plus... on sait que l'interrogatoire va être moins... pas fiable, mais plus élargi quoi. La plainte peut se... ça peut être une plainte qui n'a rien à voir avec une douleur et qui va mener à un diagnostic somatique. Donc je dirais qu'on est beaucoup plus attentif aux patients en fait. L'examen médical est très attentif et il ne doit pas se fier seulement à l'interrogatoire. Voilà.

I-

OK. Et du coup, est-ce que vous mettez en place certaines thérapies pour pallier ce trouble ? Ou du moins, si ce n'est pas le cas, qu'est-ce que vous pourriez préconiser ?

P10-

Le trouble de l'hypo...

I-

D'altération des perceptions en général, oui.

50 **P10-**
51 Ah oui. Ici à l'hôpital, il y a de la musicothérapie pour les personnes douloureuses. Voilà, il y
52 a... c'est surtout ça, des séances de médico-thérapie, et un gros travail fait par le CLUD, le
53 Comité de Lutte contre la douleur, donc qui met en place, voilà on a un thérapeute qui fait du
54 shiatsu. Euh...
55
56 **I-**
57 Mais du coup, ça, tout ça si je comprends bien c'est pour les patients qui sont douloureux, pas
58 pour les patients qui potentiellement, ont des altérations de la perception, c'est ça ?
59
60 **P10-**
61 Bah... On peut diagnostiquer, c'est-à-dire que les patients peuvent ne pas se plaindre, mais on
62 peut être amené à diagnostiquer, à faire un diagnostic où on se dit : tiens, ça, ça doit être
63 douloureux et on propose une prise en charge comme ça, même si le patient spontanément s'en
64 plaint pas.
65
66 **I-**
67 D'accord. Donc c'est un peu même un côté préventif si je comprends bien.
68
69 **P10-**
70 Aussi, ouais.
71
72 **I-**
73 OK. Et du coup, donc vous m'avez parlé un peu de shiatsu, de musicothérapie. Donc, pour
74 vous, les thérapies non médicamenteuses, ça pourrait aider le patient à mieux ressentir ses
75 perceptions, c'est ça ? Ou du moins l'aider ?
76
77 **P10-**
78 Ah oui oui, c'est primordial, je pense, la prise en charge globale du corps, pas seulement
79 pharmaceutique. Tout ce qui est... rien que des fois l'entretien, simplement l'entretien, le fait
80 qu'il puisse verbaliser quelque chose, parler de son trouble douloureux ou autres, désamorce
81 déjà pas mal de choses avant de passer à la pharmaceutique. Donc déjà l'entretien. Parfois aussi
82 on se rend compte que l'examen clinique lui-même peut avoir un effet thérapeutique, le fait
83 d'être palpé, tout ça, ça va déjà mieux, ça désamorce déjà pas mal de choses. Et ensuite, oui les
84 thérapeutiques, les patients, on a un très bon retour des séances de musicothérapie. La kiné,
85 malheureusement on n'en a pas beaucoup, mais on a des éducateurs sportifs qui font un
86 excellent travail, qui permettent aux patients d'être plus... d'essayer d'améliorer leur rapport
87 avec leur corps, donc de les reconnecter un petit peu avec leur corps, puisque c'est ça qui pose
88 problème souvent, la dissociation avec le corps.
89
90 **I-**
91 Ouais, d'accord. Et du coup, parmi les thérapies non médicamenteuses, donc, vous m'avez un
92 peu là parlé de la kiné. Donc c'est vrai que contrairement à d'autres pays, la kiné n'est pas
93 prescrite de façon standardisée en France pour les troubles de la santé mentale. Comment
94 voyez-vous l'introduction de cette profession à votre arsenal thérapeutique de prise en charge ?
95 Voyez-vous des barrières ou des effets facilitateurs pour la kiné en santé mentale ?
96
97 **P10-**
98 Ça serait vraiment une excellente chose. Les barrières, là c'est les barrières qui existent tout le
99 temps c'est-à-dire la pénurie de kiné, les sous, le fait de... la tarification des vacations. Ça, ça

100 pose problème. Le fait que la psychiatrie n'est pas une spécialité aussi peu connue, et les kinés
101 n'ont pas forcément envie de s'orienter vers ces spécialités. Puis, ça demande un peu de
102 formation aussi, je pense, de stages, etc. Et les effets facilitateurs, ben ce serait les bons résultats
103 qui sont montrés quand les patients bénéficient de thérapeutiques comme ça. C'est sûr que je
104 ne connais pas la littérature à ce sujet, mais j'imagine que ça peut peut-être diminuer les
105 traitements, améliorer le bien-être, etc. Donc...

106

107 **I-**

108 Donc si je comprends bien ça serait donc le manque de preuve on va dire un peu dans la
109 littérature et des effets scientifiques, ça, ça pourrait aider, ça serait un effet facilitateur. Et par
110 contre voilà, tout ce qui est manque de formation, manque de kiné et problème administratif,
111 du coup c'est ça au niveau de la tarification, qui seraient les principales barrières ?

112

113 **P10-**

114 Ouais, c'est ça. Ben le fait d'avoir des preuves ça pourrait aider.

115

116 **I-**

117 Ça pourrait aider vous ?

118

119 **P10-**

120 Le fait d'avoir des preuves scientifiques, après il y en a sûrement des tas. Je ne connais pas.

121

122 **I-**

123 Ben à l'étranger, un peu, mais c'est vrai qu'enfin, au niveau preuves scientifiques c'est quand
124 même vague. Et quand vous disiez que ça pouvait vous aider, enfin que ça pourrait aider les
125 preuves scientifiques, vous parlez, vous en tant que médecin pour prescrire la kiné, c'est ça que
126 ça pourrait aider ?

127

128 **P10-**

129 Déjà pour bénéficier de kiné, pour demander des kinés, pour appuyer les demandes qu'on a
130 d'interventions de kiné, etc. Et in fine, pour que les médecins puissent prescrire plus facilement
131 la kiné, effectivement élargissement des indications, etc.

132

133 **I-**

134 OK. Très bien. Et du coup, si imaginons ces freins principaux étaient levés, pour revenir à
135 l'altération de la perception de la douleur, dans quelle mesure pensez-vous que la prise en
136 charge kiné pourrait avoir un effet favorable sur ce trouble ?

137

138 **P10-**

139 Allo ?

140

141 **I-**

142 Oui.

143

144 **P10-**

145 Je suis désolée, ça a coupé parce que j'ai reçu des appels et ça bloque.

146

147 **I-**

148 Pas de soucis. Du coup...

149

150 **P10-**
151 Dans quelle mesure je pense que la kiné, dans le cadre de l'altération de la douleur ?
152
153 **I-**
154 C'est ça, pour revenir à l'altération de la perception de la douleur. Si, imaginons tous les freins
155 étaient levés et qu'il y ait plus de kinés en santé mentale, dans quelle mesure pensez-vous que
156 la kiné pourrait avoir un effet favorable sur ce trouble ?
157
158 **P10-**
159 Ben comme je disais, en prenant plus conscience de son corps avec le toucher, les mouvements,
160 la perception, la reconnexion mentale un peu des perceptions, l'éducation. Sur les perceptions
161 justement, sur les perceptions corporelles, l'accompagnement, etc. Là, ça pourrait avoir comme
162 ça un effet bénéfique, je ne sais pas si je réponds trop à la question.
163
164 **I-**
165 Si, si, c'est bien vous m'avez donné des exemples. C'est bien.
166
167 **P10-**
168 D'accord.
169
170 **I-**
171 Après, c'est vrai que c'est assez vague comme question, mais il ne faut pas trop que je vous
172 oriente.
173
174 **P10-**
175 Et puis les sports, enfin c'est vrai que le sport, l'activité physique, ça fait une preuve qu'il y a
176 un vrai bénéfice pour les patients psychotiques, qui souvent négligent l'hygiène de vie, les soins
177 somatiques, etc. une négligence du corps très importante.. Incurie, alimentation... ça, on fait
178 des visites à domicile chez les psychotiques dont pas mal qui ne sont pas suivis ni traités, et la
179 négligence qu'il y a, il y a des très nombreux cas d'incurie donc de l'appartement et du corps,
180 des conduites alimentaires complètement erratiques, anarchiques, et puis pas d'entretien
181 corporel quoi.
182
183 **I-**
184 OK. Très bien. Donc là, le kiné pourra avoir un rôle vraiment de prise en charge globale ?
185
186 **P10-**
187 Ouais.
188
189 **I-**
190 Et en collaboration avec les autres médecins c'est ça, enfin ou les autres professionnels ?
191
192 **P10-**
193 Ouais, c'est ça.
194
195 **I-**
196 OK. Ça marche. Ben, écoutez, je pense que c'est pas mal.
197
198 **P10-**
199 D'accord.

Annexe 21 : Résultats de l'entretien 10

Entretien n°10			
Thème : Altération de la perception de la douleur chez les PAS			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Connaissances des psychiatres	Absence de plainte	« là le patient était complètement dissocié de cette histoire-là quoi, il était pas concerné par cette douleur ou alors peut-être qu'il ne la ressentait pas »	19-21
		« patients qui avaient des fractures, qui se plaignaient pas spécialement »	22-23
	Négligence somatique	« souvent négligent l'hygiène de vie, les soins somatiques, etc. une négligence du corps très importante.. Incurie, alimentation » « très nombreux cas d'incurie donc de l'appartement et du corps » « conduites alimentaires complètement erratiques, anarchiques, et puis pas d'entretien corporel quoi »	177 179 180
Préconisations	PEC globale	« la prise en charge globale du corps, pas seulement pharmaceutique »	78
Pratiques professionnelles des psychiatres	Thérapie non médicamenteuse	« musicothérapie » « gros travail fait par le CLUD » « shiatsu »	51 52 54
	Évaluation de la douleur	« on fait des ECG régulièrement, systématiquement, aux patients »	11
	Vigilance accrue	« on est beaucoup plus vigilants » « c'est vrai qu'on est très vigilant par rapport à une patientèle lambda » « qu'on est beaucoup plus attentif aux patients » « L'examen médical est très attentif et il ne doit pas se fier seulement à l'interrogatoire »	31 31 37 38
		« rien que des fois l'entretien, simplement l'entretien, le fait qu'il puisse verbaliser quelque chose » « donc déjà l'entretien »	79-80 81
	Discussion avec le patient		
Thème : Bénéfices perçus de la Mkipie pour les PAS			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Amélioration de la qualité de vie		« améliorer le bien-être » « diminuer les traitements »	105 105
Amélioration de la santé physique	Capacités fonctionnelles	« les mouvements » « le sport, l'activité physique, ça fait une preuve qu'il y a un vrai bénéfice pour les patients psychotiques »	159 175- 176
Amélioration des symptômes psychiatriques		« reconnexion mentale »	160
Amélioration de la		« fait d'être palpé, tout ça, ça va déjà mieux, ça désamorce déjà pas mal de choses »	83

conscience corporelle		« essayer d’améliorer leur rapport avec leur corps, donc de les reconnecter un petit peu avec leur corps, puisque c’est ça qui pose problème souvent, la dissociation avec le corps » « plus conscience de son corps avec le toucher » « perceptions corporelles »	86-88 159 161
Thème : Leviers à l’introduction de la Mkipie en SM en France			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Facteurs liés aux PS	Perception positive de la Mkipie en SM par les psychiatres	« La kiné, malheureusement on n’en a pas beaucoup »	85
		« ça serait vraiment une excellente chose »	98
Fondements scientifiques	Développement de données probantes	« les bons résultats qui sont montrés quand les patients bénéficient de thérapeutiques comme ça »	103
		« le fait d’avoir des preuves ça pourrait aider »	114
Thème : Barrières à l’introduction de la Mkipie en SM en France			
Catégories	Sous catégories	Citations	Lignes
Facteurs liés aux MK	Manque d’intérêt	« kinés n’ont pas forcément envie de s’orienter vers ces spécialités »	101
	Manque de formation en SM	« ça demande un peu de formation aussi, je pense, de stages, etc »	102
Facteurs structurels	Contraintes administratives	« tarification des vacations »	99
	Financement limité	« les sous »	99
	Manque de personnel	« pénurie de kiné »	99