

REMERCIEMENTS

Pour leur enseignement

au professeur Michel JESEL

à Michaël NISAND

à Christian CALLENS.

Pour les discussions, les critiques, les lectures, les corrections, l'aide technique et les encouragements

à Raymond, Patrick, Françoise, Jean, Anne, William, Marine et Pierre.

à Madame L.

R E S U M E

Ce mémoire présente le traitement, par la Méthode de Reconstruction Posturale, d'une patiente présentant des douleurs chroniques invalidantes au niveau d'une hanche.

L'amélioration symptomatique et morphologique s'accompagne d'une amélioration de la vie psychique et relationnelle de la patiente.

Ce mémoire traite des liens entre « psyché et soma », en particulier douleur et dépression, ainsi que la prise en compte de cette dimension dans le traitement.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

RESUME

INTRODUCTION

1.1. Intérêts du mémoire 2

1.2. objectifs du mémoire 3

PRESENTATION DU CAS 3

2.1. Anamnèse 4

2.2 Bilan radiologique 4

2.3. Dououreux et fonctionnel 5

2.4. Bilan statique 5

2.4.1. De face 7

2.4.2. De profil 8

2.4.3 De dos 8

2.4-4. Flexion Plantigrade 8

2.4.5. Décubitus dorsal 9

2.4.6. Synthèse du bilan statique 9

2.4.6.1. Modélisation 10

2.4.6.2. Hypothèses biomécaniques 12

2.5. Bilan dynamique 12

2.5.1. Les Clefs 12

2.5-1-1. Plan frontal 13

2.5.1.2. Plan sagittal 14

2.5.2. La flexion des membres inférieurs 15

2.6. SYnthèse générale 16

3. PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES 15

4. DESCRIPTION DES TECHNIQUES 15

4.1. Mise en place du traitement 15

4.2. Méthodologie 15

4.2.1. Séances 1 à 5 20

4.2.2. Séances 5 à 10 24

4.2.3. Séances 10 à 15 28

4.2.4. Séances 15 à 20 29

4.2.5. Séances suivantes 30

4.3. Difficultés rencontrée 31

5. BILAN DE FIN DE TRAITEMENT

5.1. Bilan douloureux et fonctionnel 31

5.2. Bilan statique 32

5.2.1. Debout pieds joints 32

5.2.2. Decubitus dorsal 33

5.3. Bilan psychologique 33

6. DISCUSSION	36
6.1. Neurophysiologie de la douleur	36
6.1.1. Elaboration	37
6.1.2. Les mécanismes médullaires	38
6.1.3. Les mécanismes cérébraux	39
6.2. La dépression masquée	40
6.2.1. Les signes généraux	41
6.2.2. Les signes de localisation	42
6.2.3. Mécanismes psychobiologiques des syndromes dépressifs	45
6.2.3.1. L'excitabilité neuromusculaire	45
6.2.3.2. Rôle des neurotransmetteurs	46
6.2.3.3. Les dysrégulations endocriniennes	47
6.3. Douleur chronique et dépression	47
6.4. Discussion	48
7. CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	
LEXIQUE	

“L'erreur présente répandue parmi les hommes est de vouloir entreprendre séparément la guérison du corps et celle de l'esprit”
PLATON

INTRODUCTION

Intérêts du mémoire

Par ce mémoire, nous voulons poser quelques jalons pour une réflexion concernant une problématique à laquelle Françoise MEZIERES précurseur de la Méthode de Reconstruction Posturale (M.P.R) avait déjà réagi mais qui actuellement est peu abordée dans la littérature à propos de la M.R.P bien que les reconstruteurs y soient régulièrement confrontés l'interaction entre psyché et soma.

La M.R.P. est une kinésithérapie de la forme. Elle vise une correction morphologique par une normalisation du tonus avec pour conséquence une baisse importante ou une disparition totale des symptômes notamment douloureux. La M.R.P met à notre disposition un outil remarquablement efficace rapidement et à long terme. Cette amélioration est un encouragement précieux pour notre patient et nous-mêmes, elle augmente la motivation qui est au centre du traitement Michaël NISAND affirme d'ailleurs qu'il est inutile de continuer le traitement si elle fait défaut (1). Cependant, cet aspect de l'efficacité du traitement est parfois à l'origine de confusions, ce qui avait amené F. MEZIERES à affirmer : *“Ma méthode ne s'adresse qu'au physique”* (2).

1.2. Objectifs du mémoire

Nous souhaitons dans ce travail faire avancer cette réflexion. Par la présentation d'un cas nous montrerons la réalité de cette amélioration, puis nous préciserons les risques de confusions d'objectifs chez le thérapeute, le patient et le prescripteur et en quoi ils consistent.

Nous voulons attirer l'attention sur le lien élevé entre les douleurs chroniques et les dépressions. Parmi d'autres, une étude effectuée à l'hôpital Saint-Antoine à Paris (3) montre que 48% des patients venus consulter au Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, présentent un état dépressif caractérisé. Dans 50% des cas, la dépression surviendrait de manière concomitante à la douleur et dans 40% des cas, elle y serait secondaire. Le lien entre la dépression et les rachialgies s'insère dans la médecine psychosomatique qui concerne tout symptôme ou syndrome fonctionnel dans lequel le thérapeute rencontre une entité pathologique à la fois expression physiologique et expression psychique coordonnées. La médecine psychosomatique met au centre de ses préoccupations les rapports profonds de l'inconscient et des fonctions vitales (4).

Dans ce cadre, traiter ces douleurs par la M.R.P peut avoir des conséquences difficiles à maîtriser et à prévoir. Nous avons probablement tous rencontré ce type de patient dans notre patientèle. Nous aborderons ce thème, même s'il dépasse quelque peu notre cas clinique. Cela nous permettra de proposer des repères diagnostiques favorisant la pertinence des indications.

2. PRESENTATION DU CAS

2.1. Anamnèse

Il s'agit d'une patiente de 47 ans, secrétaire de mairie, sans enfant, adressée par un médecin acupuncteur pour traiter une douleur de hanche gauche invalidante, présente depuis 1994 et s'aggravant progressivement.

A l'interrogatoire, on découvre que cette douleur a fait suite à un blocage lombaire de "type lumbago" survenu six mois après la mort du mari, douleur qui ne l'a plus quittée. Depuis plus d'un an, le médecin tente de la décider à nous consulter. Elle nous rencontre pour la première fois en novembre 1997. Elle se plaint surtout de douleurs à la hanche gauche mais on retrouve des antécédents de douleurs lombaires depuis l'enfance suite à deux chutes importantes (vélo et toboggan) non soignées. Elles sont accompagnées d'une sciatalgie gauche depuis vingt ans. Après un accident de la route (1980) avec coup du lapin et blessure à la tête, elle a des cervicalgies, des céphalées et une douleur à la scapula gauche qui la font souffrir par périodes. La patiente explique qu'elle a soigné son mari de 1983 à 1994 sans prendre le temps de s'occuper d'elle-même.

Il nous semble d'emblée que la démarche de cette patiente est complexe et intriquée d'affects.

2.2 Bilan radiologique

Nous disposons d'anciennes radios faites en 1995. Nous n'avons pas de clichés de début de traitement, Mme L. s'y étant refusée. Par contre, en fin de traitement, elle les a acceptés pour les besoins du mémoire.

En 1995, on note quelques signes osseux dégénératifs sur les vertèbres dorsales supérieures ainsi que sur les deux dernières vertèbres lombaires.

En 1998, apparition d'une cervicarthrose C5-C6, les articulations coxo-fémorales et sacro-iliaques sont intègres.

2.3 Bilan douloureux et fonctionnel

La douleur de hanche est permanente, bien localisée dans l'articulation coxo-fémorale gauche, aggravée par les changements de position et la marche. La patiente rencontre en particulier des difficultés à la montée d'escaliers qu'elle fait en rotation interne du membre inférieur. Quand elle est assise, la jambe est aussi en rotation interne.

Madame L. a cessé toute activité physique, notamment la marche et le vélo depuis 1982. Le sommeil est perturbé : la patiente a mal dans la position allongée. Elle vit extrêmement isolée. Son seul lien avec l'extérieur est son travail.

2.4. Bilan statique

2.4.1. Bilan de face

- Pieds : les deux gros orteils sont en hallux valgus, plus marqué à droite, les phalanges distales en hyperextension sont soulevées.

- Contact des pieds : normaux avec toutefois un contact trop important au niveau des chevilles qui semblent télescopées. La ferme interne est plus creuse à gauche. - Aucun contact sur toute la longueur des membres inférieurs.

- Genoux : tous deux sont en recurvatum et rotation interne plus prononcée à gauche. Le genou gauche paraît plus bas.

- Bassin : le pli de l'aîne est plus marqué à droite alors qu'il est plus plein à gauche. Une "culotte de cheval" est visible à gauche. L'épine iliaque antéro-supérieure droite est antériorisée alors que l'hémi-bassin gauche est propulsé et plus haut.

Espaces thoraco-brachiaux visible à gauche. Les bras semblent rétropulsés, la face antérieure des coudes dirigés vers l'avant. Ils sont en recurvatum avec un épicondyle médial saillant. La main droite est plus basse que la gauche.

- Le sein gauche est plus haut que le droit.

- La clavicule droite est horizontale, très saillante sur toute sa longueur, elle donne l'impression d'avoir pivoté vers le bas. A gauche, sa direction est oblique vers le haut. Elle semble avoir pivoté vers le haut. Sa partie proximale est visible.

-Les épaules : la droite est tirée vers le bas, plus longue, tombante et antériorisée alors que la gauche est plus haute, courte et rétrécie.

- Le sternum : il est bombé dans sa partie supérieure.

- La tête est bien centrée.

2.4.2. Bilan de profil

Profil droit :

le modelé postérieur laisse apparaître le creux poplité gauche et la zone lombaire gauche ; une "bosse de bison" est bien visible ; les zones les plus postériorisées sont la pointe de la scapula et le tendon d'Achille.

- le modelé antérieur : la ligne sus-mamillaire n'est pas rectiligne, la partie inférieure étant beaucoup plus verticale. La ligne sous-mamillaire est de direction oblique vers l'avant, existant à droite, à peine elle est cassée au niveau de l'ombilic avec une convexité vers l'avant dans la partie sous ombilicale.

- le bras est positionné en arrière. La tête est antériorisée.

Profil gauche :

- le modelé postérieur laisse voir la pointe de la scapula droite, la partie inférieure de la fesse droite, la partie inférieure du tibia et le talon droit le bras cache une partie du contour postérieur.

- le modelé antérieur : assez semblable au modelé droit à part une dépression dans la partie sus-claviculaire de la ligne susmamillaire qui semble être due à la saillie plus importante de la clavicle gauche.

- le bras gauche est positionné encore plus en arrière qu'à droite cachant le contour postérieur du dos. La tête semble plus antériorisée à cause de l'épaule plus postériorisée.

2.4.3. Bilan de dos

- l'appui est plus important sur le pied droit. Les calcaneums sont en valgum.

- le mollet droit est convexe en dehors. Des varices sont visibles sur le mollet gauche.

- le condyle médial du fémur gauche est plus marqué. Le recurvatum du genou gauche est confirmé avec un creux poplité plus bas.

- à gauche, le pli fessier est plus long et plus profond, la fesse plus plate. Le bassin est translaté à gauche dans son quadrant supérieur.

- la colonne lombaire est concave. - l'épaule gauche est beaucoup plus haute que la droite, la scapula est adductée et le bras serré contre le thorax efface l'espace thoraco-brachial. A droite, la pointe de la scapula est très saillante et l'épaule est tombante. - des plis partant de la taille rejoignent la zone interscapulaire. Ils sont plus marqués à droite.

2.4.4. Flexion plantigrade

- les talons sont au sol. Le mollet gauche est poussé en arrière. La cuvette lombo-sacrée est prononcée, la gibbosité lombaire gauche est courte, suivie d'une gibbosité lombo-thoracique droite longue. La zone entre les scapulae apparaît en creux. Les coudes sont en recurvatum.

2.4.5. Décubitus dorsal

- les pieds sont en flexion plantaire marquée, le tendon de l'extenseur de l'hallux est très saillant, les genoux sont en rotation médiale. Les bras se placent en rotation latérale, paumes des mains vers le haut. Au sol, la jambe gauche est plus longue. La patiente supporte mal la position couchée.

- palpation des vertèbres cervicales et thoraciques hautes : de C2 à C5, nous palpons les massifs articulaires à gauche, puis de T6 à T3, les processus épineux à droite. Nous avons donc confirmation d'une convexité cervicale gauche. La partie basse de la colonne cervicale est cyphosée. - contours au sol : nous observons une toute petite lordose lombaire à droite.

- la peau est très épaisse sous le bord interne des calcaneums et sous l'articulation métacarpo-phalangienne, particulièrement à la base du cinquième orteil gauche, manifestant un mauvais appui

2.4.6. Synthèse du bilan statique

2.4.6.1. Modélisation

Pour la compréhension de ce que nous avons observé, nous avons besoin de la modélisation des flèches mises au point par **M.NISAND et COLL.** (5). Les dysmorphismes observés "*seraient secondaires à une différence de répartition du tonus musculaire*". Celui-ci serait trop élevé essentiellement dans les muscles agencés en chaîne*. Les chaînes étant principalement postérieures par rapport à l'axe du corps, on a surtout des déformations à concavité postérieure pouvant être comparées à un pont entre deux piliers. Si la flèche s'enfonçait de façon strictement médiane, nous n'aurions que des déformations dans le plan sagittal (lordose) mais du fait que la force s'exerce paramédianement (le plus souvent), elle provoque une déformation dans tous les plans de l'espace donc de type scoliotique.

F.MEZIERES avait observé deux grandes lordoses, une lombaire et une cervicale reliées par une cyphose.

Elle s'attachait à la direction de ces lordoses, autrement dit vers où regardent-elles ?

Pour une meilleure compréhension, et afin d'avoir plus de possibilités d'exploiter le concept en terme de technique thérapeutique, la M.R.P. a inversé le sens de description du phénomène et parle de deux flèches qui rentrent, de forces qui s'appliquent d'arrière en avant. (6)

2.4.6-2. Hypothèses biomécaniques

La flèche du bloc* inférieur rentrerait dans le quadrant supérieur droit du bassin, face postérieure. Elle serait peu ascendante et sortirait dans le quadrant supéro-externe face antérieure du bassin gauche. Sur son passage elle opère une antéverson du bassin droit faisant saillir l'épine iliaque antéro-supérieure et accentue le bombement de la partie inférieure de la fesse droite. Elle provoquerait une convexité gauche assez courte et prononcée au niveau des vertèbres lombaires basses et une dépression lordotique paramédiane droite pour finalement, à sa sortie, propulser le bassin gauche. Cette force qui s'appliquerait dans la partie

supérieure droite du bassin déformerait celui-ci dans le plan frontal en translatant sa partie supérieure vers la gauche.

La flèche du bloc supérieur s'enfoncerait relativement proche de la colonne cervicale à droite. L'entrée

de la flèche ferait tourner la clavicule droite vers le bas et l'avant. A gauche, sa sortie ferait pivoter la clavicule gauche vers le haut et l'arrière, entraînant l'épaule et la scapula. Sa direction serait aussi assez verticale expliquant le plastron sternal. Cette flèche provoquerait au passage la convexité cervicale gauche et une lordose cervicale paramédiane droite. L'adduction des scapulae viendrait renforcer la lordose inter-scapulaire provoquée par la chaîne antérieure du cou qui aurait pour point fixe l'apophyse basilaire.

Entre les deux lordoses paramédianes cervicale et lombaire, une longue convexité thoracique droite appelée zone de transition ferait le lien.

Piliers des lordoses : à droite, pointe de la scapula talon
à gauche, épine de la scapula mollet.

2.5. Bilan dynamique

2.5.1. Les clefs*

Elles sont un outil indispensable pour confirmer les hypothèses émises lors du bilan statique qui décrit les déformations spontanées alors que le bilan dynamique met en évidence les déformations induites. Les clefs affinent la compréhension des dysmorphismes indispensables au choix des techniques thérapeutiques.

Nous distinguerons

- les réponses évoquées inéluctables (P.,E.I)

- les réponses évoquées aléatoires (P,.E.A).

2.5.1.1. Plan frontal

- Abduction du membre supérieur droit

R.E...I : augmentation harmonieuse du diamètre frontal homolatéral du thorax qui indiquerait que le mouvement se fait au niveau de la zone de transition.

- Abduction du membre supérieur gauche

R.E.I : l'axe du mouvement d'élargissement du thorax gauche se trouve plus bas qu'à droite et la courbe est cassée

R.E.A. : - soulèvement de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Le mouvement se fait en aggravant la courbure lombaire gauche et en augmentant par là même la dépression lordotique paramédiane droite.

- augmentation de la rotation interne des deux jambes.

- Inclinaison de la tête à droite. Peu de réponses évoquées.

- Inclinaison de la tête à gauche

R.E.I : longue convexité thoracique droite. Elle se fait avec la zone de transition.

R.E.A. : soulèvement de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche (réaction antalgique).

2.5.1.2. Plan sagittal

- Antépulsion du bras droit

R.E.I augmentation du diamètre antéropostérieur de l'hémithorax droit.

R.E.A : rotation de la jambe gauche vers l'intérieur.

- Antépulsion du bras gauche

R.E.I augmentation du diamètre antéropostérieur de l'hémithorax gauche.

R.E.A contraction du quadriceps pour augmenter le recurvatum du genou gauche.

- Rotation de la tête à droite.

R.E.I saillie de l'articulation sterno-claviculaire gauche.

R.E.A convexité thoracique droite.

- Rotation de la tête à gauche.

R.E.I soulèvement de l'articulation sterno-claviculaire droite.

R.E.A soulèvement de l'épine iliaque antéro-supérieure droite.

- mouvement de flexion plantaire des deux pieds.

- Recul de tête.

Le recul de tête en position assise met en évidence une dépression paramédiane lombaire droite courte suivie d'une convexité lombo-thoracique montant jusque T10.

La zone entre les scapulae est très plate. Le maintien de la position se fait avec une flexion plantaire très prononcée. La patiente met plus de poids sur sa fesse gauche.

2.5.2. La flexion des membres inférieurs

L'élévation de la jambe droite provoque rapidement une fermeture du flanc droit (elle se fait en aggravant la courbure lombaire gauche). En fin de mouvement, quand la cheville arrive à l'aplomb de la hanche, la rotation externe des bras s'accroît par adduction des scapulae.

Pour la jambe gauche, on observe que la clavicule droite ainsi que l'épaule se soulèvent. La patiente s'appuie sur la pointe de sa scapula droite. La convexité thoracique droite est visible.

L'élévation des deux jambes provoque un rentrer du menton, une flexion de la tête à

droite et un glissement du sein gauche vers l'extérieur. Elle aggrave donc les courbures et la lordose paramédiane cervico-thoracique.

Ces manoeuvres se font en rotation interne des jambes.

Dans cette position, la jambe droite apparaît plus longue que la gauche. Il y a donc une inversion par rapport à ce qui était observé en décubitus dorsal.

Cette position soulage la patiente.

2.6. Synthèse générale

Les observations faites grâce aux clefs et à la manoeuvre* de flexion des membres inférieurs confirment les hypothèses émises lors du bilan statique.

3. PROPOSITIONS TRERAPEUTIQUES

Le principe actif de la M-R-P est la sollicitation active inductrice (S.A.I) Il s'agit de *contractions musculaires volontaires localisées recrutées par des sollicitations actives dans la course maximale possible induisant: à distance (c'est à dire dans un secteur géographiquement éloigné) un excès de tonus musculaire (par facilitation) se traduisant par l'apparition ou l'augmentation d'un dysmorphisme donné, ensuite la correction de celui-ci, l'épuisement de l'excès de tonus produisant l'effet excentrant recherché"(-7).*

La règle de la non-douleur pendant la séance est impérative (ne pas exacerber une douleur préexistante). Elle va de pair avec le travail à distance.

La M.R.P a repris la distinction qu'avait établie F. MEZIERES de deux grands blocs dans le corps humain : le bloc supérieur contenant tous les éléments de l'appareil locomoteur au dessus de T7 et le bloc inférieur sous T7.

Afin d'avoir la plus grande distance possible entre le lieu d'induction et celui de l'augmentation puis de la baisse du tonus, la S.A.I sera mise en oeuvre à l'aide de postures* thérapeutiques

- inter-blocs dans le sens caudo-crânien ou crânio-caudal
- intra-blocs : gauche/droite ou droite/gauche

Dans un premier temps, la plainte de Mme L. nous fera privilégier un travail crânio-caudal en posture inter-blocs puis de droite vers la gauche en posture intra-blocs. Cependant, les dysmorphismes et les antécédents de la patiente ainsi que le souci d'équilibrer la séance nous feront rapidement exploiter le sens caudo-crânial. Le choix de la position de départ mettant en tension les chaînes autour des différentes poulies de réflexion permet d'obtenir ou de moduler plus facilement et plus précisément la mise en tension des chaînes.

Notons d'emblée la place centrale donnée à la respiration qui devra éviter tout blocage diaphragmatique en inspiration, réaction classique à la sollicitation des chaînes musculaires . Dans un premier temps nous demanderons une respiration la plus libre possible en nous attachant surtout à la régularité du rythme. Après une phase d'apprentissage, toute altération sera considérée comme une réponse évoquée. Secondairement, la respiration sera utilisée comme outil de travail (par exemple augmenter l'amplitude expiratoire majorera la sollicitation des chaînes musculaires). La respiration offre la possibilité de réguler encore plus précisément l'intensité de la sollicitation souhaitée.

4. DESCRIPTION DES TECHNIQUES

4.1. Mise en place du traitement

Nous verrons la patiente une fois par semaine pour des séances d'une heure jusqu'à ce que nous observions une amélioration morphologique stable qui va de pair avec une diminution significative de la douleur et un meilleur fonctionnement. L'espacement des séances se décide avec la patiente, ce qui posera quelques problèmes dont nous reparlerons plus loin.

4.2. Méthodologie

Nous présenterons les vingt premières séances de traitement par groupe de cinq avec la description des postures thérapeutiques utilisées puis l'évolution fonctionnelle douloureuse, morphologique et/ou psychologique.

4.2.1. Séances de 1 à 5

Nous choisissons d'abord d'utiliser les clefs du bloc supérieur afin de respecter les règles de la S.A.I (travail à distance de la plainte actuelle) ce qui permet de bénéficier d'un long bras de levier et d'éviter de réactiver la douleur. Nous privilégierons les clefs qui, lors de l'examen clinique, nous ont montré des réponses évoquées dans le bloc inférieur afin de voir le dysmorphisme s'aggraver par augmentation du tonus puis diminuer.

Les antépulsions des bras seront préférentiellement choisies puisqu'elles majorent le recurvatum et la rotation interne du genou gauche. Elles seront appliquées séparément et ensemble.

La rotation de tête à gauche augmente la flexion plantaire des deux pieds.

Nous travaillerons la circumduction des poignets qui est une manoeuvre de mouvements alternés dans la plus grande amplitude et avec la plus grande précision possible. Elle provoque également la flexion plantaire des deux pieds.

Nous ajouterons à ce travail crânio-caudal un travail caudo-cranial. Nous choisirons l'abduction du cinquième orteil droit qui se fait sur l'expiration afin de ne pas risquer d'augmenter la douleur de la hanche gauche. Ce mouvement s'accompagne d'abduction involontaire du cinquième doigt de la main droite impossible à contrôler de la part de la patiente. La position décubitus dorsal est difficile à supporter. Nous ferons donc cette abduction aussi en position assise. Mais, à la troisième séance, c'est la tentative d'abduction du premier orteil qui déclenchera des réactions neurovégétatives particulièrement importantes au niveau du thorax à type de rougeur, de fourmillement dans les mains et de myodésopsies (ou mouches volantes). La manoeuvre de flexion des membres inférieurs étant un soulagement, nous l'utiliserons en demandant à la patiente de nous repousser, ce qui est l'inverse de ce qu'elle fait spontanément. Cette manoeuvre est intéressante parce que l'utilisation de la chaîne postérieure provoque une inhibition réciproque des muscles antagonistes notamment du psoas iliaque qui a probablement un rôle important dans la douleur de hanche. Nous profiterons de cette manoeuvre pour faire un travail proprioceptif. Les mouvements passifs alternés des jambes aideront la patiente à relâcher progressivement les contractions involontaires autour des articulations des hanches.

Evolution : Il y a une légère amélioration de la douleur de hanche et en séance, la patiente supporte mieux la position couchée.

A son grand étonnement, celle-ci "*retrouve son écriture*". Depuis la mort de son mari, elle était illisible, ce qui l'a handicapé dans son métier. Plus tard, elle nous décrira un vécu de coupure, au moment du décès, entre la tête et le reste du corps avec la sensation que la tête était posée sur un bloc en béton. Ce changement a lieu suite aux réactions neurovégétatives et Mme L. nous interroge sur "*ce lien qui revient entre la main et le cerveau*" se demandant si c'est un effet du traitement en M.R.P.

4.2.2. Séances de 5 à 10

Les mêmes postures sont reprises, mais la circumduction des poignets sera demandée en position debout, bassin contre le mur. Cette position génère une mise en tension de la chaîne postérieure autour de la poulie astragaliennne. Celle-ci est à présent possible car la douleur de hanche est un peu moins vive. Elle est indiquée étant donné l'amplitude importante de la flexion plantaire lors de cette manoeuvre.

Par ailleurs, nous poursuivrons le travail en décubitus dorsal pour les trois postures suivantes :

A l'abduction du cinquième orteil droit apparaîtront des contractions involontaires dans le quadriceps gauche témoignant de l'augmentation sous-jacente du tonus. De nouvelles postures seront utilisées : - l'abduction du bras gauche qui augmente la rotation médiale des deux jambes. Puis dans une autre séance, la mise en tension de la chaîne brachiale qui entraîne une abduction du membre inférieur gauche.

- l'extension résistée des orteils droits en position assise avec deux objectifs :

1) en intra-bloc pour voir le quadriceps gauche entrer en grande crispation. La cible est ici la chaîne antérieure des lombes.

2) dans le sens caudo-crânial pour voir la tête avancer. La chaîne antérieure du cou serait la cible car elle propulse la tête en avant.

C'est surtout le premier objectif qui sera atteint.

A la septième séance, le recul de tête en position assise est amorcé. Cette posture grâce à une flexion de hanche importante met en tension la chaîne postérieure autour de la poulie pelvienne. Nous demandons à la patiente d'aligner le scapulum sur le sacrum, puis, en déroulant l'ensemble du bloc supérieur autour de la zone de transition* d'aligner l'occiput sur le scapulum tout en gardant les omoplates abductées ce qui s'avérera difficile. L'objectif se confond ici avec la cible : c'est la lordose lombaire que nous verrons effectivement se creuser. Elle est accompagnée d'une flexion plantaire maximale des deux pieds. La contraction du diaphragme est très importante dans cette position. Nous essayerons d'aider à son relâchement par des pressions sous les côtes flottantes à l'expiration. Le dysmorphisme ne se réduisant pas suffisamment, nous ajouterons une manoeuvre correctrice d'emblée : la flexion dorsale des chevilles.

Le travail debout étant bien supporté, nous explorerons la rotation latérale des genoux dans une amplitude modérée pour éviter toute douleur de hanche. Nous obtiendrons une sortie importante du plastron sternal par augmentation du tonus de la chaîne antérieure du cou qui, rappelons-le, a probablement son point fixe sur l'apophyse basilaire. Nous aiderons au relâchement des contractions involontaires qui viennent protéger le tonus en appliquant des pressions manuelles sur le sternum.

Nous demanderons aussi dans cette position un recul de tête et nous assisterons à une avancée du bassin par sollicitation du psoas.

Evolution : Après le travail d'extension résistée des orteils et de circumduction des poignets debout, la douleur de hanche est toujours présente mais qualitativement très différente: la patiente a la sensation que la hanche gauche va "lâcher" quand elle se met debout. Tue travail assis fait resurgir une douleur à la scapula gauche et une douleur lombaire oubliées depuis longtemps qui perdurent après la séance. Nous ne le reprendrons que trois mois plus tard.

Dans cette phase de travail, nous avons commencé une tentative de correction du mouvement respiratoire. Jusqu'alors, nous n'avions insisté que sur la régularité et la liberté de l'expiration, ce qui pose déjà un problème car Mm L. pince constamment les lèvres. De plus, elle a tendance à faire un grand mouvement d'élévation des côtes donnant une belle ligne antéro-supérieure pour ensuite la verticaliser tout à fait. Nous lui indiquons donc un mouvement respiratoire qui accompagne le mouvement du diaphragme sortir le ventre à l'inspiration et le rentrer à l'expiration afin d'éviter l'effondrement de la ligne antéro-supérieure. Il n'est pas inintéressant de noter qu'elle déteste le massage final.

Progressivement pendant ces cinq séances la sensation de la hanche gauche se modifie, puis la patiente connaît des moments de répit, la douleur de hanche ne sera ressentie qu'à certains changements de position. A la dixième séance Mme L. annonce qu'elle n'a plus mal. Cependant elle a conscience de ne pas utiliser normalement, de protéger sa hanche.

Morphologiquement, en fin de séance, les genoux se touchent mais l'amélioration n'est pas stable.

Rapidement, Mme L. nous déclare qu'elle se sent globalement mieux. Elle exprime le besoin intense de pleurer, ce qui lui est impossible depuis le décès mais les larmes lui sont encore interdites.

4.2.3. Séances 10 à 15

Si, pendant les dix premières séances, les deux directions de traitement sont toujours présentes, le sens crânio-caudal est prééminent. Dans la phase suivante, des symptômes à type de migraines violentes, de douleurs entre les scapulae, de tensions dans les épaules et la non réduction des dysmorphismes dans le bloc supérieur, nous feront intensifier le travail caudo-crânial.

Nous introduirons la manoeuvre des mouvements alternés des chevilles en flexion extension accompagnant le rythme respiratoire alternativement en adduction et en abduction en décubitus dorsal. Nous observons une flexion de tête à droite témoignant d'une amplification de la courbure cervicale gauche et une déformation de la main gauche avec exagération du valgus du coude. Des douleurs lombaires peu importantes nous font opter pour une pré-installation différente. Nous demanderons cette manoeuvre mais membres inférieurs en flexion, chevilles à l'aplomb de la

lordose lombaire avec un repousser des talons vers nous. Lever les jambes est une manoeuvre correctrice d'emblée pour cette lordose. De plus, elle intensifie la sollicitation des chaînes par une mise en tension supplémentaire de la chaîne postérieure autour de la poulie pelvienne postérieure. En plus des réactions précédemment décrites, apparaîtront des réactions neurovégétatives importantes de rougeur sur le thorax et le cou précisément au niveau de la chaîne antérieure du cou et de fourmillements dans les mains. La migraine aura disparu en fin de séance.

Dans le travail caudo-crânial debout nous en étions restés à placer la S.A.I aux genoux, en demandant une rotation externe. Nous intensifions le travail en éloignant la S.A.I de la cible afin de disposer d'un bras de levier plus important en demandant une correction des fermes médiales des pieds, trop creuses, notamment à gauche.

En assis, nous appliquerons l'extension résistée des orteils bilatéralement parce qu'il y a une douleur sacro-iliaque. Nous obtiendrons des réactions dans le bloc supérieur des fourmillements dans les mains.

Evolution : La patiente ne se plaint plus que de quelques tiraillements dans la hanche gauche. Elle monte encore les escaliers avec prudence mais en positionnant le pied gauche correctement dans l'axe du mouvement, rapidement, sans plus y penser. Elle refait une grande marche, puis une randonnée avec des amis qui ne provoqueront qu'une impression de chaleur dans la hanche, se calmant avec le repos. La patiente décrit des douleurs sporadiques lointaines. Elle parle d'une présence au niveau lombaire sans la qualifier de douleur.

Les migraines intenses finissent par diminuer suite au travail des chevilles, membres inférieurs en flexion, laissant place à une sensation de raideur et de tension dans le haut du thorax.

En fin de séance, Mme L. est beaucoup plus détendue. C'est un bouleversement qui lui permet de commencer à parler de son histoire. Elle nous explique qu'elle ne s'est pas protégée pendant la maladie de son mari, et qu'elle a vécu sa mort très physiquement "*en verrouillant tout*", s'enfermant dans la maison qu'il avait construite, se créant une bulle où son souvenir est préservé. Au décours du traitement, elle se sent en mutation et pense pouvoir envisager les choses différemment. Percevant son besoin d'être écoutée et soutenue, nous lui parlons de la possibilité d'un travail psychothérapeutique ; elle refuse disant que "*les choses doivent se faire*", qu'elle aurait eu besoin de ce type d'aide durant les mois d'hospitalisation, mais que maintenant il est trop tard. Elle comprend et accepte, nous semble-t-il, la limite de notre travail en M.R.P que nous lui précisons.

Le processus sera accéléré par un événement sa maison sera cambriolée. Paradoxalement, elle le vivra à la fois difficilement et positivement comme si les cambrioleurs avaient percé cette bulle. Elle dit son angoisse à devoir vivre là et entretenir cette maison seule. Elle pense pour la première fois qu'un jour elle pourra la vendre et passer à autre chose.

Outre son envie de parler, elle exprime son désir de reprendre des activités : marcher, prendre des cours de natation

Dans le même temps où les migraines disparaissent, elle retrouve sa capacité à pleurer pour la première fois en séance : "*quelque chose s'est dénoué en moi*". Elle se sent en relâchement complet, même au travail, elle pleure n'importe où. Tout cela l'inquiète. Elle réagit en essayant de faire de la gymnastique tous les jours ce qui réactive les douleurs cervico-thoraciques. Elle s'inscrit à un club de gymnastique aquatique deux fois par semaine, fait des marches de vingt kilomètres, bricole dans le jardin, reprend le vélo. Il se dessine une tendance à l'hyperactivité. Une crise de colique néphrétique l'empêche de venir à une séance : la douleur de hanche se fera à nouveau ressentir momentanément après une semaine.

Morphologiquement, le contact entre les genoux est stable avec un recurvatum et une rotation interne moins importants. L'adduction des scapulae a diminué. Ce résultat stable nous invite à penser que nous pourrions bientôt espacer les séances.

4.2.4. Séances de 15 à 20

Les mêmes postures seront reprises avec un équilibre plus grand entre le travail crânio-caudal et caudo-crânial. La réintroduction du travail de recul de tête en position assise sera possible cette fois sans douleur dans la zone lombaire ni à la scapula gauche. A la fin de cette séance, le massage du diaphragme provoquera une intense chaleur au visage puis une grande envie de dormir.

Evolution : La patiente se plaint de crampes importantes des pieds aux mollets qui la réveillent la nuit et de douleurs dans l'articulation sacro-iliaque gauche. La hanche est douloureuse quand elle trop sollicitée. Cette période sera marquée par une grande instabilité. Mme L. se sent *"plus en relation, plus détendue, moins tranchante"*. Ce vécu qu'elle qualifie d'agréable est en même temps difficile à supporter parce qu'il va de pair avec un plus grand sentiment de solitude : la présence de son mari qu'elle a entretenue de toutes ses forces pendant quatre ans s'en va progressivement. La tendance à l'hyperactivité se révèle être une défense contre la dépression. Le sommeil est de nouveau très perturbé. La patiente consulte plus régulièrement son médecin acupuncteur.

Depuis longtemps, il n'y avait pas de place pour autre chose que la douleur ; maintenant la vie bouillonne en elle, elle se sent vulnérable et ne reconnaît plus la femme forte qu'elle a été. Apparaissent des sentiments de dépréciation d'elle même.

Malgré les difficultés, nous espacerons les séances pour arriver progressivement à trois semaines d'intervalle.

4.2.5. Séances suivantes

Les séances continueront à ce rythme et confirmeront la diminution de la douleur et l'amélioration morphologique et psychique. Le mouvement d'ouverture sur l'extérieur et de reprise d'activité s'installe avec plus de discernement et de modération. Le sommeil est de meilleure qualité.

La patiente part un mois en vacances pour la première fois depuis très longtemps. Nous la reverrons par la suite en traitement d'entretien toutes les quatre, cinq semaines.

4.3. Les difficultés rencontrées

En début de traitement, la difficulté principale sera la grande méfiance de Mme L. vis à vis du corps médical et paramédical, ce qui nous empêchera par exemple de demander un nouveau bilan radiologique. En même temps, elle accepte les séances avec nous avec l'idée que le moment est venu et qu'elle y est prête. Elle vit cet essai de se soigner comme un quitte ou double. Le ressurgissement de douleurs anciennes réactive le passé douloureux et conduit dans un deuxième temps, après deux mois de traitement, Mme L. à manifester un grand besoin d'être écoutée. A ce moment nous aurons la crainte qu'elle ne nous demande autre chose que le travail que nous lui proposons. Nous lui préciserons très clairement que nous ne sommes là que pour traiter les difficultés sur le plan somatique même si nous avons conscience de l'intrication profonde des problèmes. Nous proposerons de l'orienter vers un spécialiste de la parole, ce qu'elle refusera. Nous lui dirons notre attachement à ce que le temps des séances ne soit pas envahi par sa parole tout en lui manifestant une grande empathie. A chaque séance, elle apportera son vécu en début ou en fin de traitement. Nous ne poserons jamais de question. Ces moments seront brefs et intenses.

Ce sera avec le même souci que Mme L. n'utilise le cadre des séances hebdomadaires en place d'un soutien psychologique que nous négocierons avec elle un espacement des séances qu'elle ne souhaite pas a priori. Pour nous, la morphologie étant améliorée de façon stable, il n'y a plus lieu de continuer à ce rythme, bien au contraire.

5. BILAN DE FIN DE TRAITEMENT

5.1. Bilan douloureux et fonctionnel

La douleur de hanche a tout à fait disparu en décubitus dorsal, à la marche et à l'effort. La douleur lombaire est parfois présente après une fatigue particulièrement importante mais le repos suffit à l'améliorer. La tension dans les épaules et entre la scapula ainsi que les migraines ne resurgissent que quand Mme L. est plus déprimée. Elle a une impression de beaucoup plus grande stabilité au niveau de ses appuis au sol. Restent des crampes dans les jambes et des douleurs dans le pied droit.

Mme L. parle du plaisir d'un corps vivant où les *"parties sont: reliées"* et d'un grand soulagement de ne plus vivre dans un carcan. Elle a retrouvé sa capacité à pleurer. L'écriture est quasi normale. Le sommeil est régulier et de meilleure qualité. Elle pratique régulièrement des activités sportives de loisir.

5.2. Bilan statique

5.2.1. Debout pieds joints

- les pieds : les appuis sont plus équilibrés. Les premiers orteils sont posés au sol. Les contacts sont normaux avec une ferme interne moins creuse à gauche. - les mollets le bord externe du mollet droit est plus rectiligne.
- les genoux sont en contact. Le genou gauche est moins en recurvatum et les creux poplités sont au même niveau. - les cuisses ont un contact dans leur partie supérieure. - le bassin est beaucoup moins déformé dans les trois plans de l'espace, ce qui donne des plis et des volumes fessiers symétrisés.
- l'espace thoraco-brachial existe à gauche. Les bras sont moins rétro-pulsés.
- les épaules sont toujours à des hauteurs très différentes.
- la bosse de bison est moins marquée.
- la tête est moins antériorisée.
- la pointe de la scapula droite est moins saillante.

5.2.2. Décubitus dorsal

La patiente supporte sans aucun problème cette Position. La différence de longueur de jambe est moins importante au sol et disparaît lors de la manoeuvre de lever des jambes. Les callosités sous les pieds ont beaucoup diminué.

5.3. Bilan psychologique

A notre demande et pour les besoins du mémoire, Mme L. accepte un rendez-vous avec un psychologue dans le but de faire un examen psychologique a posteriori. Il nous adresse le rapport suivant.

"Des éléments recueillis lors d'un entretien psychologique, on peut faire l'hypothèse d'une intrication importante entre les douleurs psychiques et les douleurs physiques. En particulier la clinique évoque fortement une somatisation de la souffrance liée à l'accompagnement jusqu'à la mort du mari de la patiente et les difficultés d'un deuil qui semble impossible.

Lors de l'examen, Mme L. nous parle de "douleurs qui traînent: depuis l'enfance" en évoquant la chute de vélo et de toboggan. Elle précise que l'accident de voiture (1980) suit de peu le décès (au cours d'un autre accident de voiture) d'un beau-frère de 19 ans qui venait d'avoir un enfant. Le mari de Mme L. s'est senti responsable de la mort de son frère. Pour rappel, c'est suite à cet accident que des douleurs cervicales importantes apparaissent. Ces trois événements pourraient constituer une préparation du terrain somatique où viendront S'inscrire les souffrances psychiques futures non mentalisées.

Les troubles consécutifs au décès du mari sont décrits comme suit :

- elle fait: état de sa grande difficulté à "actualiser la douleur liée au deuil de son mari, à en parler, à l'affronter" Elle n'a jamais vraiment intégré cette disparition.
- impression d'avoir la tête posée sur quelque chose de dur
- aménorrhée pendant six mois
- troubles du sommeil, cauchemars
- prise de poids (ex : cinq kilos en un mois)
- troubles digestifs avec impression de gonfler

- dos carrément bloqué (février 95) avec difficultés importantes pendant un an
- isolement social.

Il faut mentionner l'efficacité d'un traitement antidépresseur pris pendant plusieurs mois et qui, outre une amélioration sensible de l'humeur, a significativement atténué les douleurs physiques. La patiente a interrompu ce traitement ainsi qu'un traitement anxiolytique.

Mme L. a beaucoup de mal à consulter et n'y parviendra qu'en s'adressant à un médecin acupuncteur "non traditionnel" qui, au-delà des soins, va assurer une écoute rassurante.

Elle évoque la rencontre avec Mme DEGREMONT dans des termes semblables. Elle dit s'être sentie comprise, écoutée. Elle insiste sur l'absence de jugement.

On peut faire l'hypothèse que, outre la pertinence de la proposition de soin kinésithérapeutique, c'est une dimension relationnelle liée à une empathie qui a permis à Mme L. de s'engager dans un traitement au long cours qui servirait de modèle reproduit dans la vie par la patiente. Le cadre thérapeutique rigoureux mis en place a rassuré Mme L. qui s'est alors autorisée à vivre et éprouver corporellement mais aussi psychiquement des affects trop longtemps contenus.

En synthèse, les résistances à mentaliser le deuil et la douleur, l'importance des troubles somatiques et leur nature, les effets d'un antidépresseur, certains événements de l'histoire de la patiente, la persistance dans le temps des symptômes nous autorisent à accepter l'hypothèse d'une somatisation par défaut de mentalisation.

Mme L. a probablement développé une forme de culpabilité et de responsabilité inconsciente autour de la mort de son mari. Actualiser et penser la souffrance, ce serait affronter la culpabilité.

Par ailleurs, Mme L. ne présente pas de signes pathologiques de la lignée psychotique, ne présente pas de troubles du comportement."

6. DISCUSSION

Il nous arrive fréquemment de recevoir des patients malades de douleur chronique et malades de dépression. Ceci est vrai pour n'importe quel kinésithérapeute mais plus encore quand on pratique la M.R.P : les médecins nous adressent souvent des patients pour lesquels ils ne trouvent pas de solution thérapeutique satisfaisante. La cible de notre travail est bien évidemment la douleur physique mais nous ne pouvons pas éviter la question de savoir si la douleur physique a entraîné la dépression ou si la dépression a généré la douleur physique.

Pour évaluer la pertinence de cette question et pour proposer des repères et des pistes de réflexion, nous aborderons dans cette discussion la neurophysiologie de la douleur, les mécanismes de la dépression masquée et de leurs rapports.

6.1. Neurophysiologie de la douleur

La transmission douloureuse implique des phénomènes électrophysiologiques et neurochimiques. Trois étapes se succèdent:

- l'élaboration au niveau du nocicepteur
- la modulation au niveau de la corne postérieure de la moelle épinière : amplification ou blocage des influx
- intégration au niveau du cerveau la douleur devient un message conscient

6.1.1. Elaboration

Selon les auteurs les avis sont un peu divergents. Cependant, nous pouvons distinguer :

- Les nocicepteurs mécaniques purs reliés à des fibres AS acheminant la douleur aiguë, rapide.
- Les mécanorécepteurs à bas seuil d'excitation reliés à des fibres C (amyélinisées, de calibre faible) acheminant la douleur sourde, secondaire.
- Les nocicepteurs mécaniques et thermiques reliés à des fibres A δ .
- Les nocicepteurs polymodaux répondant aux trois types de stimulation : mécanique, thermique et chimique. La sensation nociceptive est acheminée par des fibres Ab et C. Ils ont un seuil d'excitation élevé. Ils peuvent manifester une sensibilisation lorsqu'ils sont soumis à un stimulus prolongé par abaissement du seuil et/ou augmentation de la réponse : Un stimulus non nociceptif est capable d'activer ces récepteurs. Quand la stimulation est

répétée la libération de médiateurs chimiques augmente dans les tissus (bradykinine, histamine, sérotonine, certaines prostaglandines qui sensibilisent les récepteurs) : c'est le phénomène de sensibilisation responsable de l'inflammation neurogène qui s'étend aux tissus sains adjacents.

Les terminaisons sympathiques peuvent jouer un rôle en modifiant la circulation locale et en favorisant la libération de substances algogènes et inflammatoires comme les prostaglandines.

Certains auteurs (8) évoquent des nocicepteurs silencieux sensibles aux stimulations chimiques devenant actifs en cas d'inflammation et donnant des signaux douloureux à long terme. La localisation des récepteurs est cutanée, viscérale, musculaire, articulaire.

6.1.2. Les mécanismes médullaires

Il existe différents mécanismes de contrôle au niveau médullaire.

- Le contrôle de porte, découvert en 1965 par Wall et Melzack, montrant que les fibres sensibles de gros calibre empêchent la transmission des fibres nociceptives de petit calibre vers la corne postérieure. Ceci explique le rôle antalgique du mouvement et de la stimulation cutanée. - Le contrôle biochimique : dans ces mécanismes, les substances neurochimiques jouent un rôle important dans la transmission du message nociceptif, surtout les enképhalines, la substance P, mais aussi l'acide gamma-aminobutyrique, les tachykinines, la sérotonine. Ils sont libérés dans l'espace synaptique. Ces neurotransmetteurs créent une dépolarisation qui permet une sommation temporelle des influx nociceptifs et à terme

engendrent une modification durable des neurones aboutissant à une véritable mémorisation des phénomènes douloureux.

Trois substances inhibent la transmission nociceptive dans la corne postérieure : les opiacés, la sérotonine et la noradréline.

6.1.3. Les mécanismes centraux

Sans entrer dans le détail du contrôle supramédullaire, notons que les centres supérieurs exercent aussi une influence sur le traitement de l'information somesthésique. Il existe des voies inhibitrices et activatrices descendantes, à partir du tronc cérébral, utilisant aussi la noradréline et la sérotonine. Par exemple des médiateurs libérés au niveau de la corne dorsale peuvent déclencher le potentiel d'action nociceptif. *"Ces mécanismes servent de support aux douleurs dites psychogènes et expliquent le rôle aggravant des facteurs psychiques sur la douleur"* (8). En tout état de cause les auteurs qualifient de désuète la dichotomie entre douleur organique et psychogène.

En conclusion, nous pouvons retenir la complexité mais surtout le fonctionnement en cercle vicieux de la douleur qui passe par des substances neurochimiques que nous allons en partie retrouver dans la dépression.

6.2. La dépression masquée

Le Dr RUBINSTEIN H. (9) en donne la définition suivante *"La dépression masquée est un ensemble de symptômes, dont l'expression est souvent caractéristique de la personnalité et du terrain du sujet, lié à un dérèglement psychophysiologique réversible de tout ou d'une partie de l'organisme. Ce déséquilibre correspond à des traits de personnalité, à des micro lésions organiques et/ou à des troubles métaboliques et neuro-hormonaux qui, s'ils sont négligés, évolueront vers une pathologie dépressive véritablement constituée, avec tous les risques que cela comporte"*.

Dans la dépression masquée (D.M), il y a absence d'humeur dépressive et ce contrairement à la dépression caractérisée par une douleur morale, un sentiment parfois aigu de tristesse et une perte de l'élan vital.

Les symptômes physiques, en particulier douloureux, sont au premier plan. Le patient ne se sent pas déprimé et en refuse l'idée.

Selon le Dr RUBINSTEIN H. *"Les D.M sont présentes dans bon nombre de situations pathologiques en apparence inextricables dont elles constituent un principe unificateur"*.

La D.M présente des **signes généraux** et des **signes de localisations**.

6.2.1. Les signes généraux.

Les plus importants sont les suivants

- La fatigue (dans plus de 90% des cas) c'est une fatigue matinale. Le patient se lève fatigué et de brutales sensations d'épuisement peuvent s'abattre sur lui dans la journée. Elle peut devenir invalidante professionnellement et socialement. - Les troubles du sommeil sont extrêmement fréquents et rebelles. Il s'agit d'insomnies de la deuxième partie de la nuit.
- L'anxiété est pratiquement constante et peut aller d'une tendance à l'inquiétude jusqu'à des états d'angoisse invalidants.
- Les troubles de la régulation thermique : états subfébriles (38,0 à 38,5) que rien ne semble expliquer. - Les troubles des conduites alimentaires avec en particulier, en alternance, boulimie et anorexie.

6.2.2. Les signes de localisation.

En outre, les symptômes d'une D.M peuvent être localisés au niveau :

- du système cardio-vasculaire : palpitations, tachycardie, sensations de douleurs et d'oppression thoracique qui s'expliquent par l'établissement d'un cercle vicieux anxiété/spasmes musculaires.
- du système respiratoire sensation d'une oppression thoracique accompagnée de douleurs, respiration courte et rapide. Au lieu de mettre en jeu le muscle principal de la fonction respiratoire (le diaphragme) le patient utilise les muscles intercostaux et du cou. Ces sensations sont liées à des spasmes des muscles volontaires et de la musculature lisse des bronches.
- du système digestif sur/sous alimentation, constipation/diarrhée, vomissements, douleurs abdominales plus ou moins importantes.
- dentition et face : toutes les douleurs dentaires et faciales qui ne relèvent pas d'une étiologie précise (névralgie du trijumeau, névralgie du glosso-pharyngien, infections dentaires, otites, sinusites) sont considérées comme atypiques. Le Dr RUBINSTEIN H. les associe au diagnostic de D.M. - douleurs vertébrales et rhumatismales. Nous développerons particulièrement ce domaine qui rencontre nombre de nos préoccupations.

La D.M est responsable d'une modification des mécanismes de perception de la douleur et d'une augmentation de l'hyperexcitabilité neuromusculaire qui se manifeste au niveau des muscles squelettiques par des spasmes et des contractures, sources de douleurs variées. Ces douleurs souvent intenses se situent le long de la colonne vertébrale ou au niveau des membres.

Au niveau du cou, la contracture des muscles de la nuque entraîne des douleurs et des sensations de lourdeur. il existe aussi des maux de tête, sourds ou lancinants, qui siègent à l'arrière du crâne.

Au niveau du dos, la douleur se localise souvent entre les scapulae, rend le travail assis pénible. Elle est tarabuscante et peut s'accompagner d'une grande lassitude.

Au niveau de la région lombaire, la douleur peut être sourde ou violente, allant jusqu'au lumbago aigu. Elle est majorée par les efforts et rend parfois la marche difficile. Elle peut être compliquée d'irradiations douloureuses aux membres inférieurs réalisant des pseudo-sciatiques uni ou bilatérales.

Au niveau des membres supérieurs, les douleurs sont diffuses, s'accompagnent de crampes, de fatigabilité musculaire, de difficultés à porter des objets lourds.

Au niveau des membres inférieurs, les douleurs peuvent être importantes et isolées, accompagnées de crampes des mollets, de sensations de compression des pieds, de fourmillements dans les orteils.

Dans tous les cas, l'enquête rhumatologique est négative et les radiographies du squelette sont normales ou montrent des lésions mineures, banales et non évolutives, la contracture seule est responsable des douleurs et de l'impotence fonctionnelle.

A défaut de reconnaître une D.M, devant des douleurs persistantes, en particulier lombaires, le risque existe d'une inflation d'explorations traumatiques :

- symptômes dermatologiques : selon le Dr RUBINSTEIN H., il faut penser à une D.M quand les

manifestations cutanées (en particulier le prurit) se chronicisent et répondent peu ou mal aux thérapeutiques purement dermatologiques.

- manifestations neurologiques malaises, pertes de connaissance, divers types de céphalées résistants aux traitements et aux règles hygiéno-diététiques de prévention peuvent évoquer l'hypothèse d'une D.M.
- symptômes psychiques : difficultés intellectuelles, variation de l'humeur et instabilité émotionnelle, modification de la personnalité (par ex. quelqu'un d'organisé deviendra obsessionnellement méticuleux), manifestations d'anxiété, troubles obsessionnels compulsifs (peur obsédante de se tromper dans ses comptes, d'oublier de fermer le gaz, d'avoir les mains sales ...).
- problèmes gynécologiques : le Dr RUBINSTEIN considère qu'il faut envisager le diagnostic de D.M pour l'essentiel des troubles gynécologiques et de la vie sexuelle pour lesquels une cause organique ou infectieuse ne peut être décelée.

6.2.3. Les mécanismes psychobiologiques des syndromes dépressifs

Les mécanismes ne sont pas entièrement élucidés. Les principaux acteurs et les structures physiologiques sont connus : muscles lisses, muscles striés, les systèmes nerveux central, périphérique et autonome, les jonctions neuromusculaires, différentes hormones et les glandes qui les sécrètent.

La D.M fait intervenir une pathologie microlésionnelle organique

6.2.3.1. L'excitabilité neuromusculaire

Le trouble déterminant est une augmentation de l'excitabilité neuromusculaire. Toutes les cellules vivantes ont la possibilité de se contracter et particulièrement les cellules nerveuses et musculaires.

Les acteurs de cette contraction sont les ions positifs, sodium, potassium, calcium, magnésium, hydrogène.

Le passage dans un sens ou dans l'autre de ces ions à travers les membranes cellulaires va déterminer l'excitabilité des cellules. Ce passage est à la fois autonome et contrôlé par diverses hormones.

6.2.3.2. Le rôle des neurotransmetteurs

Les troubles ioniques ne suffisent pas à expliquer les mécanismes des dépressions. Les symptômes physiques, l'excitabilité neuromusculaire et les modifications de l'humeur impliquent l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et le système nerveux central, ainsi que leurs neuromédiateurs et leurs neuromodulateurs au premier rang desquels on trouve la noradrénaline, la sérotonine et la dopamine.

Sans entrer dans le détail, attirons l'attention sur le fait qu'une fois l'hyperexcitabilité installée, les neurotransmetteurs eux-mêmes majorent l'anxiété et créent des symptômes (insomnies, crampes) et des symptômes anxiogènes (palpitations, malaises) qui accroissent, eux aussi, la sécrétion de neurotransmetteurs.

Il s'agit d'un cercle vicieux où l'hyperexcitabilité augmente la sécrétion de neurotransmetteurs, qui majorent l'hyperexcitabilité qui épuise la production de neurotransmetteurs.

6.2.3.3. Les dysrégulations endocriniennes

Les troubles ioniques et l'hyperexcitabilité neuromusculaire provoquent des dysrégulations endocriniennes. Chez les dépressifs, il est démontré, sur le plan hormonal, qu'il existe des perturbations endocriniennes touchant

particulièrement la fonction surrénale et la fonction thyroïdienne ainsi que des modifications de la sécrétion de l'hormone de croissance et de la mélatonine.

6.3. Douleur chronique et dépression

Il est intéressant de noter les points communs entre la douleur chronique et la dépression. L'hypothèse de mécanismes biologiques similaires ainsi qu'une symptomatologie

commune (fatigue, asthénie, troubles du sommeil et de l'alimentation, certaines formes d'anxiété ...) est avancée. (3)

Pour ces auteurs, l'efficacité analgésique de certains antidépresseurs dans les douleurs chroniques, indépendamment de leurs effets sur l'humeur, en serait une preuve. Cet effet analgésique ferait intervenir la sérotonine ainsi que d'autres mécanismes.

6.4. Discussion

Dans ce chapitre, nous voudrions émettre des hypothèses quant aux mécanismes thérapeutiques mis en jeu lors du traitement de Mme L. qui ont abouti à une nette amélioration des symptômes physiques et psychiques.

Le kinésithérapeute reconstructeur cherche la normalisation du tonus des muscles concaténés, ce qui se traduit par une diminution des dysmorphismes et des algies. En effet, comme l'explique M.NISAND, dans son rapport d'expert sur la prise en charge du patient lombalgique (10), la douleur est l'expression d'un conflit non résolu entre des chaînes hypertoniques et antagonistes quand aucune déformation consensuelle n'a pu être trouvée. L'outil est la S.A.I (cf.chap.3). La M.R.P se propose donc d'agir sur la cause de la douleur et donc d'aider le patient à sortir du cercle vicieux dans lequel - nous l'avons vu - il est enfermé.

Le conflit étant résolu, on peut émettre l'hypothèse que l'action thérapeutique se situe au niveau de **l'élaboration du message nociceptif** et de **la sensibilisation** : les récepteurs mécaniques cessent d'être activés. Secondairement, les récepteurs thermiques et polymodaux responsables de l'inflammation sont mis au repos. Comme la douleur est ancienne, des modifications neuronales et neurochimiques ont eu lieu. Celles-ci sont qualifiées de durables mais non irréversibles par les auteurs. La douleur persisterait jusqu'à ce que le **phénomène de mémorisation** ait cessé.

Le contrôle de porte explique la place des adjuvants en M.R.P que sont le massage et les mouvements articulaires passifs qui font partie des exercices proprioceptifs. *"Cette sédation de la douleur au niveau métamérique permettrait de faire cesser la contracture musculaire réflexe, les phénomènes sympathiques, le réflexe d'axone et tous les processus métamériques rompant: ainsi le cercle vicieux de la douleur"*

L'expérience d'une sédation progressive de la douleur dans le cadre d'une relation empreinte d'empathie peut nous amener à faire l'hypothèse d'une inhibition des systèmes activateurs descendants pro-algiques. Cela s'apparente à une forme de déconditionnement de la douleur dans laquelle la dimension relationnelle ne peut être négligée.

7. CONCLUSION

Le travail avec Mme L. nous a confrontés à des interrogations qui concernent les liens et les interactions entre le psychique et le somatique. Sans être exemplaire ou représentatif de tel diagnostic ou de telle théorie, le traitement a mis en évidence des mécanismes qui sont, fort probablement, présents sous d'autres formes lorsque nous avons du mal à comprendre des interruptions subites ou des prises en charge "interminables".

Pour elle, il est fort probable que la douleur physique (avec d'autres troubles) a rendu possible "l'oubli momentané" de la détresse psychique. Nous sommes au cœur de la problématique psychosomatique.

La théorie psychosomatique lie les fonctions somatiques et les fonctions psychiques. P.MARTY (10) a développé la notion de mentalisation insuffisante obligeant l'énergie psychique à faire retour sur le corps (mouvement inverse du développement normal du nourrisson qui à partir du rôle de pare-excitation* de la mère accède progressivement à la vie psychique mentalisée prenant la place des excitations physiques).

Pour Mme L. la question de savoir si la dépression entraîne la douleur physique ou inversement est une question mal posée. La difficulté à être en contact avec les émotions, les affects liés à la mort de son mari et à élaborer un processus de deuil normal a conduit Mme L. à utiliser la voie corporelle pour faire face à sa souffrance. Elle a utilisé les mécanismes d'adaptation que son histoire a mis à sa disposition et qui ont probablement toujours eu une composante

corporelle importante.

La sédation des douleurs devenues chroniques est manifeste. Nous pouvons émettre l'hypothèse que la prise en compte sérieuse et technique de ses plaintes physiques, impliquant une approche de la personne dans son ensemble, a constitué le moteur du traitement. C'est une **des** caractéristiques de la M.R.P.

Nous nous permettons en outre de proposer que le cadre de la prise en charge, le temps réservé, la régularité ont permis une rencontre singulière qui peut nous servir à poser ou préciser quelques jalons, limites et ouvertures à notre travail.

1° On se rend compte à travers cette histoire que la douleur peut être une nécessité à l'équilibre personnel et que sa disparition rapide peut déstabiliser plus ou moins gravement le patient. Ceci peut expliquer des interruptions brutales malgré ou à cause d'une amélioration morphologique.

2° Par contre renvoyer le patient à une origine psychologique univoque de ses troubles, c'est faire l'impasse sur les liens devenus inextricables entre l'hyperexcitabilité neuromusculaire et une composante psychique éventuellement dépressive.

3° Le risque existe qu'un patient utilise le cadre offert par la M.R.P et le soulagement de la douleur que l'on apporte pour faire l'économie d'un travail d'élaboration mentale complémentaire, parfois coûteux dans toutes les acceptations du terme. Il nous faut avoir cette dimension à l'esprit dans la conduite de notre traitement.

4° Il faut également être attentif aux bénéfices secondaires d'une douleur chronique plus ou moins invalidante dans le cadre familial, social ou professionnel. Qu'imagine-t-on des effets que sa disparition peut avoir sur les relations de nos patients?

5° L'absence d'efficacité ou d'investissement dans le traitement, malgré une apparente bonne volonté du patient, pourrait être liée au pressentiment de bouleversements qui concernent la sphère affective, bouleversements auxquels il n'est pas prêt.

Il va de soi que ces situations ne sont pas systématiques mais qu'elles peuvent exister en filigrane lors de prises en charge apparemment sans problème.

De nombreux patients sont ainsi améliorés dans leur posture et s'en trouvent mieux. Dans quelques cas, ces modifications ont des répercussions sur la vie affective et relationnelle, les activités, des patients et de leurs proches. Nous devons y être attentif quand intuitivement nous percevons l'affectivité exagérée manifestée dans l'investissement des séances ou de nos personnes.

Nous disposons de stratégies pour faire face à ces situations atypiques que nous ne devons pas fuir : espacement des séances, baisse de l'intensité du travail pendant la séance, cadrage strict de l'objet du traitement, orientation parallèle vers d'autres thérapeutes, échanges avec d'autres reconstruc-teurs, et parfois arrêt de la prise en charge pour contre-indication ...

ce que nous amènent nos patients sont des souffrances qu'on ne peut considérer comme de simples dysfonctionnements mécaniques. Elles sont intriquées à leur histoire. On ne peut pas toujours faire l'économie de la prendre en considération. La formule de F.MEZIERES "*Ma méthode ne s'adresse qu'au mécanique*" a été nécessaire au fondement de la méthode. Elle a permis d'ouvrir un champ original à contre-courant des pratiques dominantes.

Il nous semblerait intéressant d'échanger à propos des situations cliniques que nous rencontrons. Cela nous permettrait mieux mesurer ce que notre travail met parfois en jeu. Une telle réflexion pourrait nous éclairer sur les obstacles auxquels nous pouvons être confrontés et améliorer les effets de la Méthode de Reconstruction Posturale.

BIBLIOGRAPHIE

1. NISAND M. La Reconstruction Posturale, une physiothérapie normative de la forme. *Revue romande de physiothérapie*; N°3. 1997: 77-82
2. MEZIERES F. Originalité de la Méthode Mézières. *Maloine*, édit., 1984 (95) : 64
3. GAY C. Dépression et maladies chroniques. in "Les maladies dépressives". OLIE J.P., POIRIER M.F., LOO H. Flammarion, édit., 1995, (480) : 149
4. HEY H. Manuel de psychiatrie. Masson, édit., Paris, 1970, (1211) : 1003

5. JESEL M., CALLENS C., NISAND M. Reconstruction Posturale. concept du traitement des dysmorphismes et des algies du tronc et des membres. *Kinésithérapie scientifique*; N0367. Mars 1999 28-35
6. SCHRÔDER E. La ceinture pelvienne et ses quadrants : analyse des différentes modalités à travers un cas. *Mémoire de Diplôme universitaire*. Université Louis Pasteur de Strasbourg. 1998
7. JESEL M., CALLENS C., NISAND M. Le traitement des algies vertébrales par la Reconstruction Posturale. *La lettre du médecin rééducateur* N°42. 1997. : 23-28
8. NAVEZ M., LAURENT B., NAYME P. Bases physiologiques de la douleur. *J. Réad. Med.*; N°3. 1997, 17 : 86-92
9. RUBINSTEIN H. La dépression masquée. J.C. Lattès, édit., 1999, (204)
10. NISAN M. Prise en charge kinésithérapique du patient lombalgique. Les techniques du type Mézières. *Rapport d'expert. Conférence de l'AFR.EK*. 1998.
11. MARTY P. La psychosomatique de l'adulte. (Que sais-je N-1850, PUF, édit, 1990 (127)

BLOCS Zones corporelles à l'intérieur desquelles tous les éléments de l'appareil locomoteur sont interdépendants. On distingue deux blocs : le bloc supérieur au dessus de T7, le bloc inférieur au dessous de T7.

CRAINES MUSCULAIRES -. Définies par F. MEZIERES comme étant un ensemble de muscles polyarticulaires, de même direction, S'enjambant comme les tuiles d'un toit. Quatre chaînes ont été mises en évidence :

- la grande chaîne corporéale postérieure. De la base du crâne, elle passe par la plante des pieds et remonte par l'avant à la tubérosité antérieure du tibia.
- la chaîne antérieure des lombes comprenant le psoas-iliaque et le diaphragme.
- la chaîne brachiale qui s'étend de la face antérieure de l'épaule à la face palmaire de la main.
- la chaîne antérieure du cou composée de trois muscles insérés sur la face antérieure des vertèbres cervicales et des quatre premières vertèbres dorsales

CLEF : Une clef est une manœuvre spécifique qui va induire une réponse évoquée inéluctable et éventuellement des réponses évoquées aléatoires.

F. MEZIERES décrivait cinq clefs

1ère clef : le recul de l'occiput provoque le recul du sacrum. 2ème clef l'abduction du membre supérieur provoque l'augmentation du diamètre frontal de l'hémithorax homolatéral. 3ème clef : l'inclinaison latérale de la tête provoque l'augmentation du diamètre frontal de l'hémithorax controlatéral.

4ème clef : la rotation de la tête provoque le soulèvement de l'hémithorax controlatéral.

5ème clef : l'antépulsion du membre supérieur provoque le soulèvement de l'hémithorax homolatéral.

MANOEUVRE : Mouvement de grande amplitude relative qui, du fait de l'hypertonie des chaînes, induit un comportement anormal et transitoire lié à cet excès de tonus appelé réponse évoquée à distance.

POSTURE THERAPEUTIQUE : Ensemble d'une ou plusieurs manoeuvres maintenues dans le temps, dont l'une au moins est aggravante pour le dysmorphisme cible

RÔLE DE PARE-EXCITATION : La mère, par les soins suffisamment bons qu'elle prodigue à son nourrisson (chaleur, nourriture, paroles) le protège et apaise les excitations physiques qu'il ressent (froid, faim...) lui permettant progressivement d'accéder à la mentalisation.

ZONE DE TRANSITION Jonction entre les deux blocs correspondant à la frontière entre les lordoses supérieure et inférieure.