

Un refuge pour l'art de soigner ?

S'il est une approche qui peut sembler un art, dans un univers médical envahi par la technologie, n'est-ce pas celle de ces praticiens qui, exerçant l'art de soigner avec presque rien, ne disposent que de leurs mains pour comprendre la maladie et accompagner leur patient vers sa guérison ?

Frédéric Teste

Ostéopathe

J'observe que mes amis médecins, ou les praticiens que j'ai grand plaisir à accueillir en soin à mon cabinet, me font parfois part d'un peu d'amer-tume... Ceux de ma génération, ayant étudié dans les années 1980, étaient venus à ce beau métier de *médecin des familles* pour y exercer un art : celui que l'on fait grandir jour après jour, consultation après consultation, en mêlant un savoir longuement acquis sur les bancs de la faculté à son intuition nourrie par les années d'expérience. Ils avaient eu pour maîtres ces vieux docteurs ayant fait leurs armes dans la pure clinique et loin de la surabondance d'exa-mens complémentaires d'aujourd'hui. En ce temps-là avait-on plus le droit de se tromper ? Est venue notre époque d'une médecine acadé-mique que j'observe de mon regard extérieur sans la juger, mais dont les canevas semblent désormais ourdis autour des protocoles et de la numérisation, les ordonnances bientôt digitali-sées paraissant promises à être digérées par le dieu tout-puissant du contrôle : l'algorithme. Une médecine des chiffres et des images, hau-tement performante à certains égards, mais qui sem-ble buter souvent sur une réelle difficulté à appré-hender, face à elle, toute la complexité de l'être humain en soin qui ne peut jamais être réduit à sa maladie, encore moins à des données.

Alors qu'y puis-je ? Si ce n'est témoigner ici de ma chance d'exercer un métier, celui d'ostéopathe, dans une pratique qui laisse s'épanouir l'art immémorial de soigner avec presque rien. Il ne peut prendre racine qu'avec le juste temps passé auprès du malade, le projet de prendre bien garde d'*accompagner* son patient vers sa guérison plus que de lui imposer une technique, de saisir vraiment ce qui est en jeu dans nos soins. Alors, *l'art de soigner* peut sans doute venir se réfugier sous nos mains...

Comment peut-on être ostéopathe ?

Les ostéopathes ont cette chance incroyable d'inventer chaque jour leur propre approche de la médecine ma-

nuelle : chaque soin donné est l'occasion d'affiner sa technique, d'apprendre à accorder sa main à ce que des tissus vivants nous font remonter de leur souf-france, de se syntoniser surtout à tout un monde d'in-formation implicites que la *dysfonction* d'un organe peut emporter autour d'elle. En réalité, chaque ostéo-pathe invente en permanence son ostéopathie ; elle s'impose à lui peu à peu, tandis qu'il tente de s'ap-procher au plus près de l'histoire des blessures offertes à ses soins. Ainsi, l'ostéopathe naît de ses patients, séance après séance...

... la promesse pour moi de développer une créativité rafraîchissante : il fallait bien que j'invente tous les jours ce qui ne m'avait pas été appris à l'école !

Chaque praticien devient en même temps un chercheur – sans nul besoin de budget ou de subventions – qui fait grandir l'ostéopathie expérimentale dans l'écran de sa pratique. Elle naît de sa réflexion permanente autour des approches qu'il met en œuvre, des modèles qu'elles suscitent, souvent encore bien peu accessibles aux lumières de la science du moment. Pour ma part, je dois dire que ma formation initiale à la kinésithé-rapie, qui m'avait souvent paru adopter une conception trop largement réductionniste de ses traitements, m'a laissé l'impression salvatrice et jamais démentie de savoir bien peu... Puis les années d'étude des postulats et des techniques de l'ostéopathie, la lecture des écrits de mes pairs et de nos anciens dans cet art furent le terreau d'une curiosité sans limite et sans interdit, la promesse pour moi de développer une créativité rafraîchissante : il fallait bien que j'invente tous les jours ce qui ne m'avait pas été appris à l'école !

J'espère pouvoir ainsi, encore longtemps, inventer mon métier jour après jour, avant que nos modèles

parfois dérangeants – qu'on ne peut valider ni par la mesure, ni par l'imagerie, encore moins par le toucher de mains inexpertes – ne deviennent trop insupportables à une médecine institutionnelle s'éloignant peu à peu de la notion de soin, risquant de basculer vers un imaginaire d'ingénieurs ou de comptables... Un jour viendra, pourtant, où la science, offrant des outils de compréhension de plus en plus raffinés, saura expliquer ce qui se construit réellement avec nos modèles holistiques. Cela éclairera mieux – par une compréhension plus juste de nos médecines que l'on nomme, un peu curieusement, alternatives – la notion même de maladie qui reste si mystérieuse. Pour l'instant, il est trop tôt. En attendant... je soigne.

La rencontre de l'implicite et de l'attention subjective

Abordant des champs de compréhension subtile du vivant à travers l'analyse des dérèglements de sa structure qu'il nomme dysfonction, l'ostéopathe se doit de disposer d'outils à la hauteur de cet enjeu. Cela ne vient qu'en développant des techniques diagnostiques méticuleuses et suffisamment performantes pour percevoir la multiplicité des informations implicites qui

On parle bien de *converser* avec des tissus vivants : ils ont tout à nous livrer de leurs histoires lésionnelles, pour peu que nous disposions des outils de décodage nécessaires à leur compréhension.

siègent autour d'une perturbation tissulaire. Ainsi découvre-t-il la richesse des *schèmes* ostéopathiques : des ensembles informationnels englobant des perturbations dans la structure la plupart du temps plurielles, et ne pouvant être réduites à de simples désordres fonctionnels mécaniques.

En effet, notre compréhension de ce qu'est vraiment la dysfonction ostéopathique s'est éloignée peu à peu d'une vision orthopédique univoque qui voulait l'envisager comme un dérangement imposé au corps par un évènement accidentel. Ce au profit d'une vision bien plus *informationnelle* du blocage, qu'il nous faudra comprendre plutôt comme une « décision » de la structure elle-même – notre corps ayant en fait arbitré de le faire – de se protéger en inhibant sa mobilité, face à un *intrus* traumatique, émotionnel, métabolique etc. On pourra y trouver une analogie avec la notion de « régression psychosomatique » décrite dans la *Psychosomatique de l'École de Paris* de Pierre Marty, puisqu'on parle bien d'une stratégie d'autoprotection du vivant. Reste à définir si nous sommes devant un phénomène réflexe ou

relevant d'une conscience. D'une sagesse immanente du tissu vivant...

Ces fixations ostéopathiques emmènent de plus autour d'elles tout un agrégat d'informations silencieuses que l'ostéopathe devra, le mieux possible, intégrer dans son approche : elles lui sont accessibles car il s'autorise à penser qu'elles existent... On est bien loin alors de l'idée d'une vertèbre qui se serait « déplacée » suite à un faux mouvement !

Connecté à la riche complexité de ces *schèmes dysfonctionnels*, le praticien, dans son anamnèse, mène une enquête le guidant jusqu'à la clef étiologique à tourner pour les désorganiser, et éviter bien sûr de ne traiter que leurs adaptations. Les tests diagnostiques mis en place l'emmènent ainsi peu à peu vers ce que l'on nomme, dans la littérature de notre spécialité, la *lésion primaire* (même si dans la réalité de notre travail causes et effets semblent en permanence s'entrelacer). Ainsi, face à une colonne cervicale verrouillée, par exemple, il devra se garder de la manipuler en première intention : cela ne ferait que *polluer la scène de crime* et risquerait de n'offrir qu'un soulagement momentané ; ses investigations pourront au contraire l'engager à aller à la rencontre d'une clef anamnétique siégeant peut-être à distance : dans une perturbation lombosacrée (elle-même découlant parfois de tensions viscérales laissées là par une infection ou un geste chirurgical...), dans une vieille blessure d'un carpe enfouie dans le passé traumatique du patient, autour d'une articulation temporo-mandibulaire chroniquement dérégulée chez un *bruxeur* stressé ou associée à l'émotion colère qui pourra être ressortie dans les tests, etc. Tous les scénarios peuvent remonter dans nos séquences

diagnostiques et c'est *l'art de l'ostéopathe* de savoir fouiller dans la mémoire tissulaire de son patient, se libérant de toute idée préconçue de ce qui pourra apparaître lors de ses investigations. En se gardant surtout de traiter les perturbations n'étant que des adaptations aux dominantes réelles de ces schèmes.

Ce sont bien ces dysfonctions dominantes, une fois démasquées, qui devront le cas échéant être traitées, la justesse de nos diagnostics étant confirmée quand cette libération résoudra, dans l'instant, les adaptations qu'elles avaient suscitées.

On parle bien de *converser* avec des tissus vivants : ils ont tout à nous livrer de leurs histoires lésionnelles, pour peu que nous disposions des outils de décodage nécessaires à leur compréhension. Règnent alors dans nos approches une part objective naissant du savoir académique du praticien et des techniques palpatoires avancées qu'il mobilise, et une part subjective qu'il nous faut assumer et même renforcer. L'intuition y prend une importance évidente, mais qui ne s'exprimera dans la justesse qu'avec l'expérience, l'intelligence du soignant et la qualité de son *attention*. On atteint alors

un niveau d'*attention subjective* qui est propre à l'*état d'esprit de l'ostéopathe*. Il recrute pour son diagnostic les données objectives habituelles de l'anamnèse, de l'examen, de l'imagerie, mais qu'il peut magnifier par toutes les informations subtiles qui remontent à lui grâce à une présence mentale élevée et à sa capacité de se connecter à ce flux d'informations impalpables.

Valider ?

Avec l'expérience et dominant ces approches analytiques avancées, l'ostéopathe se débarrasse du tâtonnement pour aller porter ses actions seulement sur les dysfonctions dominantes ayant organisé des ensembles pathologiques autour d'elles. En réajustant la pièce anatomique ayant servi d'entrée à une suite lésionnelle, il ressent – et peut vérifier ensuite grâce à ses tests de mobilité objectifs des structures qui avaient été trouvées en dysfonction – que tout se réharmonise, dans l'économie élégante d'un simple et souvent unique geste manipulatif ; les tissus vivants peuvent alors mettre en œuvre leurs capacités de résolution immédiates, d'auto-guérison, s'engageant dans l'instant vers un retour à la santé...

Bien entendu, ces approches subtiles et hautement opératoire-dépendantes restent incompatibles avec toute idée de protocole, car elles nécessitent d'être réinventées en permanence ; elles resteront, de même, inquantifiables, car mobilisant une variété infinie de données et de nuances subtiles ; elles seront encore moins accessibles à la validation par la grossièreté d'études en double aveugle, car impossibles à reproduire, aucun cas n'étant jamais identique au précédent ; et cela encore plus si l'on admet qu'investiguer ces modules dysfonctionnels plurivoques, c'est déjà interférer avec eux, le thérapeute faisant en réalité partie de l'objet d'expérience, du *happening* diagnostique !

En ce sens, il me semble illusoire de penser que ce sont les outils de validation de la médecine allopathique qui peuvent être à même d'éclairer l'intérêt de nos pratiques, sauf à être convoqués pour démontrer leur incapacité à le faire ! On est là devant le quiproquo ordinaire, nourri par ceux qui jugent notre médecine en en ignorant tout...

L'ostéopathie, un refuge pour l'art médical ?

Il faut prendre comme une bienheureuse prérogative le plaisir sensoriel offert à l'ostéopathe de ressentir que le blocage fonctionnel traité cède sous ses mains, que l'organe entravé retrouve peu à peu sa respiration tissulaire. Les premiers effets de la guérison se manifestent alors en direct devant nous et les patients nous expriment très souvent leur immédiat soulagement, leur *sentiment de guérison*. Se relevant de notre table de soin, ils sentent que « quelque chose a changé », qu'ils se tiennent différemment ou que leur

vue s'est éclaircie... Des parents observent que leur petit a changé de mine ou s'est redressé. Nous sentons des voussures installées et semblant immuables qui cèdent dans l'instant sous nos mains, des bassins qui en se rééquilibrant font se normaliser des jambes qu'on avait déclarées courtes...

Ce métier – nous pourrions le répéter sans cesse aux jeunes gens qui désirent l'apprendre – est une source de satisfaction permanente, et encore plus quand, l'expérience venant, on aura dans sa boîte à outils des approches de diagnostic performantes nous permettant de décrypter en quelques secondes les ensembles ostéopathiques complexes qui sont abordés dans nos consultations. Il nous faudra apprendre sans cesse, pratiquer, inventer, réussir, échouer pendant des années, avant d'obtenir une vraie continuité dans la qualité et la rapidité de nos résultats. Et là encore, rien ne sera jamais acquis, nous engageant à ne pas croire que la réussite d'hier pour un cas sera le gage d'avoir trouvé la recette des réussites de demain, face à des tableaux cliniques similaires. Il ne s'agira en aucun cas d'appliquer des routines ou des suites d'actions prédéfinies et reproductibles, puisque chaque séance sera une réinvention partielle de ce que les précédentes nous avaient appris. Il nous faut donc prendre conscience aussi qu'un étudiant, au premier jour de son apprentissage, n'aura qu'une idée vague du niveau réel qu'il pourra ambitionner d'atteindre après les cinq ou six années de sa formation de base, et encore moins après les décennies de pratiques qui lui seront indispensables pour atteindre sa maturité. En ce sens, je crois que l'on peut affirmer – j'y vois une analogie évidente avec la situation d'un enfant qui débute l'apprentissage d'un instrument de musique – que l'ostéopathe ne découvrira qu'avec le temps les dispositions qu'il avait vraiment pour cet art médical. Il faudra ainsi qu'il « survive » aux multiples blessures narcissiques de ses échecs. C'est un jeu un peu cruel, mais c'est aussi tout l'honneur de cette profession de santé si particulière, où l'habileté manuelle, l'intelligence sensorielle, le ressenti, l'intuition, la présence du thérapeute sont décisifs. Ces qualités ne seront rien sans de solides connaissances théoriques, en particulier de l'anatomie fonctionnelle, mais elles restent prédominantes, exigeant de nos actions de soin qu'elles s'exercent comme un art. Elles seront magnifiées à cette fin par l'envie de prendre soin et notre aptitude à installer une juste *intention* dans nos pratiques, notre capacité à nous accorder mentalement et physiquement à ce patient ce jour-là. Toutes ces qualités, échappant pour la plupart à un banal apprentissage scolaire, viendront avec le temps et la passion, s'installant lentement sans que nous nous en rendions vraiment compte et sans que nous décidions de quand cela advient.

Car savoir soigner *juste avec ses mains* est un privilège qui se mérite, et c'est aussi pour cela que l'ostéopathie, que je perçois comme un art médical préservé, a encore lieu de faire rêver... **P**