

Un peu de technique et changement de cap...en douceur.

Apprendre et exercer l'Ostéopathie furent pour moi la révélation d'une autre approche. Par la main, par l'observation, par l'écoute, j'ai complètement changé ma façon de considérer mes patients et de les soigner.

Si je me suis posé la question, légitime, de rompre totalement avec mon métier de kinésithérapeute, me déconventionner et ne plus exercer qu'en temps qu'Ostéopathe, je suis trop accroché à ma quête de résultats par rapport à mes anciennes techniques, pour prendre cette décision. Ce qui m'intéresse, c'est adapter ce que j'apprends à ces gens porteurs de douleurs du rachis dont je ne viens pas à bout dans la durée. Il me faut donc éclairer un peu le lecteur sur cette fameuse technique, en essayant si possible de rendre cette explication compréhensible.

Pour beaucoup de gens, l'Ostéopathe « remet les vertèbres », « fait craquer », « manipule » et bien entendu, soulage. « C'est un peu court jeune homme » aurait dit Cyrano ! Et surtout très réducteur pour la méthode en vérité beaucoup plus complète que cela.

L'Ostéopathie est une méthode globale. Elle s'intéresse donc au corps entier, et à l'instar d'autres techniques alternatives, considère que ce qui se passe à un endroit de l'organisme, peut avoir un retentissement ailleurs. En d'autres termes, il faut parfois chercher la cause à distance de la douleur.

Tout est lié dans le corps. L'ensemble des muscles, ligaments, tendons, enveloppes, tissus de toutes sortes est un jeu de « ficelles » dont une extrémité répond et parfois s'adapte aux tensions provoquées à l'autre bout. Tout cet ensemble joue et s'aggrave dans le temps s'il n'est pas remis en équilibre.

Prenons un exemple : un mouvement intempestif, un jour, provoque ce que nous appelons une « lésion », si nous simplifions, un « blocage ». Quelque soit la partie du corps ou va se produire ce blocage, s'il n'est pas soigné, toute la région et au-delà va devoir s'adapter. Quelques semaines, mois, voire années plus tard, c'est une zone éloignée du blocage qui à force de devoir s'adapter va faire souffrir.

L'ostéopathe soignera cette zone bien entendu mais toute la difficulté sera d'en retrouver l'origine et de corriger cette « lésion » de départ. Si certaines manipulations sont spectaculaires, c'est parce que le praticien a vu juste et accompli le geste adéquate. Cependant, si l'on omet de chercher le point d'origine, il est probable que la gêne, provoquée par cette perturbation mécanique initiale, reviendra sous une forme ou sous une autre. Si cette cause originale est fréquemment très difficile à retrouver, ce qui importe, c'est d'en situer la zone anatomique. C'est tout le travail des « fasciae » ou tissus pour remonter jusqu'à la source, la ficelle bloquée.

Dans l'enseignement de l'Ostéopathie, il y a en simplifiant deux grandes techniques. La technique dite « structurelle » consiste à manipuler directement l'articulation concernée pour la « remettre en place ». La seconde méthode est appelée « fonctionnelle ». Il s'agit de travailler les tissus en fonction de leurs tensions, d'aller dans le sens de ces tensions pour les débloquent et en obtenir le relâchement et la correction. Par sensibilité personnelle, rapidement, je privilégie cette technique là. Elle répond pour moi à ma manière de palper, de « toucher » mes patients. Il m'est arrivé de bénéficier de manipulations structurelles par des confrères et je m'en suis fort bien trouvé. Je respecte les choix techniques de chacun, mais j'ai fait le mien, tout en gardant sous la main une ou deux « manip » qui peuvent dépanner.

Technique « à part » mais répondant au même critère d'équilibration des tensions : l'Ostéopathie crânienne. Si je précise une méthode à part, c'est que le toucher nécessaire doit être encore plus léger et précis.

Pour les ostéopathes qui la pratiquent, les os du crâne ne sont pas figés, voire soudés, mais vivants, mobiles de façon infime mais cette mobilité respecte l'anatomie et les axes articulaires et donc la fonction. Ces os sont liés entre eux par des membranes que sont les méninges, elles-mêmes reliés aux fasciae du cou et du reste du rachis puisque elles s'insèrent en bas du dos sur le sacrum. Bien des troubles sont ainsi corrigés par l'ostéopathie crânienne, en particulier chez les enfants dont la « mobilité crânienne » est plus malléable que chez l'adulte. Pas besoin de préciser que cette méthode ne reçoit pas l'aval de toute la communauté médicale, mais certains résultats sont spectaculaires. Les livres concernant l'histoire de la médecine regorgent pourtant d'anecdotes sur ces sages-femmes qui « remodelaient » le crâne des enfants trop déformés parfois par le passage dans l'étroitesse du bassin à la naissance. Cette malléabilité des os du crâne est donc connue depuis longtemps.

Je reste ainsi kinésithérapeute, adapte mon toucher et mes nouvelles techniques à mes patients lombalgiques. Il y a longtemps que je n'ai plus comme matériel que ma table de massage et mes mains. Dans un premier temps, le but est simple. Aller le plus loin possible dans la recherche des causes mécaniques des lombalgies. Plus loin dans le temps, ailleurs dans le corps. Plus question de me contenter des explications apprises autrefois. De plus en plus il m'apparaît que l'arthrose et le port de charges ne sont pas et de loin les seuls facteurs en cause. Les preuves m'en semblent indéniables.

Des patients au métier sans risques physiques et ne soulevant aucune charge ont parfois une hernie discale. J'ai le souvenir de malades souffrant du dos et dont les radiographies ne montrent aucun signe d'arthrose. Inversement, chez des patients, lors d'une radio de l'abdomen par exemple, on aperçoit un rachis très arthrosique, et ceux-ci ne se sont jamais plaints du dos ! Il y a donc des affirmations à remettre en question. Mais dans ce cas, il existe bien d'autres réponses. Il va me falloir les trouver. Je change ma manière d'interroger, laisse plus de place à l'expression directe du patient afin de ne pas induire des réponses qui me satisferaient.

D'autant plus d'écoute qu'il y a parfois de lourds fardeaux psychologiques chez certains, quelquefois exprimés, souvent tus, mais retentissant sur le corps. J'accumule les observations, recoupe les commentaires et cherche le reste avec mes mains. Et progressivement, j'avance. Il y a comme un peu de lueur dans le tunnel. Cependant je n'y vois pas encore très clair. Il faudra du temps et j'ai de la patience.

Exercice médical et psychologie.

Je dois admettre avec humilité avoir été, pendant très longtemps, de ceux pour qui la psychologie était une affaire fumeuse et les psychologues, des gens rabâchant de vieux discours de couches-culottes et de complexes. Bref, je les évitais. Pour aggraver mon cas, j'étais aussi convaincu autant qu'on peut l'être lorsqu'on est de mauvaise foi que la dépression nerveuse n'était qu'une fausse excuse et considérais les gens déprimés comme ayant besoin d'un bon coup de pied au postérieur pour aller mieux. En clair à cette époque, j'étais fermé et obtus envers tout ce qui concernait cette science pourtant indispensable. Jusqu'au jour où...je déprimais à mon tour !

Qu'importe la raison, je me suis senti plonger avec inquiétude. De conversations amicales en leçon médicale sévère j'acceptais de consulter. C'est ainsi que je suis parti pour trois ans de sophro-analyse. Beaucoup de choses se sont éclairées, je suis allé mieux et j'ai changé d'opinion. Ma bibliothèque s'est enrichie d'auteurs tels que Dolto, Bettelheim, Ancelin-Schützenberger et je m'efforce encore aujourd'hui de ne pas oublier ces lectures.

Forcément toute cette évolution a ouvert des portes et posé des questions. Inévitablement, ce que me disaient mes patients a pris un autre sens. Mais hormis mon obstination « anti-psy » de l'époque, il faut relever aussi que nous n'avions reçu strictement aucune formation fut-elle a minima de psychologie. Les études médicales n'en comportaient tout simplement pas ! A ce jour, quelques dizaines d'heures sont consacrées à cette matière. Il existe heureusement des gens qui sont « fins psychologues ».

Cette faculté d'écoute et de compréhension ne suffit pas me semble t-il en face des problèmes spécifiques abordés par nos patients. Même si leurs difficultés morales paraissent banales, elles prennent souvent, dans le contexte dans lequel nous les rencontrons, un sens plus profond et forcément plus caché aux néophytes que nous sommes sans formation.

Lorsqu'on soigne un patient et quelle que soit notre spécialité, l'écoute devrait être la première qualité (c'est ce que fait le psychanalyste). C'est au malade de nous expliquer ce qu'il ressent et non au praticien d'interroger sans arrêt au risque d'induire des réponses qui finalement l'arrangent. Nous avons tous connu des malades qui gémissaient chaque fois que nous leur demandions : « et là, est-ce que je vous fais mal ? » Alors qu'une palpation bien conduite et sans poser la question, déclenche la douleur et une réaction dès que sera touchée la région concernée ou réalisé le geste douloureux. Il est très difficile d'apprécier l'intensité de la douleur. Fort heureusement, celle-ci est maintenant bien prise en compte en médecine et chirurgie. Avec bonheur, on prend enfin en compte la douleur de l'enfant. Après des années de négligence de ce facteur.

Mais dans un désir d'étalonnage des symptômes, encore trop fréquent, on a créé une « échelle de la douleur ». Une fois trouvée la région (ou le geste) douloureuse, le praticien qui examine n'a pas pour autant une idée de l'intensité de cette souffrance. Alors il essaie de la faire chiffrer. Sur une graduation de 0 à 10. L'idée pourrait être bonne et donner une approximation, mais on entend alors des dialogues bien différents.

Le praticien :

-« Lorsque je vais appuyer, vous allez me dire comment est votre douleur entre 0 et 10. Si vous n'avez pas mal, vous me dites 0, si ça fait très mal, c'est 10 ; Entre les deux, 3, 4, 5 ou 6. »

Il appuie alors sur la zone décrite comme douloureuse.

Le patient :

-« Aïe ! 10 » (il a très mal ou il est très douillet !)

Ou bien :

-« ça va ! 1 » (il n'a finalement pas mal ou il est très résistant à la douleur !)

Ou encore :

-« c'est moyen ! 5...ou peut-être 6 » (celui là ne sait pas trop !)

C'est sans compte sur ceux qui se disent :

-« si je dis 1 ou 2, il va croire que je n'ai rien ; si je dis 10, il va croire que j'exagère. »

Excluons les douleurs évidentes. Mobiliser une fracture est extrêmement douloureux. Certaines zones du corps sont beaucoup plus sensibles à la douleur que d'autres. Tout cela est bien connu.

Maintenant, mettons à côté, des situations telles que, « le douillet », le « très résistant », « le simulateur », « l'hésitant », « l'habitué », « celui qui en a assez de souffrir ». Nous obtenons un savoureux mélange de réactions impossibles à standardiser. Chacun de nous est différent ai-je appris avec l'Homéopathie ! Mieux, chacun de nous a un seuil de la douleur différent et dans cette optique, la différence de seuil correspond à la constitution, c'est-à-dire au profil morpho-psychologique. Je sais aussi par expérience professionnelle et personnelle que certaines douleurs de lumbago par exemple peuvent un instant vous « plier en deux » tant l'intensité est forte dans certains gestes, et la minute suivante peuvent avoir disparu en prenant une position adéquate. Cette disparition de la douleur de position ne doit pas faire crier à la simulation. Cette « échelle d'évaluation de la douleur » présente comme véritable intérêt son évolution dans le temps. Elle permet, avec la cotation de départ de mesurer la progression en fonction du traitement et l'adaptation de celui-ci, qu'il soit médicamenteux ou manuel.

Alors ? Je n'ai pas de solution miracle ! Et cette difficulté contribue à rendre difficiles certains diagnostics. « Les grandes douleurs sont muettes ». Bien entendu, la douleur n'est pas le seul facteur de diagnostic, et l'on sait que certaines pathologies lourdes ne présentent pas de tels signaux d'alerte, d'où une difficulté encore plus grande et parfois un dépistage plus systématique.

A côté du facteur douleur important, on l'a vu, nous connaissons des réactions personnelles très variées. J'ai déjà parlé des réactions à l'annonce d'un handicap, mais à un autre degré, tous les kinésithérapeutes ont connu dans leur cabinet des situations de stress, de drames, de joies chez des patients qui se « libèrent » et plongent dans la confiance. Certaines fois gênantes surtout si l'on n'a pas de solution à proposer. D'autres sont vraiment libératoires, le relâchement de l'esprit suivant celui du corps. Parfois à l'inverse, nous assistons à des attitudes de défense intenses pouvant donner l'impression de faire plus de mal que de bien. Il existe, je crois, deux explications possibles à ces situations.

D'un côté, la plupart du temps lorsque nous recevons un patient, c'est pour une série de plusieurs séances. Séances parfois étalées sur une assez longue période pendant lesquelles, durant une demi-heure à une heure nous allons être en sa présence, seul et dans une relative intimité puisqu'il (elle) sera déshabillé(e). Je pense en particulier, on l'aura compris en ce qui concerne les pathologies douloureuses du rachis.

Seconde raison, nous travaillons par le toucher. Le masseur-kinésithérapeute masse et mobilise, l'ostéopathe palpe et corrige aussi avec ses mains. Ce contact intime est inévitablement déclencheur de réactions. Sur le plan de la physiologie, le seul fait de poser la main quelques instants provoque une modification de la circulation de la peau qui rougit ou pâlit selon les circonstances. Cela est vrai pour tous, même non professionnels. Le contact manuel dans un but thérapeutique se veut être rassurant, calmant, curateur. Dans la vie quotidienne, la caresse est curative. Lorsque le massage, le toucher, est réussi, l'apaisement survient, le relâchement musculaire recherché est obtenu, la libération des tensions articulaires s'ensuivent et la douleur se calme. Combien

se sont endormis sur une table de massage ? Interaction du besoin, de la qualité de la main qui masse, du climat de confiance.

Quelquefois, dès les premières minutes, les tissus se tendent, les muscles durcissent, le patient s'agite jusqu'à demander d'arrêter. Sans exclure un mauvais massage, le patient s'est revêtu d'une armure. Le toucher ne lui est pas supportable. Peut-être réveille-t-il trop de choses en lui. Et très souvent, notre patient se met à parler, se confie, parfois fond en larmes et met à jour ce qui est passé de sa tête à son corps, ce qu'il a somatisé, c'est-à-dire traduit sous forme de douleurs corporelles. En ai-je appris des choses intimes, confiées dans ces moments là et que j'ai tues. Mon compte-rendu au médecin traitant, dans ces circonstances se limitant à lui faire savoir que le trouble musculaire et douloureux était plus profond et ailleurs. C'est à lui ensuite de prendre le relais s'il le peut. Nous n'avons pas été formés pour cela et ce n'est plus notre rôle.

Revenons aux séries de séances de kinésithérapie. Pour une consultation lors de laquelle le médecin va prescrire les séances, nous verrons notre patient commun cinq ou dix fois. Il n'est pas rare alors qu'il confie à son kinésithérapeute des informations que le médecin traitant n'a pas eu toujours le temps d'entendre durant le temps de la consultation. D'où la nécessité de collaboration et de communication. Encore une fois, ce qui sort du cadre de nos compétences doit nous inciter à renvoyer le malade chez le prescripteur. A nous de lui en communiquer la raison et de prendre la plume ou le téléphone.