CHAPITRE 1

Retour sur les schèmes dysfonctionnels

Dans le chapitre qui suit, l'on me permettra de revenir brièvement sur les idées-forces des *Schèmes dysfonctionnels* et de *l'ostéopathie de l'information* que j'avais proposées précédemment. Elles découlaient naturellement de la pratique des diagnostics ostéopathiques par la *Communication Tissulaire*. C'est un peu technique et certains lecteurs pourront sauter ce chapitre, surtout s'ils ont déjà lu mes *Conversations tissulaires*. Sinon, il facilitera, je pense, la compréhension de la suite…

Bien entendu, et parce que nous nous intéressons à des modèles évoluant au gré des soins donnés dans nos cabinets, notre propre vision, même née d'un passé récent, est en permanente mutation.

Plus encore, ces notions, qu'il avait bien fallu, par une volonté de clarté didactique, décrire indépendamment les unes des autres, deviennent un tout cohérent à force d'avoir été tous les jours tirées de notre boîte à outils. Ainsi, je ne pourrais plus dans mon travail séparer l'étude des ensembles organisés de dysfonctions, que j'ai appelés *schèmes dysfonctionnels,* de celle de leur *matrice implicite.* Elle les contient, comme une enveloppe amenant en son sein toutes les composantes matérielles et immatérielles ayant participé à l'édification de ces schèmes. Tout cela établissant un continuum logique vers le recours thérapeutique aux techniques d'*empilages d'informations,* qui permettent au praticien l'intégration mentale de cette matrice concomitamment à sa manipulation… aboutissant finalement à l'édification d'un système conceptuel que j'espère cohérent et que je nomme la *dysfonction-mémoire*.

1/ Sortir du concept de blocage ostéopathique

> « Voici donc que cet occiput, verrouillé il y a quelques secondes, répondait tout de même à ces tests de communication tissulaire en s'animant entre mes mains… pour retourner aussitôt à son impossibilité de mouvement quand je cessais mon interrogation. » « Comment un occiput, au cours de cette conversation tissulaire, pouvait-il être en même temps bloqué et pas ? » (*Conversations tissulaires*, §1 Le blocage ostéopathique n'existe plus et §15 Le Mouvement Respiratoire Primaire, un illusionniste ?)

S'il faut voir un point fondateur à tout ce chemin parcouru, il est bien là : avoir perçu (sans doute comme d'autres avant moi) que la fixation ostéopathique n'était pas un phénomène statique (une articulation bloquée…) mais au contraire dynamique (une structure qui a momentanément *pris le parti* de refuser le mouvement). Par la suite, la vision mécaniste de nos actions, héritée de l'orthopédie, et qui est si ancrée dans l'imaginaire collectif de ceux

qui pratiquent les médecines manuelles, devenait à mon sens intenable. Au contraire, on pouvait logiquement en déduire qu'en *ré-informant* une structure en dysfonction, on devait pouvoir négocier avec elle sa libération. C'est donc tout un univers mental nouveau qui s'ouvrait à nous…

2/ Sortir du concept de chaîne lésionnelle

La représentation adoptée par la plupart des ostéopathes pour décrire les ensembles de perturbations somatiques abordés dans leur travail, parait assez linéaire. Ils reprennent souvent la terminologie classique de *chaînes lésionnelles*, recourant ainsi à une sorte de déterminisme tissulaire, qui voudrait s'organiser d'une cause primaire à une succession d'effets secondaires physiologiquement prévisibles (en réalité toujours, interprétés *a posteriori* !). L'étude du lien ininterrompus du maillage anatomique des fascias semblant valider cette approche en cascade de pignons, l'ostéopathe parle alors volontiers d'adaptations, de compensations, de rechercher la lésion primaire…

Tout cela est charmant et fonctionne plutôt bien dans notre approche typiquement *holistique* (nous autres ostéopathes, sommes par ailleurs toujours interloqués de voir passer par exemple des ordonnances de rééducation, appelant au soin « d'une épaule droite » ou de « la colonne cervicale » et plus encore que ces prescriptions réductionnistes puissent être appliquées parfois au pied de la lettre !) ; mais face à ce modèle qui domine nos théories, l'idée des schèmes dysfonctionnels proposait plutôt de raisonner, dans un premier jet, sur la figure d'un plan où chaque point viendrait *avec* les autres, en un *tout communicant.* On pourrait alors adopter une vision globale des différentes dysfonctions interconnectées qui seraient remontées dans nos tests de communication tissulaire, sans s'inquiéter de trouver toujours un éclairage biomécanique (ou même physiologique *stricto sensu*) à ces rapports – ce dernier relevant trop souvent, avouons-le, d'une pure prospective intellectuelle du fait de la complexité d'un système en vérité *chaotique*. Libérés de cette approche intellectuellement flatteuse – mais qu'on pouvait suspecter d'être un peu candide – de chaîne lésionnelle, il nous devenait possible de nous adresser à des ensembles *informationnels,* en créant pour eux des outils de compréhension plus intuitifs. On prenait le parti d'adopter un modèle imparfait mais acceptable, évitant l'écueil d'un autre qui risquait d'être trop enfermant, contournant avec bonheur une part de naïveté interprétative…

3/ Sortir d'une vision mécaniste de la dysfonction ostéopathique

L'étape suivante, bien entendu, fut de considérer ces maillages dysfonctionnels non plus dans un plan, mais dans les trois dimensions de l'espace corporel où ils laissent se développer leurs arborescences, nous éloignant ainsi encore un peu plus de l'idée de chaînes. Tout ceci nous faisant rompre, peu à peu, avec une représentation linéaire et mécaniste des problématiques ostéopathiques, pour aller vers une compréhension beaucoup plus *matricielle* et

multi-informationnelle de leur objet, en y incluant les données immatérielles qu'elles contiennent.

4/ Sortir d'une vision de la dysfonction réduite au temps présent

Ensuite, au travers des routines de datation que nous adoptions, il nous fallut intégrer la quatrième dimension : celle du temps et donc de la mémoire. Cela nous fit nous poser la question de savoir si, traitant notre sujet d'aujourd'hui mais en nous syntonisant à la temporalité de sa maladie, nous n'étions pas en réalité en train de soigner la personne qu'il fut au moment d'un évènement inscrit dans le passé : sa *poupée russe*. Nous flirtions alors, sans presque le savoir, avec les concepts *d'univers-bloc* et *d'éternel présent* développés par la physique du temps, qui décrit un continuum immuable d'espace-temps à quatre dimensions. Le *temps psychologique*, lui, inventant (pour nous rassurer ?) un temps présent n'ayant d'existence que dans notre conscience humaine ; car comme l'a rappelé le physicien Nassim Haramein : « *Sans mémoire il n'y a pas de temps.* »

5/ Rassembler les données d'anamnèse contenues dans le barrage ostéopathique pour ré-informer la structure

Suivit la notion de *barrage ostéopathique*, pour englober la fixation pathologique d'un organe dans la multiplicité des informations qui gravitent autour d'elle. Notre compréhension de la dysfonction s'élargissant alors vers un ensemble : la *matrice implicite.* Elle pouvait contenir, au-delà de la perturbation matérielle palpable (explicite) sous nos mains – dont la libération validerait tout de même à la fin la justesse de notre diagnostic et la réussite de notre travail – un grand nombre d'informations : coloration dominante de la dysfonction et son étiologie (*intrus* traumatique, émotionnelle, métabolique, etc.), date éventuelle de l'intrusion, niveau métamérique médullaire correspondant à la structure en lésion…

Le pendant thérapeutique à ces diagnostics en barrages consisterait alors à *empiler* mentalement l'ensemble de ces informations, en même temps que nous appliquions notre geste d'ajustement tissulaire. Le récit du patient lui permettrait parfois de se syntoniser à son tour (sans même le vouloir) à l'évènement inaugural du schème abordé, quand celui-ci avait été *remémoré*. Finalement, je proposai donc qu'avec ces techniques, nous pouvions opposer à une blessure son *reflet de similitude,* englobant le plus fidèlement possible toutes ces informations tissulaires et implicites ressorties de l'anamnèse, et que ce barrage, alors ré-informé, semblait accepter comme une convenance à s'en libérer.

6/ Une suite… vers la dysfonction-mémoire

Nos concepts se nourrissent en permanence du flux de nos lectures, de nos rencontres, de l'expérience des soins que nous donnons, des théories qui en naissent… Immanquablement, ces idées (contenues elles-mêmes dans celles des grands anciens qui nous ont précédés en ostéopathie) emmènent avec elles leur propre évolution. Ainsi, tout ce chemin logique ne pouvait que nous amener jusqu'à l'édification d'un système conceptuel qui rassemblerait toutes ces propositions : celui de *dysfonction-mémoire* que je vais développer dans le présent ouvrage.

Dès lors, en sommes-nous condamnés à faire semblant de croire que nos théories sont justes aujourd'hui, pour pouvoir en tirer de nouveaux principes pour la suite ? On savait depuis la légende Bardot du film *Et Dieu créa la femme* que : *L'avenir, c'est ce qu'on a inventé de mieux pour gâcher le présent.* De ces idées justes d'aujourd'hui (en réalité seulement valables ou *effectives*) naîtront donc celles de demain, plus raffinées, et qui nous rappelleront ainsi – rejoignant la science – que nos idées d'hier étaient justes… mais fausses !

CHAPITRE 2

Les traumatismes de la face, un terrain d'expérience pour la communication tissulaire

Plein la figure !

Quand on commence à aborder la traumatologie du crâne et de la face au début de sa vie d'ostéopathe, on est à cent lieues d'imaginer les résultats étonnants qu'apporteront nos soins dans ces pathologies ; au point d'en arriver plus tard, *a contrario*, à s'interroger sur ce qui aurait bien pu advenir de certains de nos patients ayant subi de tels traumatismes, s'ils n'avaient pas eu l'inspiration de consulter un ostéopathe dans les suites de leur accident… Les diagnostics par la CT donnent ici la pleine mesure de leur acuité et de leur rapidité d'exécution. Ils pourront même s'avérer décisifs lorsque nous nous adressons à des blessures anciennes et enfouies loin dans la mémoire de nos patients. Ceux qui dominent ces outils auront ainsi tous les jours la fierté de débusquer, en quelques secondes, des entrées restées totalement ignorées durant des traitements antérieurs (y compris ostéopathiques), les ostéopathes semblant être les seuls à aborder ces régions dans leurs techniques manipulatives…

Une fois le diagnostic clairement posé, nos mobilisations sont subtiles mais souvent techniquement assez simples à mettre en place – comme si le crâne traité n'attendait que notre intervention. Leur effet en temps réel remonte en évidence sous nos mains et dans le ressenti des patients lorsqu'elles ont porté leurs fruits. On peut y conjuguer des ajustements basés sur l'écoute du mécanisme respiratoire primaire avec un travail plus structurel des sutures, consistant la plupart du temps à étaler, à « ouvrir » tranquillement ces articulations crâniennes. On peut aussi laisser jouer ses mains, se fondant dans les tissus abordés, dans une approche fluidique, intuitive, très élégante pour le praticien, très agréable pour le patient. Toutes ces techniques finiront même par devenir, du fait de leur douce simplicité, une source d'inspiration pour aborder d'autres parties du corps. Par ailleurs, le rééquilibrage des *membranes de tension réciproque* permettra des libérations majeures de la sphère crânienne, mettant en lumière l'hypothèse déjà évoquée de la dysfonction ostéopathique comme une stratégie de protection des tissus vivants face à un intrus.

Le coup de pied de l'âne

Madame E. est une agréable professeure de lycée, dont j'ai soigné je crois toute la famille, et avec qui nous vivons d'intéressants moments d'échange sur son exigeant métier lorsqu'elle vient à mon cabinet. Elle m'a appelé à la rescousse en urgence, me décrivant les douleurs terribles qu'elle ressent à la

face et au cou, associées à de fortes céphalées dès le réveil et à des tensions lombaires sourdes mais assez pénibles. Tout ce tableau est apparu après qu'elle a reçu à la face un violent coup de pied il y a une dizaine de jours, de la part de son cheval (fort heureusement non ferré),

Elle arrive chez moi, le visage encore tuméfié et tout son corps irradiant la souffrance qu'elle a installée. Les examens médicaux et l'imagerie n'ont rien signalé d'alarmant, mais sa douleur semble difficilement supportable malgré les traitements médicamenteux. À l'examen, je trouve une colonne cervicale haute totalement pétrifiée, un occiput ayant perdu toute possibilité de mobilité, comme s'il avait calé, et plus bas une belle raideur lombaire.

Je rentre dans mes tests dont le retour est immédiat puisque le script de ce scénario catastrophe coule de source. Occiput me renvoie vers le frontal de ma patiente en particulier dans sa jonction aux os propres du nez. Un pompage subtil de cette zone, en prenant soin de garder un appui léger sur ce front encore cabossé et douloureux, ouvre tout de suite cette suture ; je l'associe à la rééquilibration des os lacrymaux, les unguis (qui me semblent souvent être les clefs d'ajustement de cette zone) et intègre bien entendu mentalement la présence du carrefour ethmoïdal en arrière de ces structures. Mme E. me fait part d'une sensation de relâchement et de bien-être immédiate.

Mes mains sous l'occiput perçoivent aussi que celui-ci récupère sa mobilité en temps réel, et ceci me permet de mieux décrypter maintenant ce qui reste de la perturbation cervicale haute. Je suis renvoyé par un nouveau test vers une vertèbre dorsale T5 emplie de l'émotion « surprise ». Madame E. revient à ma demande sur le récit de cet évènement fâcheux et très inattendu, car c'est avec un antérieur que son cheval l'a frappée, ce qui est tout à fait inhabituel. Elle n'a donc pas du tout vu venir ce mauvais coup. Pendant ce récit de la patiente désormais installée sur le ventre, je m'accorde à la mobilité de T5 en suivant sagement les axes de mouvement qu'elle m'entrouvre, tout en empilant mentalement l'information circonstancielle « surprise » : elle se libère sans problème. Quand je suis de retour vers la nuque, tout semble revenu à un état bien plus agréable ; ma séance est quasiment achevée, et il ne me reste plus qu'à aller poser mes mains entre L5 et sacrum, la patiente revenue sur le dos, pour libérer cette charnière sans grand effort : on a alors l'impression agréable d'une cinquième vertèbre lombaire qui se désaccouple de la base sacrée sur laquelle elle semblait engrenée.

Je revois cette personne quelques jours plus tard, pour contrôler le résultat de notre travail, et elle me décrit que l'apaisement a été spectaculaire dès sa sortie de mon cabinet, mais au prix d'un état un peu « psychédélique », *un effet de cure* assez commun dans les suites de nos soins. Ses maux de tête et algies faciales ont fini de disparaitre dans les deux jours qui ont suivi notre séance.

Devant de tels cas, on est obligé de se poser la question des suites qu'auraient pu causer des perturbations aussi puissantes de la sphère crânienne sans l'intervention d'un ostéopathe. On est bien désolé aussi que notre discours sur

ces bienfaits ne soit pas toujours entendu et que beaucoup de blessés passent encore à travers les mailles du filet de nos soins. Certains d'entre eux finiront tout de même par arriver jusqu'à nos cabinets, mais bien tard : jamais trop tard sans doute, mais au prix de souffrances inutiles et qui auront parfois duré des années… Comme pour cette dame, que sa neurologue pensait renvoyer vers un centre antidouleur, échouant à la soulager depuis deux ans d'une névralgie d'Arnold occasionnant des douleurs quasi permanentes de tout l'arrière de la tête… qui fut soignée par l'ostéopathie en une séance ! Lorsque la patiente l'avait, au préalable, interrogée sur la possibilité de consulter un ostéopathe, le médecin « spécialiste » avait levé les bras au ciel en évoquant l'inutilité et le danger de recourir à de telles manipulations : sans doute le danger d'aller mieux ?

Si l'on revient au cas de Madame E., l'impact sur son visage avait été renforcé par la surprise associée au choc physique. C'est souvent le cas avec ces coups qu'on ne voit pas arriver et dont la survenue est proprement *sidérante*, la coloration émotionnelle de la dysfonction ostéopathique prenant alors une très grande importance. Cela m'évoque aussi la mésaventure d'un patient traité jadis, qui venait vers moi dans les suites d'un spectaculaire accident de voiture. Un motard ayant été propulsé violemment sur son capot, donc dans la direction de son visage, ce monsieur avait complètement verrouillé son os frontal, non à cause d'un coup (jamais reçu) mais simplement du fait de la surprise et de la peur qui lui avait été jetées à la face ! L'émotion dépassant la réalité, il semblait avoir encaissé ce choc purement émotionnel… en pleine figure !

Structure et fonction, même dans le champ purement émotionnel, sont totalement imbriquées. Il a été rapporté, par exemple, que les patient(e)s aux traits du visage figés par le botox et désormais moins capables de mimer leurs émotions, risquaient de voir ces émotions elles-mêmes atténuées ! Comme si ne pas pouvoir être exprimées librement par la mimique les empêchait d'exister vraiment. Des patients moins gais, moins tristes, moins en colère… plus lisses, moins humains ?

L'ostéopathie crânienne comme dans les livres

La séance que je vais rapporter ici est un exemple intéressant du partage que nous pouvons vivre avec des praticiens exerçant dans des sphères pourtant très éloignées des nôtres.

La Dr D. est une médecin que j'ai déjà eu l'occasion de traiter précédemment, et qui revient à moi ce jour-là, suite à une récente entorse du genou droit. Rapidement, notre travail dévie vers l'analyse d'un puissant barrage cervical qui me « saute aux mains » et qu'elle déclare avoir commencé à ressentir après une chute sur la face durant l'hiver. Nous sommes en présence de ce que je nomme un *pilier cervical* : lorsque tous les articulaires des vertèbres d'un même bord, ici côté droit, nous apparaissent bloqués à la palpation. Cela signe généralement une adaptation à une cause extrinsèque à ce segment, qu'il va nous falloir bien entendu débusquer.

À la lumière de son récit qui oriente logiquement mon enquête, je teste en quelques secondes que cet ancrage renvoie directement vers la zone orbitale droite de mon sujet. En pratique, le déroulé de cette séquence diagnostique peut donc s'écrire ainsi : mes mains en écoute sous le crâne de ma patiente en décubitus, je pose mon attention sur ce pilier cervical droit et le *Mouvement Respiratoire Primaire* d'Occiput se suspend… Quand je propose « adaptatif » j'obtiens la réponse OUI sous forme d'une brève extension occipitale. Quand je propose « (adaptatif au) genou droit », pas de réponse, donc NON. Quand je propose « (adaptatif à la) face », OUI. Quand je propose « face droite », OUI très net. Quand je complète avec « dominante », OUI. Avec « traumatique », OUI. Quand je propose « émotion associée », une réponse OUI, mais peu marquée… Avouons que cette séquence diagnostique est assez effrayante à lire, alors que dans la réalité, tout ce protocole ne prend que quelques secondes ! C'est pourquoi je la présenterai, dans le chapitre suivant, sous la forme d'un arbre binaire, un algorigramme, que j'espère bien plus conviviale pour ceux qui auront eu le courage de lire ce qui précède !

Il me suffit alors de venir étaler la suture naso-frontale (procédant une fois de plus, au passage, à une réharmonisation des petits os lacrymaux en suivant le MRP du bout de mes index), puis d'étaler doucement les branches montantes des maxillaires supérieurs sous le frontal, pour obtenir un beau relâchement de toute cette zone faciale. Quand je retourne vers la colonne cervicale elle a retrouvé une bonne partie de sa liberté.

Ce retour à la santé est facile à faire ressentir à ma patiente, qui m'interroge sur les principes qui ont pu sous-tendre mon travail… La mobilité des os du crâne, qui se matérialise paradoxalement encore mieux quand elle est perturbée et que notre travail participe à la réactiver, est une source de perplexité pour la plupart des médecins que nous rencontrons, cette réalité étant totalement absente de leur champ de connaissances et de leurs pratiques. Il est souvent utile de bousculer un peu les certitudes que chacun d'entre nous, dans le registre de nos spécialités propres, avons installées depuis toujours. La part d'ignorance, due à l'adoption de notions imparfaites ou dogmatiques, participe à ce qui peut devenir, paradoxalement et de façon mimétique, des systèmes de croyance ou de rejet systématique et assez naïf des propositions « venues d'ailleurs ». Cela vaut d'ailleurs autant pour nous, ostéopathes, que pour les autres praticiens.

Reste à décoder un blocage des deux articulaires de C2 ; de ces blocages dont il faut toujours démasquer la source avant de s'aventurer à les manipuler. On sait que cette zone de la colonne cervicale haute est délicate, et peut être le lieu de problématiques vasculaires à aborder avec la plus grande prudence. Nos techniques de CT sont alors parfaites pour les investiguer sans être du tout invasif.

Ici mon test affiche tout de suite qu'il faudra aller chercher la cause de cette perturbation dans la charnière cervico-thoracique, autour de T1/T2 – une dominante qui remonte très souvent dans nos tests. Cette dysfonction est

plutôt facile à libérer à distance, depuis ma prise de main occipitale, en me créant une image *holographique* de ce blocage, et en englobant dans mon intention l'ensemble [occiput, C2, T1, T2]. J'aurai l'occasion de revenir plus loin sur ces élégants traitements recourant aux *hologrammes ostéopathiques…*

Je termine ma séance en nettoyant les tensions du genou blessé, pour lesquelles la patiente était venu consulter à l'origine ! Je peux saluer le Dr D., qui m'a fait le plaisir de s'intéresser à mes propositions thérapeutiques et que je remercie pour son évidente curiosité d'esprit.

Rappel sur la numérotation des vertèbres : dans notre jargon anatomique, nous notons C pour les vertèbres cervicales, donc C1 à C7, en numérotant de haut en bas. T pour les thoraciques (anciennement dorsales), donc T1 à T12. L pour les lombaires, donc L1 à L5. On peut appliquer ce principe aux cinq vertèbres sacrées (non fusionnées chez nos cousins cétacés), et trois à cinq coccygiennes soudées (notre queue courte de primates), ou aux pièces osseuses qui forment le sternum (« sternèbres »). Personnellement, je note aussi R (comme ribs) pour les côtes, donc R1 à R12, droites et gauches. Au passage, j'essaie de me tenir à la nomenclature anatomique internationale, essentiellement latine, utilisée actuellement, même si j'ai toujours tendance à raisonner avec les mots que j'ai appris pendant ma formation déjà bien lointaine. Par exemple cette jolie appellation « astragale », là il faudrait utiliser « talus » pour l'os principal de la cheville…