MÉTIERS DE LA RÉÉDUCATION – TRANSVERSALITÉ

SYNTHÈSE D'ARTICLE

Actualités Scientifiques en Psychomotricité, Portail d'Informations et de Connaissances

ASPPIC

1 REFERENCE DE L'ARTICLE

Titre complet de l'article :

The polysemous concepts of psychomotricity and catatonia: a European multi-consensus perspective

Auteurs :

Jack R. Foucher, Ludovic C. Jeanjean, Clément C. de Billy, et al. (32 auteurs, dont Sebastian Walther, Peter N. van Harten, Fabrice Berna et Dusan Hirjak), collaboration européenne de psychiatres et chercheurs (France, Allemagne, Suisse, Pays-Bas, Espagne, Italie, Belgique, Irlande)

Revue :

European Neuropsychopharmacology

Année de publication :	Volume (n°) :	Pages :
2022	56	60–73

DOI / Lien :

https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.11.008

Mots-clés (3 à 6) :

Psychomotricité – Catatonie – Psychose – Histoire de la psychiatrie – Neuropsychiatrie

MESSAGE ESSENTIEL

Les mots « psychomoteur » et « catatonie » n'ont pas le même sens selon les écoles de pensée en psychiatrie : pour éviter que chercheurs et cliniciens parlent de choses différentes sous les mêmes mots, les auteurs retracent l'histoire de ces concepts et appellent à confronter explicitement les théories sur les mêmes patients.

2 CONTEXTE & JUSTIFICATION

Les signes psychomoteurs et catatoniques suscitent un regain d'intérêt en psychiatrie. Dans la **Classification internationale des maladies, 11e révision (CIM-11)**, la catatonie est même devenue un trouble indépendant des troubles psychotiques et de l'humeur, présenté comme un retour à sa description originale par Karl Kahlbaum (1874).

Les classifications actuelles, la CIM et le **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)**, utilisent ces termes comme de simples descripteurs, sans référence théorique. Lors de la rédaction d'un premier consensus, les membres de la **European collaboration on movement and sensorimotor/psychomotor functioning in schizophrenia and other psychoses (ECSP)** ont constaté qu'ils ne mettaient pas le même sens derrière « catatonie », « psychomoteur » ou « sensorimoteur ».

Les auteurs parlent d'un risque d'**incommensurabilité** : lorsque deux théories emploient les mêmes mots pour désigner des réalités différentes, leurs résultats ne peuvent plus être comparés.

3 OBJECTIFS / QUESTIONS DE RECHERCHE

- passer en revue les différentes conceptions de la psychomotricité et de la catatonie et leurs racines historiques
- mettre en évidence leurs divergences
- proposer une première clarification conceptuelle, sans imposer un consensus unique

4 METHODE

Devis : revue narrative historique et conceptuelle, rédigée par des membres de l'ECSP.

Recherche : recherche sélective, jusqu'en mai 2021, dans des textes originaux, des ouvrages, PubMed, des dictionnaires, Wikipédia et Google Scholar, avec les termes « psychomotricité » et « psychomoteur » en anglais, allemand, espagnol et français. Les sources ne sont pas présentées comme exhaustives. Les citations originales traduites figurent en annexe.

« Multi-consensus » : une fois les différentes conceptions définies, chaque auteur a classé ses préférences parmi quatre conceptions principales.

5 RESULTATS PRINCIPAUX

Les origines (XIXe siècle). En 1844, Wilhelm Griesinger forge le terme « psycho-moteur » pour désigner le processus physiologique de la volonté. Dans les années 1870, le terme « psychomoteur » désigne un niveau intermédiaire entre le psychique et le moteur : des actes qui semblent intentionnels sans résulter d'une volonté.

La catatonie de Kahlbaum. Sur le modèle de la paralysie générale, Kahlbaum décrit la catatonie comme une maladie du cerveau évoluant par stades, avec des signes à la fois mentaux et somatiques, en particulier des **signes musculaires** (résistance tonique, mouvements involontaires).

Le tournant psychologique de Kraepelin. En intégrant la catatonie à la « démence précoce », Emil Kraepelin réinterprète ses signes comme des troubles de la volonté et écarte les signes musculaires. Les deux auteurs ne parlaient donc probablement **pas des mêmes patients** sous le même nom, d'où des décennies de malentendus.

L'école Wernicke-Kleist-Leonhard (WKL). Elle poursuit l'approche neuropsychiatrique de Kahlbaum. Les systèmes psychomoteurs y transforment les différentes intentions et pulsions en comportements cohérents. Elle décrit de nouveaux signes, comme les parakinésies (déformations du mouvement qui perd sa grâce naturelle) ou le Gegenhalten (résistance tonique), et distingue 8 phénotypes psychomoteurs, dont 7 catatonies. Ceux-ci recoupent mal la catatonie de la CIM et du DSM : environ deux tiers seulement des catatonies de la CIM et du DSM correspondent à un phénotype psychomoteur de cette école.

Les conceptions actuelles :

- **sens courant** : en Allemagne, en Espagne et en France, la psychomotricité désigne aussi une **profession**, qui aborde le développement humain de façon globale, le mouvement étant vu à l'interface entre vie psychique, corps et monde social et physique. La psychomotricité y recouvre tous les comportements moteurs non verbaux reflétant des états mentaux (posture, marche, mimiques, gestes, tempo, dextérité, voix)
- **CIM et DSM** : « psychomoteur » n'a pas de sens propre et sert de synonyme de « catatonique » (agitation ou ralentissement psychomoteur)
- **neurosciences sensorimotrices** : les signes neurologiques doux, dyskinésies et syndromes parkinsoniens spontanés sont rattachés aux systèmes sensorimoteurs classiques, et « psychomoteur » est réservé aux comportements complexes jugés d'origine mentale
- **Research Domain Criteria (RDoC)** : ces critères de recherche dispersent les signes catatoniques parmi des catégories sensorimotrices, aux côtés de signes neurologiques

Préférences des auteurs. La conception de l'école WKL arrive en tête, suivie à égalité des deux conceptions sensorimotrices.

6 INTERPRETATION / DISCUSSION

Pour les auteurs, le prétendu « retour à Kahlbaum » de la catatonie de la CIM et du DSM est surtout une **formule** : il manque les signes musculaires et l'évolution par stades décrits par Kahlbaum. Ce nouveau diagnostic garde toutefois un **intérêt pratique majeur** : réduire le sous-diagnostic d'un état qui se soigne. Le regard fixe, absent des critères, mériterait d'y figurer car il est facile à repérer et prédit la réponse au traitement.

Ils proposent de distinguer ce qu'il faut expliquer de ce qui l'explique. « Catatonique » qualifierait les phénomènes observés, sans théorie. « Sensorimoteur », « psychomoteur » et « psychologique » désigneraient trois niveaux d'explication possibles. Les théories se répartissent alors en modèles à un niveau, à deux niveaux ou à trois niveaux (école WKL). Un modèle récent fait de la psychomotricité non pas une fonction, mais une propriété de toutes les fonctions psychiques.

Le terme « psychomoteur » reste donc **polysémique** : synonyme de psychologique, somme du psychologique et du sensorimoteur, ou niveau intermédiaire entre les deux.

Pour éviter l'incommensurabilité, les auteurs défendent la « méthode des hypothèses de travail multiples » : évaluer les mêmes patients avec plusieurs échelles et plusieurs systèmes diagnostiques. Ils défendent aussi la diversité des points de vue, plutôt qu'un consensus unique qui risquerait d'appauvrir la recherche.

7 LIMITES DE L'ETUDE

L'article ne comporte pas de section consacrée à ses limites. Les auteurs signalent toutefois :

- une recherche bibliographique sélective, dont les sources ne sont pas présentées comme exhaustives
- une revue narrative conçue comme une première étape de clarification
- l'absence d'études évaluant les mêmes patients avec plusieurs échelles, qui empêche encore de confronter directement les théories
- des données insuffisantes sur la réponse aux traitements des formes chroniques de catatonie

8 IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE

Les auteurs en tirent plusieurs implications :

- toujours préciser dans quel cadre théorique on emploie les termes « psychomoteur » et « catatonie »
- maintenir le diagnostic de catatonie de la CIM et du DSM pour son intérêt clinique, sans le considérer comme une entité naturelle
- être attentif au regard fixe, facile à repérer et prédictif de la réponse au traitement
- garder à l'esprit que benzodiazépines et électroconvulsivothérapie ont surtout fait leurs preuves dans les formes aiguës
- mener des études évaluant les mêmes patients avec plusieurs échelles et systèmes diagnostiques pour confronter les théories sensorimotrices, psychomotrices et psychologiques

9 POINTS CLES A RETENIR

1. « Psychomoteur » et « catatonie » ont des sens différents selon les traditions de la psychiatrie.
2. Kahlbaum et Kraepelin ne décrivaient probablement pas les mêmes patients sous le nom de catatonie.
3. En France, en Allemagne et en Espagne, la psychomotricité est aussi une profession, à l'approche globale du mouvement.
4. La catatonie de la CIM-11 est cliniquement utile, mais ne correspond pas vraiment à celle de Kahlbaum.
5. Les auteurs appellent à confronter les théories en évaluant les mêmes patients avec plusieurs outils.

10 REFERENCE A CITER

Foucher, J. R., Jeanjean, L. C., de Billy, C. C., Pfuhlmann, B., Clauss, J. M. E., Obrecht, A., Mainberger, O., Vernet, R., Arcay, H., Schorr, B., Weibel, S., Walther, S., van Harten, P. N., Waddington, J. L., Cuesta, M. J., Peralta, V., Dupin, L., Sambataro, F., Morrens, M., . . . Hirjak, D. (2022). The polysemous concepts of psychomotricity and catatonia: A European multi-consensus perspective. *European Neuropsychopharmacology, 56*, 60–73. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.11.008

11 INFORMATIONS SUR LA SYNTHESE

Contributeur :	Date :
Frédéric Puyjarinet	16/11/2026
Relecteur (si applicable) :	Date :