

Kinésithérapie et dépression

GILLES GUETEMME



MOTS CLÉS

Dépression
Kinésithérapie
Médecine physique
Neurosciences
Troubles anxieux

De nombreux patients font appel, de manière plus ou moins intentionnelle, à la kinésithérapie et à d'autres techniques de médecine physique pour lutter contre des troubles anxieux ou dépressifs. Qu'en est-il de l'efficacité de ces techniques et de quelle reconnaissance bénéficient-elles auprès du milieu médical ?

Quelle est aujourd'hui la place de la kinésithérapie (soin par le mouvement) dans la prise en charge des troubles anxieux ou dépressifs ? Pour éviter de restreindre la vision que l'on peut avoir de la profession, on parlera ici plus généralement des techniques de médecine physique. On entend par médecine physique tout soin basé sur des actions sur le corps : mobilisations spécifiques, massages adaptés (comportant notamment les soins de kinésithérapie, les techniques ostéopathiques, les exercices relaxants, etc.), travail respiratoire, rôle de l'environnement sensitif, etc. Alors que les traitements de la dépression sont basés, classiquement, sur une prise en charge médicamenteuse ou des techniques de psychothérapie, de nombreux patients font appel à des techniques de médecine physique. D'autres vont jusqu'à faire appel à des techniques ésotériques, voire même sectaires. On est en droit de se demander pourquoi des patients s'orientent vers ce type de soins et quelle est leur efficacité réelle. On peut également s'interro-

ger sur la reconnaissance dont peuvent bénéficier ces techniques dans le milieu médical.

Médecine physique et dépression

Les différents symptômes de la dépression

Lors de l'apparition de troubles anxieux, voire d'une dépression, la motivation amenant le patient à consulter son médecin traitant sera soit directement liée aux signes classiques : apathie, fatigue, irritabilité, troubles du sommeil, etc., soit liée à des symptômes physiques : douleurs musculaires, lombalgies, cervicalgies, maux de têtes, vertiges, douleurs abdominales, etc.

Dans une étude récente [1], 69 % des dépressifs présentent des symptômes somatiques. 11 % seulement des patients affectés de trouble dépressif majeur nient des symptômes, mais 50 % des malades déprimés ont de multiples symptômes inexplicables [2-4].

« *Bien que des traitements (antidépresseurs, psychothérapie) soient disponibles, seulement 10 % des patients déprimés reçoivent des soins* ». Les causes de ce sous-diagnostic et de ce manque de traitement des patients déprimés s'expliquent par les déficiences au niveau des soins primaires (exemple : un manque de connaissances concernant le repérage et le traitement de la dépression, la sous-esti-

mation du niveau de gravité des troubles [5], les préjugés véhiculés dans l'opinion publique (« *la dépression n'est pas un trouble réel* » ou « *ayant seulement pour cause un échec personnel* ») et l'attitude des patients eux-mêmes (désespoir, manque d'énergie à chercher de l'aide...). 50 à 70 % des patients dépressifs ne seraient pas traités. Ces malades ne consultent que rarement et, lorsqu'il y a consultation, la dépression n'est pas identifiée. Ceux qui consultent le font avec beaucoup de retard.

Le circuit médical des patients dépressifs

Quelle que soit l'expression de sa dépression, si le patient consulte, il ira en première intention, consulter son médecin généraliste.

Si les signes sont flagrants :

- prescription d'antidépresseurs ;
- consultation d'un médecin psychiatre ;
- démarrage d'une TCC ou autre psychothérapie.

Si l'expression est majoritairement algique, organique, la dépression ne sera peut-être pas évoquée de prime abord :

- prescription d'antalgiques, anti-inflammatoires, myorelaxants ;
- prescription d'un « remontant », de vitamines, etc. ;
- prescription de séances de kinésithérapie.

Le patient non soulagé cherche d'autres solutions. En fonction de la réponse au traitement, le patient va :
- reconsulter ;

Kinésithérapeute
688 Le Grand Chemin
38121 Reventin Vaugris
E-mail : gguetemme@live.fr

Article ayant participé au prix du meilleur premier document écrit

Article reçu le 26/04/2007
Article accepté le 26/05/2008

ANNEXE 1

« Des études d'imagerie, comme celles qui sont menées à Montréal, ont permis des découvertes spectaculaires au sujet de la réaction affective à la musique. »

L'une de ces études, menée par des chercheurs de l'Université McGill, a montré pour la première fois que la musique active, elle aussi dans le cerveau les centres de récompense ou de plaisir qui sont associés à la nourriture ou au sexe. L'étude est révélatrice, car elle laisse entendre que la musique est aussi importante pour nous que les stimuli reliés à la survie biologique.

« Bien que nous puissions en théorie vivre et nous reproduire sans la capacité d'apprécier la musique, celle-ci semble importante pour ce qui est de notre bonheur et de notre bien-être », conclut Anne Blood, co-auteur de l'étude, et qui travaille maintenant au Massachusetts General Hospital. L'étude a établi que seule la musique, suffisamment belle pour susciter fois après fois l'euphorie et les frissons, activait les centres ou voies de récompense communément appelés centres du plaisir du cerveau. Ces centres de récompense font partie d'un système fort complexe qui comprend des constellations de cellules organisées en districts fonctionnels. Ce système est responsable des plaisirs naturels associés au goût, à la sexualité et à la chaleur, par exemple. De telles récompenses naturelles mènent à un renforcement ou à la répétition du comportement.

Bien que toutes les expériences agréables semblent se dérouler dans une même voie de récompense, le système est en mesure de faire des distinctions et il ne réagit pas de façon identique à tous les stimuli. Il se peut que le système puisse

également distinguer divers types de musique, ce qui expliquerait pourquoi les plaisirs de la musique ne sont pas tous égaux, que ce soit chez une même personne ou entre les personnes. Les neurotransmetteurs portent la musique et son plaisir. Des études scientifiques ont cerné ces centres de plaisir en utilisant des substances chimiques psychiquement actives et des stimulations électriques. Elles ont révélé que les voies nerveuses requièrent un neurotransmetteur appelé dopamine. L'action de la dopamine semble essentielle dans la médiation des réponses que nous percevons comme gratifiantes et elle joue probablement un rôle clé dans la production de sensations d'euphorie. Ainsi, une expérience musicale agréable a probablement une base chimique dans la molécule de dopamine.

La distinction entre les sons musicaux s'effectue dans une région du cerveau d'évolution récente, le cortex auditif, responsable de l'intégration d'un morceau et de notre réaction à la musique et où se décide si le morceau, est inspirant ou non. Toutefois, l'information musicale est traitée dans d'autres parties du cerveau avant de se rendre au cortex auditif. Des régions du cerveau relativement primitives, qui règlent la motricité et la mémoire, peuvent également contribuer à notre réaction affective à la musique. Après diverses consultations, le cerveau prend une décision qui nous mène à danser, claquer des doigts, faire une grimace ou sourire. Assez curieusement, les recherches ont montré que pendant que nous écoutons de la musique, les centres moteurs du cerveau sont activés même si nous ne bougeons pas. ●

– s'orienter vers des techniques dites « alternatives », c'est à dire souvent des techniques de médecine physique.

Les patients qui arrivent chez le kiné ou l'ostéo

Ces symptômes organiques qui amènent parfois les médecins à orienter les patients vers des soins de kinésithérapie ou d'autres soins de médecine physique, pour des lombalgies, dorsalgies, cervicalgies, fibromyalgies, douleurs chroniques, etc., ne sont quelquefois que l'expression d'un mal-être plus général.

En cas de dépression, qui sont ces patients orientés vers des soins de kinésithérapie ou qui s'orientent vers d'autres techniques physiques ?

- des patients qui considèrent que le traitement prescrit ne corrige pas suffisamment certains symptômes de la dépression ;

- des patients qui refusent de toute façon d'envisager, de parler de dépression et qui ne cherchent à leur mal-être qu'une cause organique (refus de la médication classique ou d'une psychothérapie) ;
- des patients peut-être insuffisamment écoutés et à qui on ne proposera pour leurs douleurs que des anti-inflammatoires ou des myorelaxants ;
- des patients, plus ou moins soulagés par les massages de leur kiné, qui demandent au médecin de leur prescrire des soins pour le dos ;
- des patients qui restent peu réactifs aux traitements habituels et que le médecin enverra chez le « kiné du coin ».

Il s'agit donc souvent, comme dans les chiffres évoqués par l'EAAD¹, de patients qui ne sont pas dépistés et qui trouveront dans les cabinets des kinés ou ostéo, une réponse inadaptée, mais une « réponse » quand même.

Les actions de la médecine physique sur les troubles anxieux et la dépression

La médecine physique peut apporter un mieux être quantifiable et réduire les symptômes de la dépression ou des troubles anxieux. Elle peut s'inscrire dans les traitements proposés au même titre que la prescription d'antidépresseurs ou les psychothérapies, par l'établissement d'un protocole de soin précis, adapté à chaque patient. De nombreuses études cliniques valident déjà plusieurs techniques de médecine physique concernant les troubles dépressifs ou l'anxiété, mais aucun document ne synthétise, à ma connaissance, les méthodes les plus

¹ European Alliance against Depression, Prof. Dr. Ulrich Hegerl, Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Nussbaumstrasse, 7, D80336 München.

pertinentes et les hypothèses concernant leurs modes d'action. Une attitude pragmatique vis-à-vis de ces traitements devra permettre d'améliorer l'efficacité des traitements combinés, d'accélérer la diminution des symptômes et de rationaliser les soins.

Bases physiologiques en faveur d'une action de la médecine physique sur la dépression : relations peau (et autres organes vecteurs potentiels d'action) cerveau

Plusieurs recherches ont maintenant établi les liens entre la peau, le tissu conjonctif, les muscles, richement innervés et le système nerveux central. Plusieurs études récentes [6, 7] ont établi le rôle joué par la peau dans la réponse neuro-immunologique et neuro-endocrinologique. La peau met en place une réponse équivalente à celle jouée par l'axe hypothalamus-glande pituitaire - adrénaline et peut produire de la mélatonine, puissant neuro-antioxydant (la peau et le système nerveux central proviennent du même feuillet histologique dans le développement embryologique).

Une étude [8] confirme ce rôle du massage (ici, massage de Shantala qui est un massage global indien surtout utilisé chez les enfants) et montre notamment la diminution de la teneur en cortisol dans la salive (le lien entre massage et l'axe hypothalamus-glande pituitaire-adrénaline est confirmé). Cet effet du massage est corroboré par plusieurs études [9-11] chez des adultes qui confirment les effets du massage sur la diminution du cortisol et l'augmentation de la sérotonine et dopamine. Des effets sur l'amélioration de la vigilance et de la concentration sont également mis en évidence lors de tests EEG [12].

Le massage n'est donc pas uniquement un acte de bien-être anodin mais bien un geste technique qui déclenche des réactions locales, régionales et générales où sont intri-

qués des phénomènes neurologiques (périphériques et centraux) et endocrinologiques.

Les massages utilisés seront quand même différents en fonction du bilan et de certains « patients types » que l'on retrouve. C'est pourquoi les soins (plus ou moins toniques, plus ou moins « agréables », etc.) et l'environnement seront adaptés pour être optimisés.

Hypothèses d'actions

Les stimulations sensorielles variées (massages avec pressions et rythmes différents, musique) stimulent certaines zones du cerveau. Elles permettent d'agir (*via* l'hypothalamus et la glande pituitaire) sur le système endocrinien et neurovégétatif, mais agissent probablement selon d'autres mécanismes qui restent à explorer (augmentation du nombre de neurones par des mécanismes comparables à l'action de la fluoxétine (Prozac®) [13] ou modification de mécanismes de pensées par modification de son rapport à l'environnement).

Par ailleurs, une étude récente [14] confirme, avec l'aide de l'IRM fonctionnelle, l'action de stimulations sensorielles sur le cerveau. Elles entraînent la baisse d'activité dans la région du cortex cingulé, une aire associée aux expériences sensorielles désagréables et certaines zones s'activent, notamment le cortex préfrontal et le cortex angulaire, impliqués dans la récompense et les comportements compulsifs...

Les techniques (annexes 1-6)

Les massages, les mobilisations, les manipulations, la relaxation-sophrologie [15, 16], l'environnement auditif [17-20], la relation thérapeutique.

Effets des techniques

Chaque patient a un ressenti différent pendant et après les séances. C'est pourquoi il faut être attentif aux différentes réactions et savoir être à l'écoute du corps. Les massages sont, probablement, les techniques les plus actives dans les effets évoqués ci-dessous.

ANNEXE 2. QUELQUES CHIFFRES SUR LA DÉPRESSION.

Que savons-nous de la dépression aujourd'hui ?

Cette apathie qui s'abat, ce manque d'énergie physique et intellectuelle sont-ils liés à un désordre psychologique (choc émotionnel, surmenage, etc.) ou déclenchés par un problème organique ? La dépression est probablement liée à des facteurs héréditaires, biochimiques et environnementaux. La prévalence annuelle des épisodes dépressifs majeurs dans la population générale est en France de 9 % (Rapport Credes 1999). Ces chiffres augmentent et varient en fonction de la durée considérée et du sexe. Ainsi, sur la vie entière, elle passe à plus de 10 % chez les hommes et plus de 20 % chez les femmes. On considère qu'en France plus d'un individu sur 7 est déprimé. On dénombre chaque année en France près de 12 000 décès par suicide sur 150 000 tentatives, soit 1 tentative toutes les 4 minutes et 1 suicide toutes les 40 minutes. Le niveau de suicide est considéré comme un indicateur important des insuffisances diagnostiques et thérapeutiques des patients dépressifs. Compte-tenu de ces faits, il n'est pas étonnant qu'une récente étude de l'OMS (Murray & Lopez, 2001) ait identifié la dépression au premier rang des causes d'années de vie perdues et d'incapacité dans les pays développés. La dépression est une affection fréquente. Certains experts considèrent qu'elle toucherait le tiers de la population, au moins une fois dans sa vie, que les épisodes dépressifs majeurs auraient une prévalence supérieure à 15 %. En effet, la dépression est actuellement dans le monde la quatrième cause mondiale de handicap, avant même les maladies cardiaques. Dans les pays développés, elle vient au deuxième rang, tout de suite après les maladies cardiaques ischémiques (infarctus et angor) et précède les atteintes cérébrales vasculaires. ●

ANNEXE 3. DESCRIPTION DES TECHNIQUES.

Les techniques utilisées en Asie (massage traditionnel chinois, Shiatsu, massage thaïlandais, médecine traditionnelle indonésienne, etc.) sont souvent basées sur une philosophie à laquelle notre culture est plus moins sensible. Il reste que ces techniques basées sur des pressions plus ou moins profondes, lentes (ou rapides) sur toutes les parties du corps (depuis la plante des pieds jusqu'au cuir chevelu) permettent un travail global et une action sur toutes les zones clés. Les massages sur certaines parties du corps (visage, crâne, pied, mains, abdomen, etc.) ont des effets plus importants sur les sensations ressenties et sur « l'état général » du patient. Ceci est peut-être lié au fait que ces zones sont les plus représentées au niveau cortical (voir homonculus de Penfield) et ont des effets sur le système sensitif et l'image corporelle de la personne. Bien que la connaissance de la vision orientale du soin soit intéressante (vision globale de l'individu, etc.), elle n'est peut-être pas indispensable et nombre de références orientales pourraient probablement être regardées avec un œil plus « *neurologique (périphérique et central) et endocrinologique* » et moins symbolique (tout au moins dans la terminologie). Même si les visions orientales et scientifiques sont partiellement amenées à se rejoindre. De nombreuses études montrent l'intérêt des techniques orientales, mais les massages plus « classiques » ont également prouvé leurs intérêts, c'est pourquoi aucune technique ne sera utilisée de manière exclusive. Les techniques elles-mêmes, sans être compliquées, demandent une écoute du corps, un échange avec le patient. Elles sont différentes d'un patient à l'autre mais il s'agit avant tout, à la palpation, de repérer les points de tensions (contractures, points douloureux, blocages de la mobilité, etc.) ou les points dont le tonus n'est pas suffisant, zones sur lesquelles il faudra intervenir.

La plupart des patients qui arrivent chez un soignant de médecine physique (kiné, ostéopathe, etc.) avec des troubles somatiques attendent du praticien qu'il puisse lui débloquent « *le nerf ou la vertèbre qui est coincé* ».

La prise en charge, pour être efficace, devra être spécifique :

- le soin est individuel ;
- le temps de la séance est d'au moins 45 minutes ;
- les techniques sont adaptées à chaque patient ;
- l'environnement est spécifique ;
- le comportement du thérapeute (voir relation thérapeutique) ;
- il est important de coordonner son soin avec le médecin traitant en charge du patient et avec les autres intervenants éventuels (psychothérapeutes, psychiatre, etc.).

C'est pourquoi un patient anxieux qui souffre de douleurs cervicales ou lombaires récurrentes ne trouvera sans doute pas tous les effets escomptés de la médecine physique dans un cabinet, comme il en existe encore où avec quatre autres patients déjà dans leur box il bénéficiera d'une compresse chaude et de 6 minutes de massage.

Les autres voies

Les mobilisations, manipulations

Les mobilisations sont faites sur des articulations spécifiques ou

sur des groupes articulaires. Les mobilisations agissent de manière locale sur le système musculo-tendineux et articulaire mais agissent également dans le schéma corporel du patient. Les récepteurs au mouvement informent le cerveau de la position du corps et agissent également par rétrocontrôle sur l'état, voire la physiologie, des éléments péri-articulaires. De la même manière, les mises en tension de chaînes musculaires, souvent associées aux massages, auront une action locale mais également générale par le ressenti des tensions, l'image corporelle et donc son rapport à l'environnement.

Relaxation, sophrologie

En complément à ces techniques corporelles, il pourra s'avérer intéressant, avec certains patients, d'utiliser des techniques de relaxation. Celles-ci sont, avant tout, basées sur l'apprentissage du relâchement musculaire, de prise de conscience du corps et des tensions, de contrôle respiratoire, d'images mentales auxquelles peut être associée toute une série d'exercices en fonction des situations rencontrées. Certaines études ont montré l'intérêt d'une prise en charge du stress et de la douleur par la relaxation. Cependant, ces techniques ne sont pas utilisables rapidement chez tous les patients.

Environnement

En partant des expériences déjà acquises, notamment avec les « chambres Snoezelen » (les chambres Snoezelen sont utilisées pour la détente et la stimulation sensori-motrice. Elles stimulent les 5 sens à partir de musiques douces, odeurs agréables, matelas à eau, coussins vibrants, miroirs, images agréables, etc.) plusieurs études ont montré le bénéfice tant au niveau moteur que psychologique pour les handicaps physiques et mentaux depuis le bébé jusqu'à la personne âgée démente. Nous serons attentifs à plusieurs éléments dont trois en particulier :

- le confort du patient : en fonction de l'âge et de la mobilité du patient, les séances sont faites sur un tapis confortable ou sur une table de massage ;
- l'environnement auditif : un environnement calme avec une musique adaptée (en fonction de chaque patient) a un impact non négligeable sur la détente. De nombreuses études cliniques confirment les effets de la musique sur l'état émotionnel et la détente du patient. « *La musique fait appel à deux types d'analyse au niveau du cerveau : l'une, se référant à l'hémisphère droit, serait très globale, instinctive, et l'autre faisant appel à l'hémisphère gauche, correspondrait à des mécanismes (peut-être plus proches du langage) utilisant segmentation, ordonnancement, reconnaissance et dénomination* », G. Laverne, Neurologue. Selon une étude récente, la musique active également les « centres de récompense ou plaisir » qui sont responsables des plaisirs naturels associés au goût, à la sexualité et à la chaleur, par exemple ;
- l'environnement olfactif : c'est éventuellement par l'utilisation d'huiles essentielles ajoutées à l'huile neutre de massage que la stimulation olfactive se fait. Sans s'attarder sur les effets de ces huiles par action transcutanée, l'odeur et la sensation tac-

ANNEXE 3. DESCRIPTION DES TECHNIQUES (SUITE).

tile modifient, comme plusieurs études l'attestent, l'état sensitif, voire émotionnel du patient ;

- comportement (relation thérapeutique) : la relation thérapeutique qui s'établit est, comme dans tout soin, primordiale. Le patient attend du soignant soutien, réassurance, sécurité et affection alors que le thérapeute a un devoir de neutralité. C'est une relation asymétrique entre le patient, passif et en

souffrance qui attend la guérison (ou le soulagement) et un thérapeute, actif, qui attend la reconnaissance de son pouvoir de guérison. Après les travaux de Balint, le soignant doit apprendre à prendre du recul sur son rôle et rester spécialiste de ses techniques alors que le patient reste le spécialiste de sa pathologie (diminuer le côté paternaliste du soignant pour favoriser un modèle d'autonomie). ●

Certains effets sur la détente du patient sont mesurables :

- diminution de la tension artérielle (un à trois points sur la systolique) (TA) ;
- diminution de la fréquence cardiaque (FC).

Mais d'autres effets sont moins quantifiables et plus subjectifs.

Effets à court terme (pendant ou juste après le massage)

- sensation de bien être (confirmée par les tests de Luiselli) ;
- sensation de lourdeur ou de légèreté ;
- action sur les émotions, l'énergie (pleurs pendant les soins, « *je me sens plein d'énergie* »).

Effets dans les heures et les jours qui suivent le soin

- amélioration du sommeil (« *pendant les jours suivant le massage, j'ai beaucoup mieux dormi* ») ;
- effets neurovégétatifs (modification du transit, picotement dans les extrémités, sensation de froid ou de chaud) ;
- disparitions (au moins provisoire) de certains (ou tous) troubles somatiques (vertiges, palpitations, frissons ou bouffées de chaleur, douleurs musculo-squelettiques, etc.) ;
- amélioration de l'humeur (moins irritable, plus de patience, plus « d'énergie ») ;
- amélioration de l'appétit.

Effets indésirables

Chez certains patients, notamment lors des premières séances, on note parfois des effets (neuro-végétatifs

notamment) non souhaités mais qui ne sont que passagers :

- fatigue ;
- vertiges ;
- nausées ;
- accélération du transit ;
- frissons.

L'apprentissage de certaines techniques, notamment au niveau respiratoire, permettent au patient de mieux gérer son anxiété, d'éviter ou de calmer les crises d'angoisse.

Au fur et à mesure de la diminution des symptômes, la mise en place d'une gymnastique régulière permet non seulement d'obtenir les effets propres à l'activité physique (Servan-Schreiber, Guérir) régulière mais également de rendre plus autonome le patient qui se prend mieux en charge et pourra plus facilement, par la suite, se détacher des soins de massage. En effet, l'activité physique régulière apporte un mieux être aux personnes dépressives [21].

Avantages et inconvénients des soins de médecine physique

Ce type de soin présente divers avantages :

- action rapide. En adaptant le soin au patient, on parvient presque systématiquement à un mieux être sensible dès la première séance ;
- peut être proposé à tous types de patients ;
- aucune compétence verbale ni intellectuelle n'est requise ;
- les effets secondaires sont mineurs comparés à d'autres traitements.

De rares personnes, qui ne supportent pas d'être touchés, ne pourront

pas bénéficier des massages (utilisation de techniques de relaxation).

Elle peut permettre une première approche « rassurante » pour le patient (qui matérialise sa souffrance) et lui donne l'occasion d'aborder d'autres thérapies.

Inconvénients :

- risque de dépendance vis-à-vis de ce type de soin (apprendre à se prendre en charge) ;
- si la prise en charge est mal expliquée, risque de voir le patient refuser d'accepter son état dépressif (« *c'était bien ma vertèbre coincée qui me fatiguait autant!* ») ;
- risque de transfert du patient (comme dans tous les autres types de prise en charge).

Les problèmes de reconnaissance des techniques de médecine physique et d'accessibilité aux soins

Si les effets de certaines techniques de médecine physique sont validés par des études cliniques, aucune technique n'est officiellement recommandée par le corps médical. Cette absence de reconnaissance laisse la porte ouverte à certaines dérives techniques et mercantiles dont sont parfois victimes les patients.

La reconnaissance de cette prise en charge présente d'autres intérêts :

- elle peut permettre d'approfondir les recherches sur les effets de ces techniques ;
- elle peut favoriser le développement de réflexions communes, de

collaboration entre les différents professionnels;
– elle autorise l'accès aux soins, par leur remboursement, à toutes les catégories sociales.

Aspect dépistage et prise en charge

Parmi les patients dépressifs dépistés, 3,5 % des patients dépressifs dépistés font appel à ce type de soin (un pourcentage officiel semblable pour les psychothérapies ou la psychanalyse, [rapport Credes]).

Parmi les patients non dépistés, bien qu'il n'existe aucune donnée, l'écoute des patients permet de réaliser la part d'entre eux qui sont « en souffrance » (corrélés par les tests et questionnaires). Dans les cabinets de kinésithérapie, les douleurs mal étiquetées ou rattachées à la rhumatologie (cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, etc.) représentent plus de 70 % des prescriptions. Les prises en charge effectuées dans les cabinets d'ostéopathies sortent également souvent du cadre stricte d'un « blocage articulaire » et la patientelle est en attente d'un soin global. Il s'agit donc de poser plus clairement les objectifs et les fonctions de ce type de prise en charge. Et il faut avant tout proposer, pour ces patients algiques, un cadre de traitement adapté à leurs besoins et en lien avec d'autres intervenants présents ou à venir.

Aspect financier

Il y a plus de personnes dépressives dans les classes sociales défavorisées (plus également de femmes que d'hommes et plus chez les plus de 60 ans, [rapport Credes]).

Le traitement médicamenteux est accessible à tous.

Les psychothérapies sont moins accessibles (saturation des CMP), soins dans le secteur privé non remboursés, prise en charge psychanalytique onéreuse et rapport aux soins pys plus difficile pour certains patients. Et même si une personne dépressive sur deux s'oriente à un moment ou à un autre vers la médecine physique, les soins kinés dispensés dans

les cabinets sont inadaptés, les soins basés sur d'autres techniques (ostéo, acupuncture, etc.) sont souvent chers et pas toujours adaptés par des praticiens, mal informés sur cette prise en charge spécifique.

L'objectif serait donc d'avoir des soignants formés à cette prise en charge et conventionnés afin de permettre aux personnes dépressives, défavorisées socialement, d'en profiter.

Il faudrait également aller vers davantage de pluridisciplinarité pour plus de complémentarité. Sortir des querelles d'écoles et engager entre chaque profession le dialogue, partager l'information et les points de vue. Le retard des recherches : on sait que la découverte d'une nouvelle molécule agissant sur telle ou telle maladie sera synonyme, pour le laboratoire qui l'exploite de retombées économiques. Par contre, les perspectives de découvertes intéressantes liées aux soins de médecine physique ne seront pas corrélées avec des perspectives de profit. C'est sans doute pourquoi les recherches sur les effets des techniques sont si rares.

Discussion

D'autres effets...

Au-delà des constatations sur ces effets physiologiques, le massage est

avant tout un contact physique entre deux personnes, une relation tactile et humaine. Dans une société qui prône la performance, qui exacerbe les individualismes, où l'on se touche peu, où le corps doit être jeune, beau et en bonne santé pour être reconnu, le massage vient sans doute aussi combler un vide. Dans certains pays d'Asie (Sud-Est notamment), les massages sont pratiqués de manière courante entre membres d'une même famille.

Le massage vient également humaniser une médecine qui se retranche souvent derrière beaucoup de technicité. Il vient redonner une dimension relationnelle, empathique au soin.

Le temps du soin peut également être l'occasion pour le patient de diminuer son seuil de vigilance, de contrôler de soi et de s'autoriser la « détente ». L'Homme est un animal social, que notre société de consommation pousse à devenir un compétiteur, un dominant, plus stressé.

En effet, la dépression est actuellement dans le monde la quatrième cause mondiale de handicap, mais elle vient au deuxième rang, tout de suite après les maladies cardiaques ischémiques (infarctus et angor) et précède les atteintes cérébrales vasculaires dans les pays développés [22].

ANNEXE 4. LES AUTRES MÉTHODES DE PRISE EN CHARGE DE LA DÉPRESSION

Les psychothérapies (notamment les thérapies comportementales et cognitives) ont largement démontré leur intérêt dans la prise en charge de la dépression. Le rapport INSERM est révélateur et ce type de prise en charge paraît intéressant pour agir sur les mécanismes de la pensée, sur l'estime de soi, sur les débordements émotionnels que la dépression peut provoquer.

Mais plusieurs freins existent :

- « si je vais voir le psy, c'est que je suis fou et je ne suis pas fou »... la croyance populaire ;
- « je ne suis pas déprimé, j'ai VRAIMENT mal ; je dois avoir une vertèbre déplacée, ou un cancer ! » ;
- le niveau « intellectuel », l'expression verbale insuffisante, le prix de la prise en charge.
- la psychanalyse ;
- la pharmacopée sera, de toute façon, proposée et, si elle fonctionne, pourra permettre au patient de « reprendre pied ».

Dans nos sociétés industrialisées, l'homme s'éloigne de son mode de vie « initial » et pousse les individus dans une course au confort matériel. Ce leurre du mieux être par les objets, du bonheur par l'argent, ne parvient pas à remplacer les besoins grégaires inhérents à notre espèce, les aspirations spirituelles qui taraudent, d'une manière ou d'une autre, les hommes qui réalisent un jour ou l'autre qu'eux-mêmes, et ceux qui leur sont proches, vont mourir.

Un soin plus humain, par le toucher, l'écoute, le temps, vient peut-être panser, un peu, cette plaie présente chez tous les Hommes.

Pour une autre vision des soins de médecine physique

La vision des soins de médecine physique est, schématiquement, divisée en deux parties :

- une vision mécaniste : le soignant débloque le nerf ou la vertèbre, il « fait travailler les muscles ou dérouille les articulations et fait faire des séries de mouvements, etc. » ;
- une vision « magique » du soin : le soignant fait « circuler les énergies », il réharmonise le squelette, il « assèche » les douleurs, etc.

Le rapport que le patient a, avec son soignant, est donc :

- soit mécaniste (comme la vision du kiné, mécanicien du corps qui étire, mobilise, renforce, répare). C'est le côté compréhensible du corps, de l'Homme ;
- soit le patient voit le soignant comme quelqu'un qui sait, une sorte de gourou qui utilise des techniques accessibles aux seuls initiés. Il joue un peu le rôle des « sorciers, rebouteux, magnétiseurs » présents autrefois dans les villages. C'est le côté mystérieux et inconnu du corps, de l'Homme.

De la part du soignant, la déontologie doit pousser à regarder le rapport au soin différemment. Faire la part des choses entre ce que l'on sait, ce qui est validé, ce qui est efficace et ce que l'on ne sait pas encore. Il s'agit d'explorer les techniques utili-

ANNEXE 5. RÉFLEXION : QUELLE VISION DU CORPS ?

Notre société imprégnée par la vision de Descartes de l'Homme : « *Je pense, donc je suis* »... d'un côté l'esprit, de l'autre le corps, la dépression semble être encore souvent considérée comme un « désordre » psychologique. Les patients eux-mêmes font bien la différence : « *mais j'ai vraiment mal au dos, alors je ne sais pas pourquoi mon médecin me parle d'aller voir un psychologue ?* ». La chirurgie, les médicaments pour soigner le corps, les psychologues, psychothérapeutes, psychiatres, pour soigner le mal de vivre. Il existe bien sûr toute la pharmacopée qui va éviter « la recapture de la sérotonine, agir sur la dopamine, la noradrénaline, etc. » mais tout ça reste « là-haut », au-dessus des épaules, comme dans une petite bulle isolée.

Les conceptions psychanalytiques parlent d'un affaiblissement, d'une chute de la dynamique vitale (la dépression « nerveuse » rappelée comme métaphore de la dépression économique ou de la dépression météorologique) avec l'image de la dépression comme d'une « insuffisance » nerveuse. Dans la plupart des différents courants psychanalytiques (Freud, Scott, Klein, etc.), elle se rapporte à la « dépression initiale », elle fait référence à la séparation, à l'abandon, aux carences affectives élémentaires. Selon Winnicott, la dépression est vue comme seule manière de penser à son Moi. Certaines médecines traditionnelles (Tibétaines notamment) inversent le processus de la dépression en la regardant comme l'expression psychologique d'une maladie avant tout organique. Depuis quelques années, les neurosciences viennent un peu bousculer ces visions. Et si Spinoza avait raison ? En tout cas, c'est ce que Damasio et d'autres, défendent.

La conscience, notre rapport au monde n'est pas uniquement l'élaboration conceptuelle de mécanismes de pensées dans le cerveau mais l'expression de sensations, internes et externes qui vont modeler notre représentation des choses et de ce que nous sommes. « *Le corps guide celui qui le comprend, traîne celui qui y résiste* », dit Spinoza.

Notre potentiel sensitif, moteur, serait le terreau, plus ou moins riche, sur lequel viendrait pousser notre vision de ce qui nous entoure. Notre conscience, comme un arbre, prendra la forme induite par son capital génétique et qui, en fonction du vent, de la pluie, de la terre sur laquelle il pousse (rapports affectifs, développement psychomoteur, stimulations physiques, intellectuelles et émotionnelles) aura une forme qui lui est propre. Alors, la dépression est-elle déclenchée par un problème psychologique ou un désordre organique ? L'un ne va pas sans l'autre et l'autre ne va pas sans l'un, l'un et l'autre ne sont qu'un. ●

sées de manière empirique et séparer les aspects efficaces de « la mise en scène », voire de l'imposture. Il faut sortir du dualisme corps/esprit et voir, notamment, le corps comme un système global ajusté par des rétrocontrôles permanents. Un massage classique, ou une mobilisation, aura une action locale, une action neurosensitive, endocrinienne, locale et générale, une fonction affective et symbolique.

Propositions

En concertation avec les autres intervenants, l'objectif serait de pouvoir proposer aux patients des soins de médecine physique adaptés dans un cadre conventionné.

Il s'agit donc de :

- valider les techniques préconisées (et d'autres) sur la dépression et d'autres troubles (douleurs chroniques, dyspepsie, douleurs et cancer [23], diabète, fibromyalgies, démences type Alzheimer, etc.) ;
- explorer les mécanismes d'actions qui ne sont pas encore connues. Les moyens d'exploration actuels (dosages hormonaux, IRM fonctionnels, etc.) permettent une lecture plus juste des actions sur l'organisme, le système nerveux ;
- éduquer les étudiants des différentes professions médicales, paramédicales, psychologiques à ce type de prise en charge ;

- mettre en place des formations permettant de former des praticiens déjà en activité;
- faire reconnaître ce type de soins par le milieu médical pour l'intégrer dans la prise en charge globale du patient;
- mettre en place des moyens de concertation entre professionnels et encourager les « ponts » entre les professions.

Conclusion

Bien qu'aucune technique vraiment novatrice ne soit proposée dans cet article, l'approche proposée ici n'existe pas aujourd'hui. La combinaison des techniques proposées apporte un mieux-être quantifiable, déjà validé par les études cliniques. Malheureusement, ces techniques ne sont pas reconnues par le milieu médical. Les massages et les autres soins de médecine physique sont utilisés depuis des milliers d'années. Une meilleure compréhension des mécanismes d'action doit permettre de réhabiliter et de reconnaître ces techniques dans d'autres domaines que le traitement d'appoint des douleurs rhumatismales ou la rééducation de l'entorse de cheville.

Le corps (et donc le cerveau) a probablement à sa portée tous les éléments qui lui permettent de fonctionner de manière adaptée. La pathologie, qu'elle soit d'origine endogène ou exogène, provoque un désordre qui entraîne un dysfonctionnement et des symptômes qui avertissent le cerveau que « quelque chose ne va pas ». Symptômes qui vont eux-mêmes « modifier » le fonctionnement du cerveau. Le thérapeute devra aider le patient à se soigner; il jouera donc aussi le rôle d'un médiateur, d'un « révélateur » des tensions, par les psychothérapies pour certains, par le feedback sur les tensions musculaires pour d'autres. Alors que les neurosciences, en pleine expansion, apportent des informations sur le fonctionnement du cerveau, la médecine physique

ANNEXE 6. D'AUTRES TECHNIQUES ALTERNATIVES.

Biokinergie, microkinesie, massages californiens, massages énergétiques, etc. La liste des techniques n'est pas exhaustive et augmente régulièrement. Beaucoup de ces techniques s'inspirent de principes que l'on retrouve dans certaines médecines traditionnelles avec un regard global sur la personne. C'est le côté positif des ces techniques qui peuvent toutes, probablement, apporter un mieux être au patient même s'il n'y a, en fait, rien de vraiment novateur. Par contre, des éléments ou techniques particulières sont utilisés et censés dépister ou traiter les causes profondes du mal être. Une terminologie spécifique est également ajoutée permettant de bien identifier la technique et son protocole de soin. Chaque technique est enveloppée dans un packaging marketing qui donnera envie aux thérapeutes de payer le prix fort pour faire la formation. Les cursus sont très variables en fonction des « écoles »; d'un WE à cinq ans de formation (formation continue) souvent validées par un « diplôme » qui légitime la formation. Les prix sont très élevés mais le thérapeute considère qu'il investit dans une technique qu'il pourra proposer à ses patients. Quelle que soit la technique, le prix d'une séance varie de cinquante à plus de cent euros. Alors, effectivement, ces techniques apportent parfois un mieux être aux patients. Il est probable également que le prix payé par le patient l'encourage à penser que la technique est efficace (plus un produit est cher, meilleur il est), mais sommes-nous dans une démarche commerciale qui peut soulager ou dans une démarche de soin? Ces techniques, non accessibles à tous, peuvent placer les patients en situation de dépendance (voir relation thérapeutique). De plus, ces écoles de soin encouragent souvent les corporatismes et ne facilitent pas les échanges entre thérapeutes. ●

doit sortir des clichés qu'elle véhicule. L'efficacité des techniques de médecine physique dans la dépression et les troubles anxieux est sans doute un marche-pied vers une vision différente de la médecine physique et l'amorce d'un autre regard sur le soin du corps de manière générale.

Quant à la dépression, faut-il, de toutes façons, chercher à la faire disparaître de la surface de la terre comme on la fait de la peste ou d'autres grands maux? Pierre Fédida [24] soutient que la dépression n'est pas une maladie, mais « *La maladie humaine de la modernité* ». « *Les avancées de la biologie vont faire disparaître la notion de dépression et avec elle la dimension tragique de l'existence. Être déprimé ou performant, telle sera la question. Et l'on trouvera la réponse en actionnant le bouton d'un distributeur automatique d'antidépresseurs* ». ●

RÉFÉRENCES

- [1] Lipowski ZJ. Somatisation: the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychother Psychosom* 1987;47:160.
- [2] Simon GE, Von Korff M, Piccinelli M *et al.* An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999;341:1329.
- [3] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB *et al.* Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med* 1994;3:774.
- [4] Keeley R, Smith M, Miller J. Somatoform symptoms and treatment non-adherence in depressed family medicine outpatients. *Arch Fam Med* 2000;9:46.
- [5] Kessler D, Lloyd K, Lewis G, Pereira D. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *Gray BMJ* 1999;318:436-40.
- [6] Arck PC, Slominski A, Theoharides TC, Peters EM, Paus R. Neuroimmunology of stress: skin takes center stage. *J Invest Dermatol* 2006;126:1697-704.
- [7] Paus R, Theoharides TC, Arck PC. Neuroimmunoendocrine circuitry of the 'brain-skin connection'. *Trends*

- Immunol. 2006;27:32-9.
- [8] de Cassia Fogaca M, Carvalho WB, de Araujo Peres C, Lora MI, Hayashi LF, Verreschi IT. Salivary cortisol as an indicator of adrenocortical function in healthy infants, using massage therapy. Universidade Federal de Sao Paulo, Escola Paulista de Medicina, Sao Paulo Med J 2005;123:215-8.
- [9] Field T, Hernandez-Reif M, Diego M, Schanberg S, Kuhn C. Cortisol decreases and serotonin and dopamine increase following massage therapy. Miami, Int J Neurosci 2005;115:1397-413.
- [10] Field T, Diego MA, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C. Massage therapy effects on depressed pregnant women. Department of Pediatrics, University of Miami School of Medicine, Miami, FL 33101, USA.
- [11] Field T, Morrow C, Valdeon C, Larson S, Kuhn C, Schanberg S. Massage reduces anxiety in child and adolescent psychiatric patients. Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry 1992;31:125-31.
- [12] Field T, Ironson G, Scafjdi F, Nawrocki T, Goncalves A, Burman I *et al.* Massage therapy reduces anxiety and enhances EEG pattern of alertness and math computations. *mi Neurosci Sep 1996;86:197-205.*
- [13] Encinas J *et al.* Fluoxetine targets early progenitor cells in adult brain, in proceedings of the national academy of sciences of the USA, Vol.103 :8233, 2006.
- [14] Yosipovitch G, Ishiuj Y, Patel TS, Hicks MI, Oshiro Y, Kraft RA *et al.* The Brain Processing of Scratching. *Journal of Investigative Dermatology 2008;128:1806-11.*
- [15] Pia M, Romien H. Sophrology, a method to cure stress? *Rev Infirm 1992;42:44.*
- [16] Viale-Nahon E. The role of hypnosis, relaxation and sophrology in the treatment of pain. *Soins 1988;27-34.*
- [17] Kwon IS, Kim J, Park KM. Effects of music therapy on pain, discomfort, and depression for patients with leg fractures. *Taehan Kanho Hakhoe Chi 2006;36:630-6.*
- [18] Chou MH, Lin MF. Exploring the listening experiences during guided imagery and music therapy of outpatients with depression. *J Nurs Res 2006;14:93-102.*
- [19] Siedliecki SL, Good M. Effect of music on power, pain, depression and disability. *J Adv Nurs 2006;54:553-62.*
- [20] Kim KB, Lee MH, Sok SR. The effect of music therapy on anxiety and depression in patients undergoing hemodialysis. *Taehan Kanho Hakhoe Chi 2006;36:321-9.*
- [21] The effect of exercise on clinical depression: a meta-analysis. LL Craft, DM Landers. *Abstract. Med Sci Sports Exerc 1998;5:S117.*
- [22] Barbier D. La dépression. O. Jacob, 2003.
- [23] Weinrich SP, Weinrich MC. *Massage & Pain in Cancer. Appl Nurs Res 1990;3:140-5.*
- [24] Fedida P. *Des bienfaits de la dépression. O. Jacob, 2001.*