



PARTIE III : LES TECHNIQUES

Un paradigme thérapeutique est caractérisé par un triptyque : hypothèse pathogénique, principe thérapeutique, principe actif. Ce dernier se décline en techniques, c'est-à-dire en une succession de séquences de gestes thérapeutiques codifiés.

Si l'exhaustivité est impossible tant les variations autour du thème sont nombreuses, il reste que toutes ces techniques relèvent d'une démarche univoque et que leur implémentation s'adosse à une méthodologie raisonnée.

Cette partie de l'ouvrage est dédiée à l'édiction de cette méthodologie et à la description des techniques.

INCISE LIMINAIRE

Glissement sémantique

En physiothérapie normo-inductive, on substitue au terme « technique » celui de « manœuvre ». Le terme *manœuvre* fait référence à l'épure du principe actif, c'est-à-dire à l'ensemble du processus neurophysiologique de l'induction : mouvement déclencheur—irradiation—réponse(s) évoquée(s). Compte-tenu du caractère potentiellement polymorphe des réponses, les manœuvres sont dénommées en fonction du mouvement déclencheur (l'induction) et non en fonction des réactions déclenchées (les réponses évoquées).

Taxonomies

Le principe actif de la physiothérapie normo-inductive est porté par les manœuvres. Celles-ci constituent l'ossature des séances. Se valent-elles toutes ? Est-il possible de les hiérarchiser, de leur attribuer un rôle spécifique, de les assigner à telle ou telle affection ?

Beaucoup de réponses à ces questions découlent des concepts qui ont été exposés précédemment. On en retiendra qu'il n'y a ni martingale, ni recette, ni même de protocole dédié à telle affection ou à telle autre. Cela signifie-t-il qu'une stratégie thérapeutique ne peut s'élaborer que « au doigt mouillé » ? Comment et dans quel cas choisir telle ou telle manœuvre ?

Afin de rationaliser la démarche, il est nécessaire de faire appel à deux taxonomies différemment anglées : la première établit le distinguo entre manœuvres *fondamentales* et manœuvres *communes* ; la seconde, entre manœuvres *essentiels* et manœuvres *adjuvantes*.

Manœuvres fondamentales/Manœuvres communes

La différenciation est ici fonction de certaines spécificités des réponses évoquées :

- les réponses *stéréotypées* sont prévisibles du fait du caractère systématique de leur apparition et de leur mode d'expression¹. À chacune de ces manœuvres correspond une réponse stéréotypée et une seule. La génération des réponses stéréotypées est un phénomène d'exception : seules cinq inductions ont cette propriété. Prédicibilité et stéréotypie confèrent à ces cinq manœuvres le statut particulier de manœuvres *fondamentales*.
- les réponses *non stéréotypées* surviennent de manière aléatoire ou inopinée et sont de ce fait, non systématisables². L'absence de prédictibilité de ces réponses caractérise les manœuvres *communes*.

On peut imaginer que les caractéristiques différenciantes propres à cette taxonomie prédestinent ces manœuvres à des usages contrastés :

- de l'*exitus in dubio*³ des manœuvres communes, on peut inférer la nécessité d'une vigilance accrue du praticien ;
- l'*exitus indubio*⁴, propre aux manœuvres fondamentales, les prédestinent à un usage hautement contributif en phase d'acquisition.

Manœuvres essentielles/Manœuvres adjuvantes

La différenciation est ici établie par rapport à une dysmorphie donnée.

- Les manœuvres qui provoquent l'*aggravation transitoire* induite de ladite dysmorphie sont appelées manœuvres essentielles. Ce sont elles qui portent le principe actif de la physiothérapie normo-inductive. Leur propriété est de déclencher le processus neurophysiologique de l'induction et de permettre le suivi en temps réel de l'induction normalisatrice.
- Les manœuvres qui provoquent d'emblée la *réduction transitoire* de ladite dysmorphie sont appelées manœuvres adjuvantes. Auxiliaires utiles des manœuvres essentielles, elles participent à l'épuisement des réponses induites.

¹ Même si comme on le verra plus loin, elles se déclinent suivant des nuances dans leurs modalités d'expression.

² Certaines réponses aléatoires sont fortement probables en raison de la fréquence de leurs occurrences.

³ Issue incertaine

⁴ Issue qui ne fait aucun doute

Amplitude critique

Le mouvement inducteur n'est susceptible de faire apparaître des réponses évoquées qu'à partir d'une valeur angulaire appelée *amplitude critique*⁵.

Pour une même induction, cette amplitude est variable d'un individu à l'autre. Pour un même individu, elle peut fluctuer selon le segment sollicité et le sens du mouvement. Elle peut aussi varier d'une séquence temporelle à l'autre.

On distingue à l'amplitude critique deux niveaux d'intensité :

- le premier niveau qualifie la *phase d'acquisition*. Il suffit habituellement à déclencher des réponses possiblement contributives au diagnostic, notamment les réponses stéréotypées des manœuvres fondamentales⁶. Leur déclenchement signe le *premier angle critique*.
- le second niveau qualifie la *phase thérapeutique*. Il correspond à l'intensité requise pour déclencher des réponses aléatoires si possible plus distales et/ou plus énergivores qui soient aussi éligibles comme cibles thérapeutiques. Leur déclenchement signe le *second angle critique*. Le plus souvent, l'intensité requise se situe au-delà de celle du premier niveau.

Intérêts stratégiques

Les réponses évoquées se valent-elles toutes ? Certaines d'entre elles sont-elles plus intéressantes ? Qu'est-ce qui détermine leur contributivité en termes de stratégie thérapeutique ?

Leurs intérêts stratégiques sont déterminés par les données issues de l'anamnèse et de l'examen du patient. Ils sont conditionnés à l'éligibilité de ces réponses en tant que cibles thérapeutiques. Cette éligibilité est tributaire de deux paramètres :

- traçabilité : pour suivre l'évolution de la courbe en cloche, les réponses se doivent d'être lisibles ;
- vulnérabilité : pour être épuisables, la longueur du trajet de leur irradiation se doit d'être le plus long possible.

Dans un modèle d'induction **élémentaire** —*trajet unique, réponse unique*— la réponse est éligible si elle est lisible et si la longueur du trajet de son irradiation est favorable à son épuisement.

Mais, rappelons qu'en pratique, le déclenchement d'une réponse unique reste un phénomène rare, une même induction déclenchant habituellement plusieurs réponses évoquées.



Dans un modèle d'induction **parallèle** —*trajets multiples, réponses multiples (une réponse par trajet)*— le choix de la réponse traçable bénéficiant du trajet d'irradiation le plus long peut s'avérer pertinent. Si cette longueur s'avère insuffisante, l'épuisement de la réponse devient aléatoire.



⁵ Il arrive que cette valeur angulaire soit proche ou égale à zéro. Dans ce cas, la notion d'amplitude critique se rapporte à l'intensité de l'effort nécessaire à l'obtention de la réponse évoquée.

⁶ En amplifiant les dysmorphies préexistantes, les réponses induites permettent de confirmer ou d'infirmer les données issues de l'examen morphologique statique. Si le premier niveau d'intensité de l'amplitude critique n'est pas suffisamment contributif, une intrusion dans le second niveau s'impose.

Dans un modèle d'induction **série** —*trajet unique, réponses multiples*— la distalisation s'accompagne souvent d'une difficulté accrue de lisibilité propre aux signaux faibles. La réponse la plus éloignée du site inducteur, la plus vulnérable potentiellement, peut donc ne pas être éligible (parce que difficilement traçable). Mais, a contrario des autres modèles, une réponse proche de l'induction (souvent aisément traçable), a toutes les chances de s'épuiser dès lors que le trajet d'irradiation sur lequel elle se situe, est le plus long possible.



Conditions d'efficacité des manœuvres

L'implémentation des manœuvres ne peut être optimale que si un certain nombre de conditions sont réunies. Elles impliquent les deux protagonistes du traitement, le patient et le praticien.

Le patient. Dès lors que le patient est demandeur, l'observance⁷ est rarement problématique. Les séances sont exigeantes et parfois même pénibles. Quels que soient le niveau d'instruction et le motif de consultation, qu'il soit homme ou femme, jeune ou vieux, statique ou dynamique, sportif ou sédentaire, en dépit de sa volonté à bien faire, inmanquablement, le patient rencontrera des difficultés pour réaliser ce qui est attendu. Ces difficultés sont :

- d'ordre proprioceptif : l'induction perturbe habituellement le pattern spontané du mouvement⁸ et contrarie l'habitus postural⁹. Elle apparaît contre-intuitive, parfois même impossible à réaliser et, de ce fait, elle génère souvent un sentiment de frustration, voire d'échec¹⁰ ;
- d'ordre cognitif. Le patient doit *faire*, c'est-à-dire réaliser le mouvement inducteur. Mais aussi et surtout *ne pas faire*, c'est-à-dire chercher à neutraliser les cocontractions involontaires qui parasitent l'asservissement. Il s'agit là de deux impératifs vécus comme antinomiques et qui requièrent de sa part une attention et une concentration inusuelles.

À cela vient s'ajouter la complexité de la respiration de travail, véritable comburant de l'induction normalisatrice.

Le praticien. S'abriter derrière son statut de soignant pour ne jamais éprouver sur soi-même condamne à une pratique sous-optimale : le patient sent quand le praticien a senti. Passer régulièrement au tapis pour réaliser soi-même les efforts inductifs et la complétude de l'outil respiratoire permet de mesurer les difficultés rencontrées par le patient, et aussi de ressentir les effets immédiats et différés des séances¹¹. Dans cette discipline, l'instauration d'un traitement que l'on peut qualifier de didactique est aisée et fortement recommandée en ce qu'elle permet d'améliorer l'expertise du praticien¹².

À cette démarche d'immersion personnelle, se rajoutent l'indispensable réactualisation des concepts qui sous-tendent les techniques et l'optimisation de la gestuelle nécessaire à leur implémentation.

⁷ Adéquation entre le comportement du patient et le traitement proposé (motivation suffisante, compréhension des modalités du traitement, respect de la posologie, de la rythmicité des séances, des consignes vestimentaires et d'hygiène de vie, des modalités des intersessions)

⁸ Naturellement l'abduction du bras s'associe automatiquement à une rotation latérale. C'est le pattern spontané de ce mouvement. Y associer une rotation médiale perturbe de facto ce pattern.

⁹ Le désalignement sagittal des masses « tête, zone scapulaire, bassin » correspond à l'habitus postural de la plupart des sujets. Réduire le désalignement occiput-sacrum-scapulum contrarie l'habitus.

¹⁰ Ne pas arriver à abduire l'hallux ou le quintus et n'avoir du mouvement sollicité qu'une représentation mentale confuse et rudimentaire, confère au patient un sentiment d'impuissance et de frustration.

¹¹ Ajoutons que la conduite régulière de séances de physiothérapie normo-inductive est à la longue pénalisante pour l'appareil locomoteur du praticien. La mise en place pour soi-même d'un traitement régulier au long cours agit comme antidote aux effets délétères et constitue pour le praticien une sorte d'assurance sur l'outil de travail, une manière de ménager l'avenir.

¹² Excepté dans le domaine de la psychanalyse où cet usage est courant, les disciplines médicales dans lesquelles les soignants peuvent se permettre une telle démarche d'immersion personnelle, régulièrement et facilement, ne sont pas légion (les dentistes ne se font pas arracher les dents pour améliorer leurs techniques d'extraction ; les réanimateurs ne se font pas intuber pour optimiser leurs gestes, et aucun chirurgien ne se fait greffer des foies).

On l'aura compris, une séance, et a fortiori un traitement, sont les fruits de processus raisonnés qui portent une stratégie thérapeutique. Ce « sur-mesure » est encore accentué lorsque l'on aborde l'implémentation proprement dite des manœuvres.

Si le moteur du traitement est le patient, le praticien en est le pilote. Un pilotage optimal implique une sélectivité quant aux informations qu'il va délivrer. Le « bois mort », ordinairement simplement inutile, est ici clairement contre-productif. Ceci pour le contenu. Le contenant caractérise les intensités propres à chaque mode d'expression de ces informations : verbales, auditives, visuelles et extéroceptives. Elles sont ici exposées par ordre croissant d'efficacité.

Instructions verbales

Le patient ne peut réaliser une induction acceptable que s'il a compris ce que le praticien attend de lui. Le lui expliquer ne relève donc pas du bavardage inutile. C'est un préalable indispensable.

Puis, pendant la réalisation de l'induction, il faut avoir présent à l'esprit qu'en situation de difficulté, la perméabilité aux instructions diminue de manière drastique. Ceci est particulièrement vrai en phase de traitement, lorsqu'approche l'acmé de la courbe en cloche et qu'il s'agit de maintenir, quelques instants encore, l'amplitude critique à son plus haut niveau, jusqu'à obtention du critère d'arrêt.

Si, dans ces circonstances, les instructions sont foisonnantes, imprécises¹³ ou chuchotées, au mieux elles sont inaudibles¹⁴, au pire le cerveau du patient introduit des distorsions de compréhension qui seront durables¹⁵. C'est pourquoi, les instructions doivent être énoncées de manière audible, à voix forte et claire. Elles se doivent aussi d'être intelligibles, précises et concises et n'utiliser que des mots simples, non jargonants¹⁶ et de préférence imagés¹⁷. De plus, les mêmes termes doivent restés dédiés aux mêmes efforts¹⁸.

Certains mouvements inducteurs sont complexes. Ils imposent des instructions détaillées qui ne peuvent être fournies que de manière incrémentielle, c'est-à-dire par paliers successifs : une instruction se rajoutant à l'autre uniquement lorsque la précédente aura été intégrée et réalisée. Cette incrémentation apporte ainsi une valeur ajoutée crantée, jusqu'à la réalisation du mouvement dans son intégralité¹⁹.

Par ailleurs, il arrive que les difficultés rencontrées par le patient amènent le praticien à répéter itérativement la même consigne, comme si celle-ci, à peine énoncée, était déjà oubliée. Cette pseudo amnésie récurrente du patient doit être interprétée comme une recherche de point fixe (procédure mécanique aboutissant à une inversion de l'effort recherché). C'est un peu comme si le principe même du point fixe trouvait ici un support gazeux, verbal. Il s'agit d'une stratégie involontaire, non consciente, mais extrêmement efficace, visant à échapper aux effets générés par l'induction. Cette stratégie doit être identifiée et neutralisée. En physiothérapie normo-inductive, les points fixes iatrogènes délibérés sont extrêmement rares.

Informations auditives

Au cours d'une séance, les informations auditives délivrées au patient ne sont pas que verbales.

Ainsi, un son émis par le praticien est possiblement plus efficace qu'un long discours, dès lors qu'il évoque quelque chose de précis et qu'il retentit au milieu d'un silence de cathédrale²⁰.

¹³ « *Respirez profondément* ». Cette injonction, si elle est écoutée, incite le patient à ventiler plus, ce qui en l'occurrence, n'a aucun intérêt. En revanche, « *c'est lorsque vous avez éjecté tout votre air que commence l'expiration thérapeutique* » est un langage qui, en plus d'être compris de tous, véhicule d'une information essentielle.

¹⁴ Le patient les intègre comme une sorte de bruit de fond permanent, une antienne dérisoire.

¹⁵ « *Soufflez plus longtemps* » incite le patient à mettre un frein à l'expiration. Comme il s'agit d'un travers naturel, l'encourager verbalement, ne serait-ce qu'une fois, comporte un risque fort d'enkystement.

¹⁶ Préférer « *avant-bras* » à « *segment anté-brachial* ».

¹⁷ « *La rythmicité de la respiration est importante* » est une instruction abstraite à laquelle il faut préférer « *du début de la séance à la fin, les expirations complètes doivent se succéder avec la régularité du métronome sur le piano* ».

¹⁸ En position assise « *se plier* » est dédié à la flexion de la coxofémorale, « *s'enrouler* » est dédié à la zone de transition.

¹⁹ « *Doigts tendus serrés, pouce écarté—pliez le poignet vers le haut, bout des doigts au zénith—appuyez continuellement sur mon doigt* ». Si ces instructions étaient fournies en même temps, le patient n'aurait aucune chance de parvenir à réaliser le mouvement complexe attendu. Dispensées de manière incrémentielle, par paliers successifs, une instruction faisant suite à l'autre que si la précédente a été parfaitement intégrée et réalisée, permet au patient d'effectuer le mouvement attendu.

²⁰ Exemple : les informations délivrées en phase d'apprentissage de la respiration de travail sont nombreuses, complexes et contre-intuitives. On peut discuter de la pertinence de faire entendre au patient les bruits que génèrent les trois freins possibles à l'expiration : montrer ce qui est faux peut s'avérer contre-productif. A contrario, faire entendre l'opportun sifflement bronchique de fin d'expiration, s'avère particulièrement utile en début de traitement.

Informations visuelles

Le mimétisme est une aide à l'apprentissage. La visualisation préalable de ce qui est attendu optimise l'efficacité²¹.

Informations extéroceptives

Il s'agit du mode d'information le plus prégnant. Toucher le patient n'est jamais un acte anodin : il doit être rare et son occurrence est dictée par l'indispensable. C'est pourquoi précision et sobriété des informations tactiles sont déterminantes.

Un contact stable et ferme est une véritable invitation à la prise de point fixe, laquelle, rappelons-le, est réhabilitaire²². Afin d'éviter que le patient n'exploite les informations extéroceptives comme points fixes, les informations tactiles se doivent d'être instables, arythmiques et incitatives.

Mais, comme tout être humain, le praticien est lui aussi animé par cette recherche compulsive de points fixes. Il s'agit d'un mécanisme ontologique et universel déjà présent au berceau²³. Alors même que le praticien n'est en l'occurrence pas lui-même soumis au processus de l'induction, il n'est pourtant pas à l'abri de cette quête subconsciente et permanente. La connaissance de cette tendance et de sa toxicité potentielle doit l'aider à entretenir une vigilance intérieure afin d'éviter qu'il n'en vienne à exploiter le patient comme point fixe durant les indispensables efforts que lui-même aura à fournir.

Le plus souvent, informations tactiles et informations verbales sont concomitantes²⁴. Mais cette simultanéité ne peut s'avérer pertinente qu'à la condition que les deux modes soient convergents²⁵.

La verbalisation pendant l'effort est alors conçue comme un soutien de l'information extéroceptive, laquelle reste la plus prégnante pour le patient.

Implémentation

L'implémentation d'une manoeuvre se déroule chronologiquement en plusieurs séquences successives :

- trois séquences en phase d'acquisition : préinstallation-installation-désinstallation ;
 - quatre séquences en phase thérapeutique : préinstallation-installation-maintien-désinstallation.
- ⇒ phase de préinstallation : prépositionnement des différents segments corporels de sorte à optimiser l'induction.
- ⇒ phase d'installation : recherche de l'amplitude critique pour atteindre le critère de validité. Ce critère se traduit habituellement en extemporané par une aggravation de la morphologie. Cette aggravation transitoire est interprétée comme étant l'expression d'une exacerbation induite du tonus musculaire.
- ⇒ phase de maintien : entretien de l'amplitude critique jusqu'à obtention du critère d'arrêt, lequel atteste a posteriori de la pertinence de l'induction. Ce critère se traduit habituellement en extemporané par une restauration totale ou partielle de la morphologie. Cette restauration est interprétée comme étant l'expression d'une normalisation du tonus.
- ⇒ phase de désinstallation : retour au prépositionnement, subséquent à l'obtention de la réponse stéréotypée (en phase d'acquisition) et à l'extinction des réponses ciblées (en phase thérapeutique).

²¹ Les miroirs latéraux sont particulièrement très utiles pour montrer au patient ce qui est attendu.

²² Le praticien veut obtenir du patient qu'il plie davantage le tronc sur les cuisses et l'y incite en plaçant ses doigts en regard de la zone de transition ; si le contact est stable et ferme, inmanquablement, le patient y prend appui, et donc déplie ses hanches, ce qui a instantanément pour effet d'inverser le sens de l'effort sollicité.

²³ La recherche de points fixes est déjà observable au berceau : dès lors qu'il n'est pas entravé le nouveau-né, alors qu'il ne sait pas encore se déplacer, se retrouve pourtant systématiquement au contact des barreaux de son lit.

²⁴ Il y a quelques manoeuvres pour lesquelles une divergence des informations propre à fourvoyer délibérément le patient est recherchée. Notamment les manoeuvres fondées sur la passivité volontaire du patient. Ainsi de la manoeuvre dite des coins occipitaux : l'information verbale incite le patient à rechercher la passivité (de la tête en l'occurrence), alors que dans le même temps, l'information extéroceptive —un doigt du praticien placé sous le crâne pour constituer un coin occipital— est utilisée pour exacerber le déficit de passivité préexistant. Tout se passe comme si on opposait chez le patient la part consciente et volontaire de son cerveau (recherche de la passivité volontaire conformément aux instructions verbales du praticien) à la part inconsciente et non intentionnelle (exacerbation induite involontaire du déficit de passivité par la présence du coin occipital).

²⁵ Dans la manoeuvre de rétroimpulsion céphalique, offrir au patient un contact occipital, même léger et transitoire, a pour effet systématique de l'inciter à propulser sa tête. Si, dans le même temps, il a pour instruction de chercher à se dérouler de la zone de transition —ce qui aurait pour effet de provoquer le recul de l'extrémité céphalique— inmanquablement, c'est à l'information tactile que le patient répondra. Ceci parce que le contact est supérieur à l'instruction verbale, et que, en l'occurrence, ce que celle-ci induit va dans le sens du courant.

MANŒUVRES FONDAMENTALES



*« Hâtez-vous lentement, et sans perdre courage,
vingt fois sur le métier remettez votre ouvrage »
Nicolas Boileau. L'Art poétique, 1674*