

JOHN SARNO, M.D.

LE MAL DE DOS

DEMYSTIFIÉ

PRÉSENTÉ PAR
DANIEL MOREAU, M.Sc.

TRADUIT DE L'ANGLAIS PAR DANIEL MOREAU,
AVEC LA COLLABORATION DE SYLVAIN AUCLAIR

BIBLIOTHEQUE VILLE DE SAINT-LAURENT



3 0010 00218 941 6

ÉDITIONS QUÉBEC/AMÉRIQUE

Table des matières

Préface	9
Introduction	11
Chapitre premier	
Anomalies structurales et douleurs	17
Les hernies discales	20
Le nerf coincé.....	25
Autres causes structurales	27
Autres diagnostics «physiques»	32
L'importance d'un diagnostic précoce.....	34
Chapitre 2	
Traitements traditionnels et mythologie médicale ..	39
La mythologie de la médecine	49
Le mythe du disque fragile.....	49
Le mythe du singe.....	51
Recommandations et interdictions habituelles.....	52
Chapitre 3	
Les causes du mal de dos	61
Les fondements physiologiques de la douleur	72
Chapitre 4	
Le syndrome de tension musculaire	81
Le S.T.M. et les muscles	84
Le S.T.M. et les nerfs	87
Muscles sensibles à la pression	88
Les symptômes du syndrome de tension musculaire.....	90
Portrait d'un syndrome	92
Le S.T.M. chez les enfants	96
La sagesse de la nature	97

Chapitre 5

Le traitement du S.T.M.....	101
Le sorcier	106
L'influence de l'esprit sur le système immunitaire	107
La thérapie cognitive	108
La douleur chronique	122
L'histoire d'un cas	126

Addendum.....	131
----------------------	------------

Postface

Le traitement du S.T.M.....	133
L'apport de John Sarno	136
Les limites de cette approche	138
Le S.T.M. dans ma pratique.....	141

Préface

Lorsque j'ai lu ce livre pour la première fois, j'ai su qu'il répondait à un besoin véritable auprès d'une clientèle que je côtoie quotidiennement. En fait, depuis quelques années ma carrière de psychologue s'est orientée en réadaptation, auprès de gens qui ont des problèmes de santé chroniques à la suite d'une maladie grave ou d'un accident. Je suis donc régulièrement confronté aux liens étroits qui existent entre la tête et le corps, c'est-à-dire entre les facteurs psychologiques et physiologiques. Pour aider mes clients à comprendre ce qu'ils vivent, je consacre une partie de mes interventions à les informer le plus adéquatement possible. La compréhension du processus qui les affecte les amène à prendre davantage conscience du rôle actif qu'ils doivent jouer dans leur propre guérison.

Quant au mal de dos, cette calamité des temps modernes, il reste une énigme même pour nombre de spécialistes en la matière. Les travaux du Dr Sarno proposent des réponses intéressantes; en particulier, ils établissent clairement le lien entre le processus physiologique et les facteurs psychologiques. De plus, leur remise en question de l'approche médicale actuelle ne peut apporter qu'air frais et renouvellement dans un secteur qui en a bien besoin.

Cet ouvrage qui, à mon avis, constitue un apport important pour le soulagement du mal de dos, a provoqué de terribles réactions aux États-Unis, surtout de la part de l'«establishment» médical. Le Dr Sarno, qui travaillait dans un centre hospitalier universitaire et y enseignait aux internes, est aujourd'hui boycotté par ses collègues et on lui refuse d'enseigner ses idées. On dirait l'histoire de Galilée qui se répète! Pas étonnant que les médecines douces foisonnent. Cependant le Dr Sarno s'est donné comme mission de faire triompher la vérité, peu importe les pressions du milieu. Son honnêteté intellectuelle m'a étonné.

Après l'exposé des propos de John Sarno, je vous offre une mise à jour de cette approche ainsi que quelques pistes de réflexion.

Daniel Moreau, M. Sc.

Introduction

Le mal de dos est une véritable épidémie en Occident. C'est une des raisons les plus fréquentes pour consulter un médecin. C'est aussi la plus importante cause d'absentéisme au Canada, aux États-Unis, en Suède et en Grande-Bretagne, et il coûte chaque année des milliards de dollars en frais médicaux¹. De 80 à 90 p. 100 des Nord-Américains souffriront sans doute au cours de leur vie de douleurs au cou, aux épaules ou au dos. Finalement, ce mal est très gênant; il provoque le plus souvent des changements importants dans la vie des personnes atteintes. De nombreuses activités de loisir leur deviennent inaccessibles ou, ce qui est pire, ces personnes ne pourront plus effectuer leurs tâches quotidiennes.

Il s'agit d'un phénomène bien du XX^e siècle. Pourquoi? Comment cela est-il arrivé? À une époque où la médecine accomplit presque des miracles, pourquoi n'est-elle pas capable de traiter ce problème si courant? Je pense que la communauté médicale n'a pas su reconnaître la cause principale du mal de dos. La littérature médicale sur ce sujet attribue ordinairement la douleur à des anomalies structurales de la colonne vertébrale. J'essaierai ici de démontrer que c'est la tension qui cause la plupart des maux de dos.

C'est en 1965, quand je suis devenu directeur de la clinique externe de l'*Institute of Rehabilitation Medicine* du *New York University Medical Center*, que j'ai pu m'apercevoir de l'importance du problème. Pour la première fois dans ma carrière médicale, j'ai rencontré de nombreux patients souffrant de maux au cou, aux épaules, au dos et aux fesses. Ayant reçu une formation médicale classique, j'avais l'impression que ces douleurs étaient dues à divers défauts structuraux de la colonne, le plus souvent de l'arthrose ou des problèmes discaux, ou à un vague trouble musculaire provoqué par une mauvaise posture, de la faiblesse ou par suite de l'emploi excessif des muscles. Je croyais que les nerfs et les malformations de la colonne jouaient un rôle dans les douleurs aux jambes ou aux bras. Je n'étais cependant pas certain de la manière dont ces défauts provoquaient la douleur. Je prescrivais des traitements sans être convaincu de leur pertinence. J'injectais parfois dans la région douloureuse un anesthésique local, avec des résultats mitigés. Le plus souvent, je prescrivais une physiothérapie avec ultra-sons, pour réchauffer les muscles, ainsi que des massages et des exercices. Personne ne savait trop à quoi ça servait, mais ça aidait parfois. On disait que l'exercice physique renforçait les muscles abdominaux et lombaires (du bas du dos) qui maintenaient alors mieux la colonne vertébrale.

J'étais frustré et déprimé de traiter des maux de dos, parce que je ne pouvais jamais prévoir le résultat de mes traitements. De plus, je me rendais de mieux en mieux compte que les pathologies communément admises n'expliquaient que très imparfaitement les douleurs rapportées par les patients et les résultats des examens. On aurait pu, par exemple, attribuer la douleur à de l'arthrose dans l'articulation de la dernière vertèbre lombaire, mais la localisation de la douleur n'avait souvent rien à voir avec cette vertèbre.

Peu à peu, je me suis mis à douter de l'exactitude des diagnostics traditionnels tout en me rendant compte que la douleur semblait avoir rapport avec ce qui se passait dans les muscles du cou, des épaules et du dos. Pendant cette période de transition, j'utilisais encore de la physiothérapie, avec habituellement de mauvais résultats, sauf pour certains patients. Mais je commençais à penser que les résultats avaient davantage à voir avec la relation que j'entretenais avec le patient qu'avec le traitement lui-même.

Après que j'ai été convaincu que la douleur était liée aux muscles, un autre élément important s'est ajouté. Des études révélèrent que la plupart des personnes souffrant de maux de dos (88 p. 100) avaient eu des problèmes de migraines, de céphalées de tension, de brûlures ou d'ulcères d'estomac, de colite, de coliques, d'allergies ou d'autres troubles moins fréquents, tous reliés à la tension. J'en ai conclu que les douleurs musculaires pourraient aussi être dues à la tension. Quand cette hypothèse fut testée et les patients traités en conséquence, les résultats s'améliorèrent nettement. Il était même possible désormais de prévoir quels patients guériraient.

À ce moment, la cause de la douleur n'était pas entièrement claire, mais les spasmes musculaires jouaient certainement un rôle. Il était aussi visible que la tension était à l'origine de ces spasmes. Mais quels changements la tension produisait-elle dans le muscle, et quel rôle jouaient les nerfs?

D'autres observations chez des patients et une recension de travaux scientifiques m'ont suggéré l'hypothèse que la tension nuit à la circulation du sang dans les zones concernées, diminuant l'irrigation des muscles et des nerfs, avec comme résultat une douleur au dos ou dans les membres. Plus exactement, une baisse de l'apport sanguin entraîne une baisse de l'apport

d'oxygène dans les muscles et les nerfs, ce qui semble causer directement les douleurs.

J'ai ensuite pris connaissance des travaux de deux chercheurs allemands, les D^{rs} H. G. Fassbender et K. Wegner. À l'aide d'un microscope électronique, ils ont étudié les tissus musculaires provenant de biopsies chez des personnes souffrant de mal de dos. Beaucoup plus puissant qu'un microscope ordinaire, le microscope électronique permet de voir l'intérieur des cellules. Ils ont trouvé dans les cellules musculaires des modifications explicables par un manque d'oxygène². Ces travaux renforcent l'hypothèse que le mal de dos est causé par un manque d'oxygène dans les muscles.

Que pense le monde médical de cette explication? D'abord, la plupart des médecins n'en savent rien. J'ai écrit sur ce sujet de nombreux articles dans des revues médicales ainsi que des chapitres d'ouvrages spécialisés, mais le public atteint reste assez restreint: il s'agit surtout de médecins et d'autres praticiens du domaine de la physiothérapie et de la réadaptation. Cependant, si j'en juge d'après les réactions des médecins de mon entourage, la plupart des gens ignorent ou rejettent ces idées. Plusieurs collègues de ma spécialité les trouvent intéressantes, mais sans trop savoir comment les appliquer. Cela est dû au fait que le problème n'est pas simplement «physique» et que la plupart des médecins sont mal à l'aise avec tout ce qui est psychologique. D'un autre côté, de plus en plus de médecins américains, en particulier les jeunes, accordent de l'importance aux émotions, en particulier au stress. J'espère que ce livre les encouragera à étudier davantage le cas des maux de dos.

Et si vous souffrez de maux de dos? Ce livre n'a pas pour but de poser un diagnostic et de prescrire un traitement. Quoique le problème des maux au cou, aux épaules et au dos ne soit pas si compliqué, chaque cas

est unique. Je relaterai ma longue expérience avec de nombreux patients, en espérant que le lecteur y trouvera son compte. Mais le problème dans son ensemble ne pourra être résolu que lorsque les médecins changeront leur perception des maux de dos.

En science, toute hypothèse doit être vérifiée par des expériences répétées. Pour qu'une nouvelle idée soit acceptée, tout doute doit être écarté. C'est pourquoi les idées exposées dans ce livre doivent encore faire l'objet de recherches. Mais à la suite des succès que j'obtiens dans le traitement du mal de dos, j'ai confiance que la recherche confirmera mon expérience, pour le bien de toutes les personnes handicapées par ces douleurs.

Chapitre premier

Anomalies structurales et douleurs

Quelle est votre première idée quand vous avez mal au cou, aux épaules ou au dos? «Je n'aurais pas dû tondre le gazon hier (ou laver l'auto, ou faire la lessive, ou repeindre le plafond).» «Ça doit être à cause de cette chute sur la glace, la semaine passée (ou le mois passé, ou l'an passé).» «J'ai dû trop courir (ou trop jouer au tennis, ou aux quilles).»

La plupart des gens attribuent leur mal à un quelconque événement. Puisque la douleur apparaît souvent après un traumatisme physique, l'hypothèse de l'accident semble plausible. Et les patients diront: «J'ai bien peur de me blesser de nouveau; je vais faire plus attention.»

Ces idées ont été encouragées par les médecins et par d'autres professionnels, qui considèrent toujours que les maux au cou, aux épaules ou au dos (fesses incluses) sont dus à des blessures ou à des maladies de la colonne vertébrale et des structures connexes. Ce qui est le plus souvent faux. Cependant, cette idée est si fortement ancrée chez les professionnels de la santé qu'un autre diagnostic est rarement envisagé.

D'où vient que la médecine est ainsi préoccupée par la colonne vertébrale? Depuis la fin du XIX^e siècle, une vision mécaniste du corps humain imprègne fortement la pensée médicale. On voit le corps comme une machine extrêmement complexe, et les maladies comme des dérèglements d'origines diverses: certains viennent de l'extérieur, comme les infections ou les blessures, certains sont dus à l'hérédité et d'autres à l'usure des organes et systèmes. Mais les liens possibles entre les émotions et l'état de santé ou de maladie n'ont commencé à être considérés que récemment. De nos jours, la majorité des médecins ne croit pas que les émotions puissent jouer un rôle dans l'apparition des maladies; on croit cependant qu'elles peuvent aggraver une maladie d'origine physique déjà existante. Beaucoup d'entre eux se sentent mal à l'aise quand il s'agit de tenir compte de facteurs d'ordre psychologique.

Prenons l'exemple de l'ulcère à l'estomac. On sait depuis plusieurs années qu'il est dû à la tension, mais on le soigne de manière purement médicale, et non pas psychologique. On donne des médicaments pour réduire, et même prévenir, l'acidité stomacale. Bien que cette démarche soit tout à fait acceptable, il serait plus logique de s'attaquer aux causes réelles, de réduire la tension du patient. Mais les médecins laissent les émotions aux psychiatres, et s'occupent uniquement des problèmes «médicaux». Conséquemment, pour ce qui est des ulcères d'estomac, ils négligeront souvent la véritable cause. Si on tient compte de cette tradition, on ne s'étonne plus de les voir, en l'absence d'une preuve tangible, attribuer à des problèmes structuraux les douleurs au cou, aux épaules, au dos et aux fesses.

Si la cause des maux au cou, aux épaules, au dos et aux fesses n'est pas le plus souvent une anomalie structurale, qu'est-elle donc? Il s'agit bien entendu du sujet de ce livre.

En bref, mes recherches et mon expérience clinique des 18 dernières années m'amènent à dire que ces douleurs sont dues à la tension. Les victimes de maux de dos sont souvent tendues et cette tension cause des changements physiologiques dans les muscles et les nerfs du cou, des épaules et du dos. J'appelle cela le *syndrome de tension musculaire* (S.T.M.)^{1, 2}. Il s'agit d'un problème circulatoire: la tension comprime les vaisseaux sanguins alimentant les muscles et l'irrigation diminue, ce qui cause spasmes et douleurs dans les muscles et douleurs dans les nerfs.

La douleur due au S.T.M. se manifeste de plusieurs manières dans le cou, les épaules, le dos, et aussi dans les jambes et les bras. Au cours des années, la douleur devient de plus en plus fréquente, et peut même devenir chronique. À cause de la douleur ou de la crainte de la douleur, on restreint son activité physique. Il peut devenir difficile de faire du sport, ou même de mettre ses souliers. On se sent mauvais parent ou mauvais conjoint: on ne peut plus jouer avec les enfants, on ne peut plus rester longtemps assis au cinéma ni même s'amuser et on devra dans certains cas cesser de faire l'amour. Le mari s'inquiète de la situation financière de sa famille; son épouse se sent coupable de ne plus être une bonne mère ni une bonne épouse.

Toutes ces conséquences engendrent de l'anxiété, ce qui augmente la tension, entretenant ainsi le processus de la douleur. Les malades deviennent craintifs, frustrés et déprimés. Ils se croient souvent seuls dans leur situation. Certains sont prêts à essayer tout ce qui pourrait les guérir et flambent des fortunes en consultations et traitements. Qui plus est, la peur s'installe dans leur vie: peur d'aggraver leur état, peur de nouvelles blessures au dos, peur de devenir handicapé, peur du cancer, en plus de la peur de la douleur, surtout de la douleur atroce des spasmes, si courants.

Tout ceci est regrettable, étant donné que le S.T.M. n'a que rarement des conséquences physiques. Il ne laisse jamais de séquelles aux muscles, et rarement aux nerfs. Ce n'est pas une maladie. L'intensité de la douleur est sans commune mesure avec ce que sa cause laisserait croire: il s'agit d'un processus semblable à celui d'une grosse crampe dans la jambe. Mais la peur crée un cercle vicieux.

Avant de passer à une description du S.T.M. et de son traitement, jetons un coup d'œil aux diagnostics traditionnels.

Les hernies discales

Les disques intervertébraux servent à diminuer la pression causée par le poids du corps. Ce sont des amortisseurs naturels. Leur nom a été mal choisi, car ce ne sont pas des objets isolés, et ils ne peuvent pas se «coincer». Un disque est en fait un manchon résistant, joignant deux vertèbres, et rempli d'un liquide épais qui absorbe les chocs dus aux mouvements normaux du dos. Les disques du bas du dos (disques lombaires) travaillent très fort, et les manchons commencent souvent à s'user assez tôt. Le liquide peut alors faire gonfler un point faible et même se répandre au-dehors. C'est dans ce dernier cas que l'on parle de hernie discale. C'est aussi la cause que l'on donne habituellement à la sciatique.

On diagnostique souvent une hernie discale simplement parce que des douleurs dans le bas du dos (jusqu'aux fesses) sont accompagnées de douleurs aux jambes. Souvent, une radiographie laisse voir que les vertèbres lombaires se sont tassées, ce qui révèle une dégénérescence des disques. Ce tassement devient de plus en plus courant avec l'âge. Mais ni la localisation de la douleur ni une preuve radiographique d'un tassement des vertèbres ne démontrent une hernie

discale. En fait, il ne peut pas y avoir de hernie sur un disque en état de dégénérescence avancée, parce qu'il ne contient presque plus de liquide. Il est vraiment irresponsable de poser sans preuve un tel diagnostic, vu les craintes qu'il suscite. Cependant, il est encore plus important de savoir que la plupart des vraies hernies discales *ne sont pas douloureuses*. En voici les raisons.

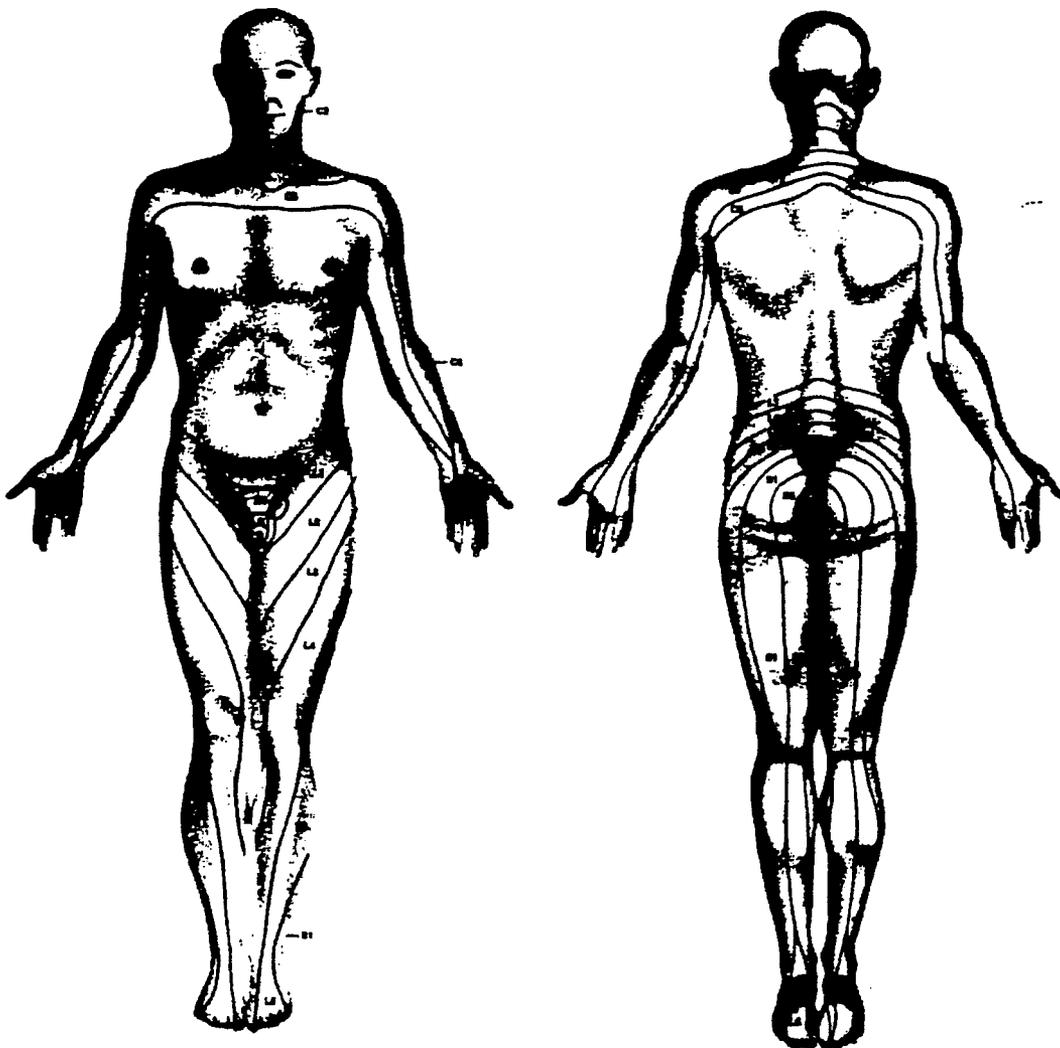
J'ai déjà traité avec succès des patients souffrant de hernie discale. On avait établi ce diagnostic par myélographie ou scanographie*. Or mon traitement n'aurait pas pu faire disparaître une douleur due à une hernie discale. Les symptômes étaient le plus souvent présents depuis des mois, voire des années, et avaient résisté à tous les traitements. On aurait pu conclure que la hernie discale n'était pas en cause, ce qu'a confirmé la guérison grâce au traitement pour S.T.M.

J'ai aussi pris connaissance de rapports de chirurgie qui mentionnaient que la hernie ne comprimait pas le nerf adjacent. On ne devrait donc pas prétendre qu'une hernie comprime nécessairement le nerf rachidien.

J'ai même traité des patients chez qui une opération avait montré que la hernie comprimait *vraiment* le nerf rachidien, mais que l'ablation de la hernie n'a pas guéris. Ces personnes souffraient en fait d'un S.T.M., et je les ai guéries. J'en conclus que l'anomalie du disque intervertébral ne causait pas de douleur.

* Une myélographie est une radiographie avant laquelle on a injecté une substance opaque aux rayons-X dans le canal vertébral, le long de la moelle épinière et des nerfs qui en sortent. La scanographie est une nouvelle technique radiologique utilisant les ordinateurs. Ces deux techniques permettent de voir les hernies discales.

Un autre élément tend à prouver que les hernies discales n'ont pas à voir avec les douleurs au dos et dans les jambes. La figure 1 montre les nerfs rachidiens qui se détachent de la moelle épinière à chaque vertèbre, un de chaque côté. Les nerfs lombaires se dirigent vers les jambes. Ils amènent du cerveau les ordres qui font bouger les jambes; ils transmettent aussi au cerveau les messages sensoriels, comme la douleur et l'information sur la position de la jambe. Les nerfs rachidiens eux-mêmes ne vont pas dans la jambe, seulement leurs nerfs périphériques, comme le nerf sciatique (voir le dessin). Les figures 2 et 3 montrent



Figures 2 et 3.

Dermatomes, c'est-à-dire les zones desservies par chaque nerf rachidien qui amène les stimuli du corps jusqu'à la moelle épinière puis jusqu'au cerveau.

toutefois que chaque nerf rachidien dessert une zone sensorielle précise (appelé dermatome) de la jambe. Le nerf L1 dessert la région de l'aîne, le L2, le haut de la cuisse, etc.

Supposons qu'une hernie discale comprime le nerf L5 du côté gauche. La figure 2 montre clairement que la personne ressentira une douleur à la jambe. J'ai souvent rencontré des malades ayant une telle hernie. Cependant, la douleur n'était pas du tout restreinte à la région L5, elle couvrait les régions L2, L3, L4, L5 et S1. La douleur n'était donc pas due à la hernie discale. Comme le nerf sciatique comporte des branches des nerfs L3, L4, L5, S1 et S2 (voir la figure 1), c'est peut-être le nerf sciatique lui-même qui est irrité. Cela correspond à un S.T.M. Le patient se plaindra aussi de douleurs occasionnelles dans l'autre jambe, alors qu'une hernie discale n'agit le plus souvent que d'un seul côté. *Le S.T.M. agit souvent des deux côtés.*

Voici un cas typique de patient chez qui on avait diagnostiqué une hernie discale au niveau lombaire. Il s'agissait d'un homme de vingt-cinq ans, souffrant de douleurs dans le bas du dos et la jambe droite. Deux mois avant notre première rencontre, une myélographie avait révélé une hernie discale. On lui avait déconseillé toute activité physique et recommandé une intervention chirurgicale. Il en était tout accablé: il aimait beaucoup jouer au ballon-panier et au squash. Il se considérait émotif, excessivement consciencieux, et avait besoin de sport pour éliminer son stress.

Grâce à son courage (et peut-être à son refus d'accepter le diagnostic qu'on lui avait fait), il n'a pas subi de chirurgie et s'est mis à s'entraîner dans un gymnase et à jouer de temps à autre au ballon-panier. Son état restait stable, mais il avait toujours peur d'une rechute. Lorsqu'il est venu me consulter, l'examen ne révéla aucune trace de dommage aux nerfs. Le test de la jambe

tendue provoquait de la douleur à la fesse droite, pour les deux côtés. Une pression sur les muscles du côté du cou, du haut des épaules et des fesses provoquait aussi de la douleur. Tous ces éléments montraient que la douleur était due à un S.T.M. et pas à la hernie discale. Il a bien accepté ce diagnostic, a suivi un traitement et ses symptômes disparurent en quelques semaines. Il n'a eu aucune rechute depuis – cela fait 28 mois – et il pratique de nouveau ses sports favoris.

On peut ainsi ne pas tenir compte d'une hernie discale si on a la preuve que la douleur est due à autre chose. Si l'état d'un patient traité pour un S.T.M. s'améliore et reste stable, c'est que ce diagnostic était correct.

Le nerf coincé

Bien que le S.T.M. se manifeste le plus souvent par des douleurs dans le bas du dos, dans les fesses et dans les jambes, on en rencontre aussi au cou, aux épaules et aux bras. Elles n'effraient pas autant que les premières, mais elles peuvent être très embarrassantes. Le «nerf coincé» est le diagnostic habituellement donné par ceux qui croient aux causes structurales. On suppose qu'un nerf rachidien est comprimé par une prolifération osseuse (bec-de-perroquet ou ostéophyte) sur une vertèbre cervicale (voir la figure 4).

Ce diagnostic est douteux. Il n'explique pas pourquoi de jeunes adultes souffrent de telles douleurs, alors que leurs os n'ont pas encore de bec-de-perroquet. De plus, ces ostéophytes sont très fréquents et ne causent le plus souvent aucune douleur. Puisqu'ils sont de plus en plus grands et nombreux quand on vieillit, à peu près toutes les personnes d'âge mûr devraient souffrir de maux au cou et aux bras; or ce n'est pas le cas. Enfin, des spécialistes en radiographie du système nerveux m'ont dit que, pour comprimer un nerf, un ostéophyte devait être très gros. Je n'en trouve que rarement chez mes

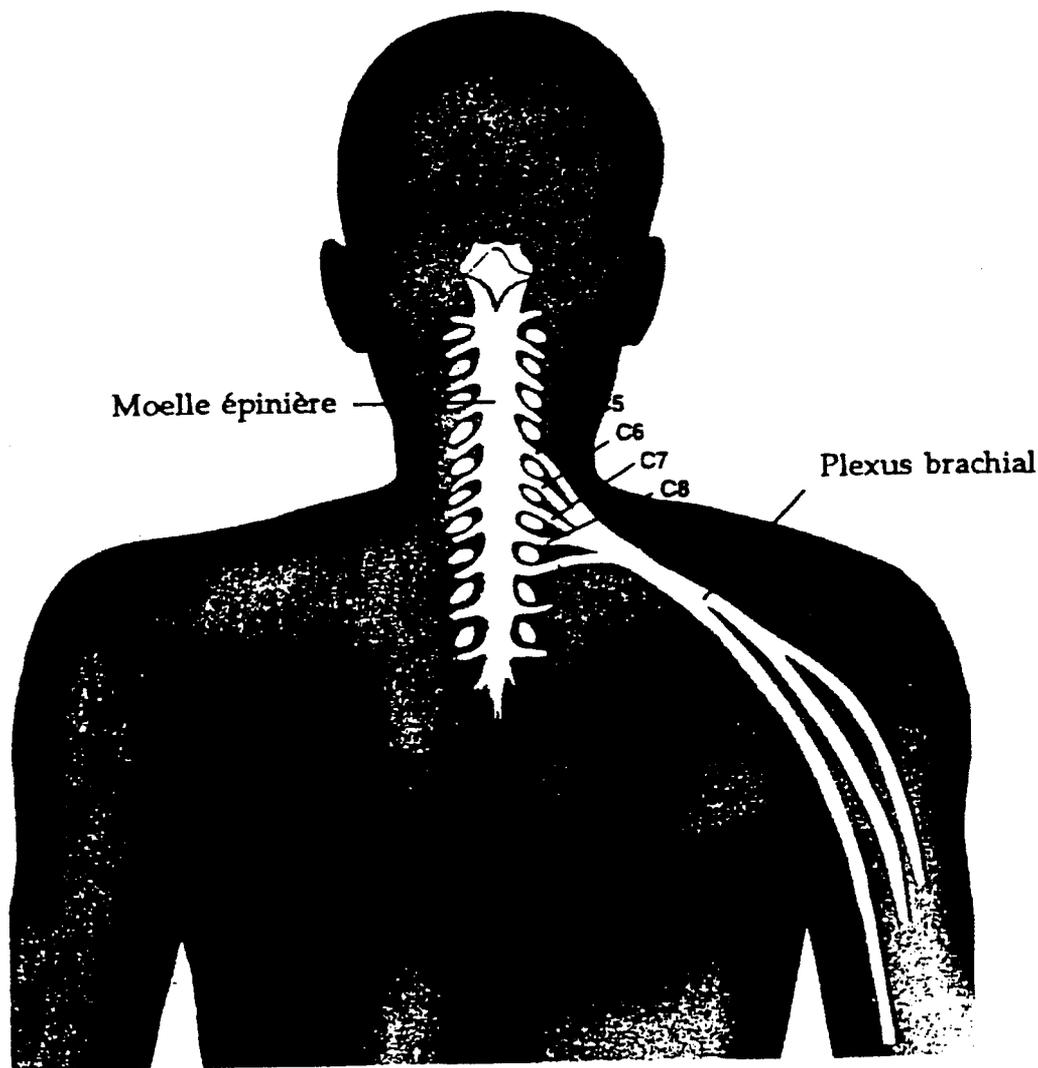


Figure 4.

Nerfs rachidiens cervicaux dans le cou et les épaules, et comment ils se réunissent pour former un plexus brachial. Le S.T.M. se manifeste souvent au niveau de ce plexus; le patient souffrira alors de douleurs, d'engourdissement ou de picotements dans les bras ou les mains.

patients. D'un autre côté, des patients peuvent avoir de très grosses excroissances au cou – des tumeurs bénignes, par exemple – sans ressentir la moindre douleur³.

Que faut-il en penser? Si on diagnostique un S.T.M., on tient compte des muscles et des nerfs du cou et des épaules (voir la figure 4). Au niveau du plexus brachial, certains nerfs rachidiens cervicaux se subdivisent en branches qui se joignent aux nerfs périphériques des bras et des mains. Dans cette partie du corps, un S.T.M. peut mettre en cause des muscles, des nerfs rachidiens ou des parties du plexus brachial. Le patient souffrira

alors de douleurs au cou et aux épaules, ou de douleurs, d'engourdissement ou de picotements dans les bras et les mains. L'engourdissement et les picotements sont des symptômes d'un manque d'oxygène dans les nerfs et sont courants dans les cas de S.T.M.

Autres causes structurales

On émet souvent d'autres diagnostics impliquant des causes structurales. Voici les plus fréquents.

L'arthrose dans les articulations de la colonne vertébrale fait partie du processus normal de vieillissement et commence souvent assez tôt. On dit souvent qu'elle cause des maux au cou et au dos, mais ce n'est pas le cas, selon moi. Ce n'est qu'une explication facile quand on n'a pas d'autre diagnostic.

Les vertèbres transitionnelles, le spina-bifida occulta et la spondylolyse sont des malformations congénitales du bas de la colonne vertébrale. Une radiographie les met facilement en évidence et elles sont trop souvent accusées de causer les douleurs; or, chez mes patients, ces malformations n'en étaient jamais coupables. Un article du Dr C. A. Splithoff, publié en 1953 dans le *Journal of the American Medical Association*, rejoint mon interprétation. Ce dernier a comparé la présence de neuf sortes de malformations du bas de la colonne chez des personnes saines et chez des personnes souffrant de maux de dos⁴. Il n'a trouvé entre ces deux groupes aucune différence significative, ce qui suggère qu'il n'y a pas de lien entre le mal de dos et ces neuf malformations.

Plus récemment, les Drs A. Magora et A. Schwartz ont effectué en Israël une recherche similaire. Ils n'ont trouvé entre les personnes saines et celles souffrant de mal de dos aucune différence significative quant à la fréquence de l'ostéo-arthrite de la région lombaire, des

anomalies transitionnelles, du spina-bifida occulta et de la spondylolyse^{5, 6, 7, 8}.

La scoliose est une courbure anormale de la colonne, fréquente chez les adolescentes et persistant souvent jusqu'à l'âge adulte. On n'en connaît pas la cause. Elle ne provoque habituellement pas de douleur chez les adolescentes, mais chez les adultes, on lui attribue des maux de dos. Je n'ai jamais rencontré cette situation chez mes patientes. Voici d'ailleurs l'histoire de l'une d'elles.

Il s'agit d'une mère de famille de trente-cinq ans, qui avait souffert plusieurs fois de maux de dos depuis son adolescence. Cinq ans avant que je ne la rencontre, elle avait subi une attaque très grave. À cette époque, elle s'occupait d'un nourrisson et d'un enfant de deux ans. On trouva chez elle une légère scoliose, qui provoquait la douleur, disait-on. On lui avait aussi dit que sa situation empirerait avec l'âge.

Elle se remit de cette attaque et alla passablement bien jusqu'à ce qu'une nouvelle crise se produise, deux mois avant notre première rencontre. Cela a commencé quand elle «a senti comme un craquement» alors qu'elle était penchée. Cette sensation est fréquente et fait croire à la personne qu'un accident important est arrivé dans son dos, même si on voit par la suite qu'il n'en est rien. La douleur était violente, et son tronc restait incliné sur le côté. En plus de ses maux de dos, la patiente avait souvent eu des tendinites aux bras et aux jambes, parfois des douleurs au cou et aux épaules, des problèmes à l'estomac et au côlon. Depuis plusieurs années, elle souffrait aussi de rhume des foins et de maux de tête. Ceci est un cas typique de personne qui, parce qu'elle est tendue, est sujette à développer un S.T.M.

À l'examen, tout semblait normal, sauf qu'elle ne

pouvait pas se pencher et qu'une pression au cou, aux épaules, dans le haut du dos ou aux fesses provoquait de la douleur. La patiente suivit mon traitement contre le S.T.M. et ses malaises disparurent rapidement. Au cours d'un suivi téléphonique, 21 mois plus tard, elle affirmait qu'elle n'avait pas connu de rechute. Elle savait qu'elle pourrait souffrir de douleurs modérées au cou, aux épaules et au dos, mais qu'il s'agissait de choses peu importantes et que la douleur s'en irait rapidement d'elle-même. La scoliose n'était nullement la cause de la douleur, puisque le traitement ne l'a pas fait disparaître. Il était aussi très évident qu'elle était portée à exprimer sa tension de manière physique, comme plusieurs d'entre nous. Confondre ces deux choses peut être tragique.

Le spondylolisthésis est le glissement d'une vertèbre, surtout au niveau lombaire, dont on dit souvent qu'il cause le mal de dos. J'ai rencontré plusieurs patients ayant cette anomalie; dans tous les cas, ceux-ci souffraient aussi de S.T.M. et le traitement contre le S.T.M. a toujours fait disparaître la douleur, ce qui suggère que ce n'est pas le spondylolisthésis qui causait la douleur.

Un de mes patients était un homme d'affaires de cinquante-huit ans. Quand je l'ai rencontré, cela faisait trois ans qu'il avait de plus en plus mal au dos. Il avait consulté plusieurs très bons médecins de New York, qui lui avaient tous recommandé une intervention chirurgicale. Il était très agité quand je l'ai rencontré. La douleur ruinait sa vie: il aimait beaucoup jouer au tennis, et cet exutoire pour sa tension lui manquait énormément. Passer sa journée au bureau était devenu une torture, et ses inquiétudes transformaient sa vie tant professionnelle que personnelle.

L'examen ne révéla aucune modification neurologique: les réflexes de ses jambes, sa force musculaire, ses sens,

tout était normal. La cause de la douleur, quelle qu'elle fût, ne touchait ni les nerfs de son dos ni ceux de ses fesses. D'un autre côté, toute pression sur son dos était douloureuse. Il était clair pour moi qu'en plus du spondylolisthesis, il souffrait d'un S.T.M., sans doute responsable de la douleur. Lorsque je lui en ai parlé, il était tout à fait prêt à me croire, puisqu'il voulait éviter la chirurgie, mais il n'arrivait pas à comprendre comment tous ces médecins pouvaient s'être trompés. Je lui ai dit qu'ils ne s'étaient pas trompés, qu'il avait sûrement un spondylolisthesis, mais que ce n'était qu'une partie du problème. Je lui ai suggéré de tenter d'éliminer le S.T.M. et de voir ce qui se passerait. Je lui ai prescrit le traitement habituel, que je décrirai dans un chapitre ultérieur, et la douleur a diminué presque tout de suite. Quatre semaines plus tard, il est allé en vacances dans les Antilles avec son épouse; à son retour, il m'a appris qu'il n'avait souffert d'aucune douleur pendant ses vacances. De retour à New York, la douleur revint avec la vie quotidienne, mais plus faible qu'auparavant. Il avait heureusement acquis la conviction qu'un état de détente totale faisait disparaître la douleur. Huit semaines plus tard, la douleur avait disparu, et trois mois après qu'il m'eut consulté, il a pu jouer au tennis pour la première fois depuis deux ans. Bien qu'il soit très tendu et qu'il souffre parfois de tiraillements dans le bas du dos, il ne s'en inquiète plus.

Il y a une suite à cette histoire. Après avoir posé le diagnostic, j'ai dit au patient qu'il était très anxieux. Je lui ai proposé de suivre une psychothérapie. Il a été très réceptif à cette idée puisque, par la suite, il a entrepris une telle démarche, pour son plus grand bien. Alors que je préparais ce livre, j'ai reçu une lettre, dont voici quelques extraits:

«Cela fait déjà un an que je suis allé vous voir pour la première fois, et je m'en voudrais si je ne

vous écrivais pas pour vous faire part du progrès de la condition de mon dos. Je suis très heureux de pouvoir vous annoncer que je suis en excellente santé et que mon dos se porte très bien. Quand des amis me demandent comment je vais, je réponds à chaque fois que mes problèmes de dos sont choses du passé et que je vais très, très bien.

«Je peux difficilement vous dire à quel point je suis content d'avoir repris toutes mes activités. J'ai commencé à faire du tennis de compétition, en simple et en double, et je m'amuse beaucoup. J'ai parfois des courbatures le lendemain d'une partie, mais c'est presque toujours disparu le matin suivant. Je remarque d'ailleurs que j'en ai de moins en moins.

«À bien y penser, l'amélioration de mon état durant la dernière année est remarquable, surtout quand on considère que je n'ai fait que vous visiter, écouter votre diagnostic, et tenir compte de vos idées dans ma vie de tous les jours.»

Bien que le spondylolisthésis ait été très important, c'était le S.T.M. qui causait la douleur. Il serait incorrect d'affirmer que le spondylolisthésis ne provoque jamais de mal de dos. Cependant, dans tous les cas que j'ai traités, la douleur était due au S.T.M., pas au spondylolisthésis.

J'ai décrit ici les anomalies structurales les plus courantes de la colonne. Il y en a beaucoup d'autres. Chaque fois qu'une radiographie montre que la colonne n'est pas tout à fait «normale», on dit que c'est la cause du mal de dos. On est sûr que c'est la source de la douleur, alors que rien ne le prouve.

Autres diagnostics «physiques»

Il existe deux autres types courants de diagnostics, qui ne sont pas vraiment structuraux. On doit aussi les réfuter.

Le premier type est l'inflammation. On prescrit très souvent des anti-inflammatoires contre un mal de dos, alors que rien dans la littérature médicale n'en montre l'utilité.

Qu'est-ce qui peut donc être enflammé, selon les médecins qui font un tel diagnostic? Les articulations de la colonne? Les nerfs rachidiens, comprimés par une hernie discale, un ostéophyte ou un rétrécissement du canal vertébral? Les médecins prescrivent des médicaments anti-inflammatoires à tout hasard, sans trop savoir ce qu'ils visent.

À peu près toute blessure ou maladie provoque une inflammation: c'est un processus de protection et de guérison. Par exemple, si des microbes s'introduisent dans le corps, celui-ci réagira par une inflammation pour tenter de les détruire. Un abcès est la dernière étape du processus inflammatoire: les microbes ont été cernés, ingérés par les globules blancs, tués par des substances chimiques et isolés du reste du corps sous forme de pus. Les symptômes du rhume sont principalement dus à un processus inflammatoire. Une fracture, la déchirure d'un muscle, d'un ligament ou d'un tendon vont tous provoquer une inflammation locale. Tout ceci dans le but de combattre la blessure ou l'infection.

D'un autre côté, certaines inflammations ne tendent pas à ramener le corps à son état d'origine: le corps se détruit lui-même. C'est le cas du rhumatisme articulaire, où l'inflammation détruit peu à peu l'articulation. Il y a plusieurs autres types d'inflammation de ce genre, mais

le sujet est trop complexe pour être traité ici. On ne peut cependant pas trouver d'inflammation chez les patients souffrant de maux ordinaires au cou, aux épaules ou au dos. On ne peut en trouver de traces ni par radiographie ni par test sanguin. Il n'y a aucune raison de penser qu'une pression sur un nerf rachidien va causer une inflammation, si tant est qu'il y ait une pression. Dans le cas d'un mal de dos, on ne fait que présumer qu'il y a une inflammation. J'ai déjà suggéré que le S.T.M. cause la plupart des maux de dos et je l'ai un peu décrit. Dans les chapitres suivants, je vais tenter d'expliquer qu'il s'agit d'un problème de circulation, pas d'une inflammation.

Un autre diagnostic «physique» courant est celui de l'entorse ou de la foulure. Quand la douleur est limitée au dos, qu'elle n'irradie ni aux jambes ni aux bras, on pense souvent qu'il s'agit d'une entorse ou d'une foulure. Il est souvent difficile de trouver sa cause, mais ce n'est pas ça qui va décourager le médecin. On peut toujours trouver quelque chose: avoir pelleté de la neige, déplacé des meubles, joué au football...

Le principal problème de ce diagnostic est qu'il n'explique pas bien les réactions des patients. Ces derniers parlent de spasmes qui vont et viennent un peu partout dans le dos, ce qu'une entorse ou une foulure ne fait pas. Il peut même arriver que la douleur disparaisse pendant quelques heures et qu'elle revienne à un endroit différent.

Ce que ce diagnostic explique le moins bien, c'est que l'état de plusieurs patients reste stable ou empire, alors qu'on s'attendrait au contraire. Le corps a un très grand pouvoir de se guérir lui-même: une fracture se répare en quelques semaines; une entorse, en quelques jours, au pire en deux ou trois semaines.

On doit donc admettre ici aussi que ce diagnostic est

erroné, et que c'est parce qu'il ne connaît pas l'existence du S.T.M. qu'un médecin le pose.

L'importance d'un diagnostic précoce

Tous les praticiens de la santé savent que plus un diagnostic est précoce, meilleures sont les chances d'une guérison rapide et complète. Un des pires aspects du mal de dos est sa tendance à devenir chronique, d'abord à cause d'un diagnostic erroné, ensuite à cause de la peur que ce dernier inspire. Je suis convaincu que le diagnostic précoce d'un S.T.M. réglerait les problèmes de la plupart des patients en quelques jours. Je consacre actuellement la plus grande partie de mon travail à éliminer les idées fausses, les peurs, et à établir une relation de confiance, alors que rien de ceci ne serait nécessaire si le diagnostic était précoce et correct. L'histoire qui suit met bien en évidence les conséquences d'un diagnostic incorrect.

Jean est un homme de trente-cinq ans. Il avait déjà souffert de douleurs dans le bas du dos dix ans auparavant. Il disait avoir mené par la suite une vie parfaitement normale, et faisait du sport – du tennis, par exemple. Six semaines avant que je ne le rencontre, il a eu une douleur subite et violente dans tout le bas du dos au cours d'une partie de tennis. Quelques jours plus tard, la douleur avait atteint la fesse, la jambe et le pied droits, surtout en station debout. Son tronc était incliné. Il a alors visité trois spécialistes, qui ont affirmé qu'il s'agissait sans doute d'une hernie discale: il devrait aller à l'hôpital passer une myélographie, et peut-être aussi subir une intervention chirurgicale. Il devait rester au lit et prendre des médicaments anti-inflammatoires et des tranquillisants.

Au bout de trois semaines, il était devenu une «épave». Ses médicaments l'assommaient et lui donnaient la nausée, il était faible et apeuré. Il alla enfin voir un

médecin qui lui prescrivit une physiothérapie. Son état s'améliora un peu, mais la douleur persistait dans sa fesse et sa jambe, et son tronc restait penché. C'est à ce moment que je l'ai rencontré. J'ai alors appris qu'il lui arrivait de mal digérer, qu'il souffrait au printemps d'un léger rhume des foies, qu'il avait eu des attaques occasionnelles d'urticaire et d'eczéma et souffrait souvent de torticolis. À part cela, il était en parfaite santé. Il m'a peut-être été plus utile d'apprendre que son travail le stressait beaucoup depuis environ un an.

L'examen révéla une grande sensibilité des muscles à la pression, des deux côtés du cou, sur le haut des deux épaules et sur les deux fesses, mais davantage sur la droite. Tout laissait croire à un S.T.M. Dans les semaines suivantes, il suivit mon traitement et la douleur disparut. Toute l'histoire aurait été différente si on avait diagnostiqué le S.T.M. dès le début. La peur d'une hernie discale a mis en branle le cercle vicieux bien connu. Dans ces circonstances, aucun traitement traditionnel n'aurait eu d'utilité. Le repos et les médicaments n'ont fait qu'aggraver le problème en créant de nouveaux symptômes.

Je vous propose maintenant un tout autre scénario. Dès l'apparition de la douleur, le même patient visite son médecin de famille. Après l'entrevue et l'examen, celui-ci lui dit: «Vous n'avez rien de grave. Votre douleur est due à la tension, qui se manifeste dans les muscles du bas du dos et le nerf sciatique droit. Pour vous dire cela, je me base aussi sur deux autres indices. Vous êtes une personne très consciencieuse, ce qui crée de la tension qui s'exprime par des maux d'estomac, par le rhume des foies, par de l'urticaire, par de l'eczéma, par des torticolis et par un syndrome de tension musculaire. Ensuite, la dure année que vous avez passée au travail a sans aucun doute produit la tension qui a causé cette attaque.» Ce médecin de famille hypothétique prescrit ensuite un programme d'exercices

progressifs et peut-être un peu de physiothérapie. Il dit à son patient d'augmenter son activité physique au fur et à mesure que la douleur diminue, et de revenir finalement à toutes ses activités, y compris le sport. Le médecin souligne que la colonne ne présente aucune anomalie structurale, aucune blessure et qu'il n'y a finalement rien à craindre.

Voilà ce qui se passerait si le S.T.M. était plus généralement connu. Je crois que le diagnostic devrait être posé par le médecin généraliste, que ce soit le médecin de famille ou l'interniste. Certains patients ne visiteraient sans doute même pas le médecin s'ils savaient ce qu'est le S.T.M. et qu'il ne s'agit pas d'un problème grave. Qu'ils aillent ou non voir un médecin, le fait de savoir que la douleur n'a besoin que de temps pour se résorber mettrait en branle la guérison plutôt qu'un cercle vicieux. Au lieu d'une peur qui aggrave la douleur, le patient aurait confiance et son état s'améliorerait rapidement. Il faut en conclure que les médecins, par leurs diagnostics classiques, augmentent sans le vouloir la gravité et la durée des maux de dos à cause de la crainte que ces diagnostics inspirent.

Certains croiront que le traitement prescrit par mon médecin hypothétique de tout à l'heure est trop simple. Celui que *je* prescris est plus complexe: je dois m'occuper des idées fausses de mes patients, leur expliquer longuement ce dont *ils ne souffrent pas* et calmer leurs peurs. Je les aide à se «déprogrammer», c'est-à-dire à briser le cercle vicieux dans lequel plus de peur engendre plus de douleur. Le traitement du S.T.M. serait beaucoup plus simple si on n'avait pas à défaire tout cela.

Il peut être intéressant de se demander comment on a pu se passer si longtemps de chirurgie vertébrale. Même si les médecins de famille ne connaissaient pas le S.T.M. il y a 75 ans, je crois qu'ils n'accorderaient pas une

grande importance aux maux de dos et aux «sciaticques». On appliquait des emplâtres à la moutarde dont la chaleur détendait sûrement les muscles. Les remèdes traditionnels sont parfois plus efficaces que ceux de la médecine moderne. Quoi qu'il en soit, je crois que la méthode ancienne, moins intimidante, contribuait à empêcher les situations chroniques que l'on connaît aujourd'hui.

Autrefois, bien que les moyens techniques fissent défaut, on avait une meilleure attitude envers la maladie. On était obligé de s'en remettre à sa faculté de se guérir soi-même, aux remèdes naturels, etc. On ne croyait pas que la médecine pouvait tout guérir. Il n'est pas nécessaire de mettre de côté les progrès fantastiques de la médecine moderne pour exploiter les ressources que chacun a en lui-même. Il n'est pas anti-scientifique de reconnaître l'existence de ces ressources tout en continuant la recherche de nouveaux traitements. Les médecins auraient simplement besoin d'un peu plus d'humilité.

Chapitre 2

Traitements traditionnels et mythologie médicale

Les traitements traditionnels pour les maux au cou et au dos ne sont justifiés que par les diagnostics traditionnels selon lesquels la douleur provient d'une anomalie structurale de la colonne, d'une inflammation, d'une entorse ou d'une foulure. Si on rejette ces diagnostics, on devra faire de même avec la plupart de ces traitements. Puisque la plupart des maux au cou, aux épaules ou au dos sont dus au S.T.M., plusieurs des traitements décrits ci-après sont inutiles.

Garder le lit est sans doute le traitement le plus souvent prescrit, principalement quand il s'agit de douleurs aiguës dans le bas du dos et aux fesses. On suggère aux patients le repos complet, aussi longtemps qu'ils peuvent le supporter, souvent pendant des semaines. Ceci fait parfois disparaître la douleur; dans la majorité des cas, l'état reste stable ou empire. On peut aisément imaginer comment l'état d'une personne souffrant d'un S.T.M. et forcée de négliger ses affaires peut empirer. La mère d'un jeune enfant ou un travailleur autonome deviendront facilement nerveux avec le temps, et cette tension engendrera plus de douleur. Si le repos calme le malade, tout ira pour le mieux; dans le cas contraire, la situation s'aggravera.

À l'hôpital, pour mieux faire respecter l'ordre de mise

au repos, on soumet souvent le patient à la traction. Grâce à un harnais installé aux hanches et relié par une poulie à une masse de sept kilogrammes, on exerce une faible force sur la partie inférieure de la colonne vertébrale. En fait, il s'agit le plus souvent de forcer le patient à garder le lit.

De même, lorsque le patient souffre de maux au cou ou aux épaules, on prescrira une traction cervicale, surtout si on a diagnostiqué un «nerf coincé». Il s'agit ici d'écarter les vertèbres cervicales (du cou), ne serait-ce que d'un ou de deux millimètres. On utilise dans ce but des poids plus importants. On passe un harnais au cou du patient, qui est couché sur une table spéciale, conçue pour exercer la force exactement nécessaire, souvent de manière intermittente. S'il s'agit d'un S.T.M., la traction cervicale s'avère inutile.

On utilise les corsets orthopédiques dans le but d'immobiliser et de «soutenir» la colonne. Le concept de soutien est très flou et on peut se demander comment de tels appareils peuvent soutenir. Ils n'immobilisent pas non plus, d'ailleurs. De toute manière, s'il s'agit d'un S.T.M., ces appareils n'ont aucune utilité: l'humain a besoin de mouvement, pas d'immobilité. Les personnes qui viennent me visiter ont souvent reçu de tels traitements sans le moindre avantage: ils les considèrent donc inutiles. Cependant, certaines personnes semblent avoir été traitées avec succès grâce à un corset. Si elles souffraient vraiment d'un S.T.M., il s'agit sans doute d'un effet psychologique plutôt que physique. Tout traitement peut d'ailleurs avoir de tels effets: c'est ce qu'on appelle l'effet *placebo*.

Au début, on appelait «placebo» toute substance inactive donnée au patient pour lui faire plaisir, sous forme de médicament. *Placebo* est un mot latin qui signifie: *je plairai*. Plus tard, lorsqu'on s'aperçut que ces

substances pouvaient améliorer l'état des patients ou même les guérir, on se mit à parler fort sérieusement de l'*effet placebo*. Mais personne ne pouvait dire comment cela fonctionnait. Par la suite, on se mit à tester les nouveaux médicaments en comparant leur effet à celui de placebos. Pour ce faire, on divise en deux un grand groupe de patients; on donne à certains le nouveau médicament et à d'autres un placebo de même aspect mais composé d'une substance inactive. Si le nouveau médicament est efficace, c'est-à-dire s'il fait ce que l'on croyait qu'il ferait, les patients le recevant devraient réagir mieux que ceux ne recevant que le placebo. Si les sujets des deux groupes réagissent de la même façon, c'est que le nouveau médicament n'a aucune utilité.

Un placebo peut avoir n'importe quel effet. Les conséquences de ce phénomène sont très grandes et la médecine n'a pas encore entièrement exploré ce domaine. Tout traitement, qu'il s'agisse de manipulations, d'exercices ou d'acupuncture, peut avoir un effet physique ou un effet placebo. Dans ce dernier cas, le patient croit dans son subconscient en l'efficacité du traitement. La douleur est un symptôme, pas une maladie; elle avertit que quelque chose ne va pas: qu'il y a une fracture, un ulcère à l'estomac, une infection, un S.T.M. Ce sont tous des processus physiologiques provoquant la douleur. Un placebo réduira la douleur par l'une ou l'autre des manières suivantes, ou bien les deux:

1. Un placebo peut réduire temporairement la tension chez le patient, parce que celui-ci croit qu'il va être guéri. C'est le cas pour les ulcères et le S.T.M.;
2. Un placebo peut éliminer temporairement toute douleur en favorisant la sécrétion par le cerveau de substances appelées *endorphines*. C'est le cas lors d'une fracture ou du S.T.M. Les endorphines sont les analgésiques naturels du cerveau et sont

plus efficaces que n'importe quel analgésique artificiel.

Dans les deux cas, c'est la foi qui importe, ce qui laisse entrevoir l'importance des facteurs psychologiques dans l'effet placebo.

Certains de mes patients m'ont affirmé s'être sentis complètement soulagés dans les mois qui suivirent une intervention chirurgicale. Je crois que la chirurgie a eu ici un effet placebo très fort, ce serait peut-être le placebo le plus puissant. L'efficacité d'un placebo augmente avec l'impression que celui-ci fait sur le subconscient du patient. Se soumettre à la chirurgie est une décision très grave et le patient est, dans son subconscient, convaincu de son efficacité.

Puisque mon expérience des cas de rémission par placebo me montre que la douleur revient toujours, j'en ai tiré une autre conclusion: l'effet placebo est toujours *temporaire*. De plus, étant donné que les traitements ne touchent pas aux causes profondes de la douleur, celle-ci revient exactement comme auparavant. Lorsqu'il s'agit d'un traitement moins important qu'une chirurgie, comme les manipulations ou l'acupuncture, l'effet dure moins longtemps, habituellement quelques jours. Le traitement devra donc être répété encore et encore. Si le patient n'a plus la confiance qu'il avait dans le traitement, celui-ci perdra toute efficacité. On ne sait pas pourquoi l'effet placebo est temporaire; on a simplement constaté ce fait.

L'effet placebo explique très bien ce qui arrivait à mes patients souffrant de S.T.M. avant que je leur communique le bon diagnostic. Il explique aussi pourquoi certains malades guérissaient et d'autres pas, avant que je ne découvre l'existence du S.T.M.: l'état de ceux qui avaient confiance en moi ou dans mon traitement s'améliorait; pas celui des autres.

Je crois que l'effet placebo continue d'avoir de l'importance pour certains des cas dont je m'occupe actuellement. Pour diverses raisons, certains patients accueillent difficilement mon diagnostic; ils sont souvent prêts à admettre que leur mal n'a pas de cause structurale, mais de là à penser que seule la tension est responsable... Ils mettent donc principalement leur confiance dans les séances de physiothérapie. Cela leur procure un effet placebo qui dure quelquefois assez longtemps, mais une rechute est inévitable. Et la consultation qui suit la rechute m'apprend souvent qu'une nouvelle source de tension est apparue dans la vie du patient. Mais comme ce dernier n'accepte toujours pas mon diagnostic, seul joue l'effet placebo, qui déterminera s'il y aura ou non une autre rechute.

Ces dernières années, des études sérieuses ont montré que les placebos avaient quelquefois des effets physiques très marqués. Ils peuvent améliorer l'état de personnes souffrant de multiples affections physiques et mentales, parmi lesquelles la dépendance envers des drogues, l'arthrite, l'hypertension, les ulcères à l'estomac et le rhume des foins.

On a aussi discuté dans les milieux médicaux du problème éthique que pose l'utilisation des placebos: n'est-ce pas bernier le patient? Selon moi, cette question montre qu'on ne sait pas vraiment ce qu'est un placebo, qui ne peut «guérir» que de manière temporaire et limitée. Sans compter qu'il finit par perdre tout effet. Un médecin peut-il alors vraiment penser traiter un patient avec un placebo? En fait, le problème important est de connaître son mode d'action et les cas où son utilisation est indiquée. Comme l'effet placebo joue sur la croyance inconsciente en l'efficacité d'un traitement, il sera donc particulièrement utile pour les problèmes d'origine psychologique, dont le S.T.M., les ulcères à l'estomac et la colite.

Il nous faut maintenant continuer à décrire les méthodes traditionnelles de traitement. Passons donc à la limitation des activités physiques, à la prescription d'en faire le moins possible. Ce traitement se situe dans le même courant que le repos forcé au lit. Lorsque la douleur est aiguë, cette restriction est tout à fait inutile, mais elle revient presque toujours si l'état du patient s'améliore ou si la douleur devient chronique.

Dans presque tous les cas, on prescrit aussi divers médicaments, surtout des relaxants musculaires, des tranquillisants, des anti-inflammatoires et des analgésiques. Les deux premiers servent à prévenir les fréquents spasmes musculaires. Sans doute parce que mes patients sont ceux que les méthodes traditionnelles n'ont pas su traiter, ces médicaments connaissent rarement le succès auprès d'eux. D'ailleurs, comme les tranquillisants, les relaxants musculaires n'exercent pas directement leur effet sur les muscles, mais agissent comme dépresseurs du système nerveux.

Les anti-inflammatoires qui doivent être administrés par voie orale comprennent des produits très divers, allant de l'aspirine aux corticostéroïdes. Comme nous avons déjà vu qu'il n'y a aucune preuve d'inflammation dans les cas de maux de dos, les seuls effets positifs doivent être dus à l'effet placebo. Ces produits n'ont pas leur place dans le cadre du traitement du S.T.M. Si la douleur est importante, l'utilisation d'analgésiques est justifiée. On peut même aller jusqu'à administrer des narcotiques. Mais il s'agit toujours d'une solution temporaire.

De nombreux médicaments sont aussi administrés par injection. On peut injecter un stéroïde dans les muscles douloureux ou près de la colonne. Plus généralement, on injectera un anesthésique local, comme la procaine, en plein centre de la région douloureuse. Le soulagement peut être très important. Mais je n'emploie que

rarement ces méthodes, parce que je crois que la plupart des douleurs sont dues au S.T.M. et que les injections ne règlent pas le problème fondamental. Je ne fais ces injections que dans le cas d'une douleur très aiguë.

Il existe aussi des anesthésiques locaux qui ont pour but d'empêcher les nerfs de transmettre le message de la douleur vers le cerveau. Cette méthode élimine la douleur, mais ne règle pas encore le problème fondamental. On l'utilise souvent quand on croit que la cause de la douleur est structurale – l'arthrite, par exemple – et que cette cause ne peut pas disparaître. On se limite donc à chasser la douleur. Quand il fonctionne, ce genre de traitement est toujours à recommencer. Si on soigne un S.T.M. cependant, on cherche à éliminer la cause du mal; on n'utilisera donc pas ce type d'injections.

On utilise aussi l'acupuncture. Les profanes ne savent peut-être pas que cette technique repose aussi sur le principe de l'interruption de la transmission du message de la douleur vers le cerveau. On ne ressent la douleur que lorsque le cerveau en est informé. Un anesthésique local, comme ceux qu'utilisent les dentistes, empêche le fonctionnement normal des nerfs – ceux des gencives, dans ce cas. La douleur cesse alors d'être transmise au cerveau. On ne sait pas trop comment l'acupuncture y arrive, mais elle a cet effet. Il semble que son action se situe au niveau de la moelle épinière et du cerveau lui-même. On doit donc, pour la raison déjà mentionnée, refuser d'utiliser l'acupuncture pour traiter des maux au cou, aux épaules et au dos. Tout cela explique pourquoi certains de mes patients m'ont affirmé que l'acupuncture entraînait parfois un soulagement temporaire, alors que d'autres n'en obtenaient aucun effet.

La neurostimulation transcutanée (TNS) est aussi

utilisée pour interrompre la transmission de la douleur. On place sur la peau du patient des électrodes, près des régions douloureuses, et on y fait passer des faibles chocs électriques grâce à un appareil que le patient porte sur lui. Les chocs sont censés stimuler les nerfs et bloquer ainsi le message de la douleur. Mais une étude menée à la clinique Mayo et relatée par le Dr G. Thorsteinsson et trois collaborateurs montre qu'un faux neurostimulateur soulageait autant qu'un vrai, ce qui semble montrer qu'il s'agit d'un effet placebo¹. On utilise la neurostimulation surtout pour les personnes handicapées par des douleurs importantes et chroniques.

La rétroaction biologique (biofeedback) est un nouveau traitement contre la douleur qui vise à procurer une détente musculaire complète. On place des électrodes sur certains muscles, habituellement au front, de manière à ce que le patient puisse «voir» et «entendre» son activité musculaire, par l'intermédiaire d'appareils. Le patient pourra ainsi apprendre à réduire l'activité de ses muscles frontaux et atteindre un état de grande détente. Il s'agit là d'une bonne idée, mais elle ne touche que les symptômes et pas les causes du S.T.M.

Un autre traitement très répandu est l'exercice physique, dont on peut trouver des défenseurs acharnés tant parmi les médecins que parmi d'autres professionnels, même si sa justification n'est pas évidente. On dit le plus souvent que l'exercice renforce les muscles abdominaux, dorsaux et lombaires, ce qui devrait enrayer la douleur. Comme nous l'avons déjà dit, on considère le plus souvent que la douleur est due à une anomalie structurale. Comment l'exercice et le renforcement des muscles pourraient-ils guérir une hernie discale ou un bec-de-perroquet? Et si l'on pense aux entorses et aux foulures, comme certains, ne vaudrait-il pas mieux se reposer pendant quelques jours? Et si le mal de dos était dû à la faiblesse

musculaire? C'est assez difficile à admettre. Des millions d'hommes et de femmes, de tous les âges, mènent une vie sédentaire sans le moindre mal de dos, alors que j'ai eu à soigner des jeunes femmes et des jeunes gens forts et en santé.

Cependant, comme j'en parlerai au chapitre 5 qui porte sur le traitement du S.T.M., l'exercice est utile parce qu'il favorise la circulation du sang dans les muscles et les nerfs touchés. Selon moi, l'exercice met aussi en marche un effet placebo très important, ce qui lui permet de soulager ou de prévenir des maux de dos. Il suffit de voir la ferveur et l'assiduité de certaines personnes pour être convaincu de la foi qu'ils mettent dans ce traitement.

Certaines personnes, principalement des non-médecins, ont aussi recours aux manipulations parce qu'elles croient que la douleur est due à un défaut d'alignement de la colonne. Certains professionnels mettent d'ailleurs sur le compte de ces défauts d'alignement de nombreux autres problèmes de santé: il faudrait donc redresser la colonne. Il n'existe cependant aucune preuve que ces défauts sont anormaux et causent de la douleur. On peut certes les voir sur une radiographie, mais l'étude du Dr Splithoff, relatée au premier chapitre, montre que neuf anomalies structurales courantes n'ont pas de lien significatif avec les maux de dos. Même la hernie discale, explication classique des maux de dos, ne provoque le plus souvent aucune douleur. Il serait alors étonnant que de petits défauts d'alignement puissent en causer.

À quoi peut-on alors attribuer les succès partiels de cette méthode? Encore à l'effet placebo, semble-t-il. Mais comme cet effet est provisoire, on doit toujours reprendre les traitements, quelquefois durant plusieurs années. Certaines personnes finissent par ne plus profiter des traitements. La plupart des patients avec

qui je me suis entretenu n'avaient pas été guéris complètement et leurs activités demeuraient limitées.

Enfin, le traitement le plus spectaculaire: l'intervention chirurgicale. La chirurgie est indiquée dans de nombreux cas: ablation d'une tumeur, correction de défauts – fracture ou dislocation – dus à une blessure. La chirurgie est aussi adéquate si une hernie discale importante cause des problèmes neurologiques: paralysie partielle ou totale des jambes, problèmes de fonctionnement des intestins ou de la vessie, etc. Dans tous ces cas, la chirurgie est nécessaire. Là où le bât blesse, c'est quand il s'agit de personnes chez qui une myélographie ou une scanographie révèle un problème discal, mais qui souffrent en fait d'un S.T.M. J'ai d'abord soigné de ces patients quand ils refusaient de se soumettre à l'intervention chirurgicale. J'ai été étonné de constater que mon traitement éliminait complètement la douleur, ce qui laisse croire que la hernie discale ne jouait aucun rôle. J'ai soigné au cours des années de nombreuses personnes, et très rares ont été celles chez qui la hernie discale causait la douleur. Une très grande majorité a pu connaître une guérison complète.

On pratiquait autrefois beaucoup de fusions vertébrales, pour stabiliser la colonne, mais cette pratique baisse en popularité.

On utilise, depuis plusieurs années au Canada et depuis moins longtemps aux États-Unis, une enzyme, la papaine, pour dissoudre la substance dont se composent les disques. Quand on croit qu'un mal de dos est causé par la compression d'un nerf par un disque, cette méthode permet d'éviter la chirurgie. Mais puisque la plupart des maux de dos sont dus au S.T.M., cette méthode ne fonctionne, elle aussi, que grâce à un effet placebo, tout comme l'intervention chirurgicale.

Étant donné que tous ces traitements n'apportent qu'un soulagement temporaire, on doit conclure que celui-ci est dû à un effet placebo. Si l'on effectue pendant assez longtemps le suivi d'un patient ayant subi une intervention chirurgicale, on voit que, dans la plupart des cas, la douleur revient, souvent très semblable. On voit aussi apparaître d'autres symptômes reliés à la tension: céphalées de tension, troubles de la digestion ou ulcères de l'estomac, colite, etc. Voilà un exemple parfait de ce qui arrive quand certains symptômes physiques causés par la tension ont été guéris par effet placebo: d'autres se substituent aux premiers.

En bref, disons que c'est parce qu'elles reposent sur un diagnostic erroné que les méthodes traditionnelles de traitement échouent. Quand elles ont un succès temporaire, c'est qu'il s'agit d'un effet placebo.

LA MYTHOLOGIE DE LA MÉDECINE

Au cours des ans, on a élaboré de nombreuses théories sur les causes et le traitement des maux de dos. La plupart d'entre elles s'appuyaient sur des concepts médicaux, mais, parce qu'elles sont fondées sur des prémisses qui n'ont pas été prouvées, on doit les considérer comme des mythes.

Le mythe du disque fragile

Un des mythes fondamentaux, dont découlent plusieurs autres, affirme que le dos est une chose fragile, qu'on doit protéger contre un effort trop grand et autres dangers. On apprend au public à soulever correctement les objets lourds, le dos droit et les genoux pliés, afin de diminuer la pression que subissent les disques intervertébraux lombaires. Le Dr Alf Nachemson, chirurgien orthopédiste à Göteborg, en Suède, a prouvé qu'une flexion du tronc vers l'avant engendre une pression très élevée sur ces disques,

pression qui grandit encore quand on lève quelque chose². Mais rien ne montre que cette situation est mauvaise ou qu'elle accélère la dégénérescence des disques. Le Dr Nachemson a mis en évidence que les disques commencent à s'user au début de la vingtaine. Je n'arrive pas à voir en quoi ce processus se distingue du processus général du vieillissement.

Le mythe du disque fragile tend à se répandre partout. Les professionnels de la santé et les médias bombardent le public d'informations sur la dégénérescence des disques, sur les hernies discales, etc. Ça semble tellement évident: si ces choses arrivent, elles doivent provoquer de la douleur. Il y a quelques siècles, il semblait tout aussi évident, même pour les esprits les plus éclairés, que la Terre fût le centre de l'univers... Toute la question des disques semble logique: il y a dans le bas du dos des objets qui s'usent, exactement là où se produisent les spasmes et la douleur. On y remarque aussi les nerfs lombaires et sacrés, parfaitement bien placés pour se faire écraser par une hernie discale. Et la douleur perçue dans les jambes montre bien que ces nerfs sont comprimés.

Tout ceci semble bien beau, mais c'est le plus souvent faux. Il ne s'agit que d'un mythe créé et maintenu par les médecins et les médias. Évidemment, nul ne peut nier que les disques s'usent et font des hernies; la question est de savoir si ces situations engendrent de la douleur, ce qui est loin d'être prouvé.

Un des dangers du mythe du disque fragile est qu'il conduit souvent à la table d'opération. Avec les nouvelles techniques, comme la scanographie, on trouve de plus en plus de hernies discales, que l'on opère de plus en plus souvent.

Le mythe du singe

L'idée de la fragilité du dos a reçu un appui de taille, il y a quelques années, quand un médecin a émis l'idée que tout le problème des maux de dos provient du fait que l'être humain n'est pas fait pour marcher debout. On nage ici en plein délire. Pour tenter de justifier l'idée enracinée que les maux de dos sont dus à des anomalies structurales, on interprète l'évolution tout de travers. Darwin doit se retourner dans sa tombe.

Selon moi, l'évolution repose sur deux principes fondamentaux: 1) l'instinct de conservation de l'espèce est puissant; 2) pour assurer leur conservation, les espèces doivent s'adapter de diverses manières, et cette adaptation peut aller jusqu'à des changements fondamentaux de structure. L'adaptation et le changement servent la survie de l'espèce. Les espèces qui s'adaptent correctement survivent; les autres disparaissent, tels les dinosaures.

L'*Homo sapiens* a évolué jusqu'à devenir l'animal dominant la planète. Il est indéniable que notre cerveau joue un rôle clé dans cette situation, mais il a eu besoin de millions d'années pour se former; pendant ce temps, nos ancêtres devaient quand même survivre. Cela aurait été impossible si la colonne vertébrale avait été inadaptée à la station debout.

En 1974, le Dr Donald Johanson a déterré en Afrique les restes d'un de nos lointains ancêtres hominidés. On l'a appelé *Australopithecus afarensis*. On a retrouvé beaucoup plus d'os que d'habitude: on a donc pu reproduire le squelette avec beaucoup de détails. Des étudiants d'anthropologie ont été très surpris de constater que cet hominidé marchait debout. *A. afarensis* a vécu il y a trois millions cinq cent mille ans. Cette découverte rend ridicule l'affirmation selon laquelle l'être humain n'est pas fait pour marcher sur ses deux jambes.

D'un point de vue purement mécanique, la station debout endommage beaucoup moins la colonne vertébrale que la marche à quatre pattes. Pensez à un cheval ensellé. Tous les vétérinaires savent que les bassets allemands sont sujets à des hernies discales qui paralysent les membres postérieurs. Cela arrive très rarement chez les humains.

Puisque la médecine traditionnelle a échoué à expliquer les causes du mal de dos, il est normal de retrouver de telles inepties en guise d'explication. La colonne vertébrale est très robuste. Le coupable est l'anxiété propre à notre époque.

Recommandations et interdictions habituelles

Assoyez-vous droit.

Variante: «Utilisez une chaise droite, pour bien appuyer votre dos.» «Quand vous êtes assis dans un fauteuil mou ou dans un sofa mou, votre colonne n'est pas soutenue et cela cause des maux de dos.»

Ces idées ne sont pas du tout prouvées par les faits, mais la plupart des gens les trouvent logiques. Souvent en effet, on se plaint que la douleur survient ou empire lorsqu'on s'assoit. Cela vient du fait que l'on s'assoit souvent sur des muscles douloureux. De plus, dès que quelqu'un associe le fait de s'asseoir et la douleur, il se met à avoir toujours mal quand il s'assoit.

Ne vous assoyez pas les jambes croisées.

Je ne la comprend pas, celle-là. Selon mon expérience, ça n'a aucun lien avec notre problème. On peut associer à la douleur un très grand nombre de positions ou de mouvements. La plupart du temps, il s'agit d'un conditionnement: on s'attend à la douleur, et la voilà.

Ne restez pas longtemps debout.

Ou bien: «Quand vous restez longtemps debout, mettez un pied sur un petit banc ou un bloc. Ça permet de redresser un peu le bas de votre colonne. Une colonne trop courbée comprime les nerfs rachidiens.»

Beaucoup de personnes se plaignent que la station debout prolongée cause ou aggrave le mal du bas du dos. Mais ça n'a rien à voir avec une quelconque pression sur les nerfs rachidiens. C'est sans doute parce que l'inactivité ralentit la circulation du sang dans les muscles du bas du dos et des fesses. La marche améliore l'état de ces malades. Tous ces problèmes disparaissent quand on applique le traitement contre le S.T.M.

Utilisez un matelas ferme.

Un des mythes les plus profondément enracinés veut que l'on doive dormir sur une surface dure. On peut facilement imaginer comment cela a commencé: un homme raconte à son médecin qu'un bon matin, il s'est réveillé avec un terrible mal de dos. Essayant d'en savoir plus long, le médecin lui demande:

«Dans quel genre de lit dormez-vous?

– Eh bien! mon lit est très vieux, il plie quand je m'y couche. Mon matelas est très vieux, lui aussi, il est très mou, et on sent que ce qu'il y a à l'intérieur s'est beaucoup tassé avec le temps.

– Voilà la réponse! Parce que votre lit ne supporte pas bien votre dos, celui-ci s'est courbé. Ne vous demandez pas pourquoi vous avez mal au dos.»

Si l'on croit que la cause des maux de dos se situe dans la colonne vertébrale, la conclusion du médecin est logique. Mais il n'y a rien qui le prouve. Il ne s'agit que

d'un mythe, si profondément enraciné qu'il est à la base d'un commerce fort lucratif. Tout le monde croit fermement aux vertus d'un matelas dur, au point qu'une génération complète se prive du plaisir de se jeter dans un matelas moelleux.

Certaines personnes diront: «Mais je préfère les matelas fermes.» Cela n'a rien à voir avec votre dos. Si vous préférez un matelas ferme, tant mieux pour vous. Quand quelqu'un est sûr que dormir sur un matelas dur ou même sur le plancher va lui faire du bien, alors sa douleur va vraiment diminuer. Pareillement, si l'on croit qu'un matelas mou cause la douleur, il en provoquera inmanquablement. Beaucoup de personnes ont du mal à accepter cette vérité et me demandent comment je peux être si certain que tout cela provient d'un conditionnement. Je me base sur les guérisons durables qu'ont amenées nos méthodes de traitement. Une personne guérie du S.T.M. peut dormir sans problème sur le plus mou des matelas.

Ne portez pas de talons hauts.

Cette recommandation vient sans doute du fait que le port de talons hauts augmente la courbure lombaire (lordose), ce qui, selon la plupart des gens, rétrécit l'espace par où passent les nerfs rachidiens. Cette idée ne repose sur aucune preuve. Celle qui suit non plus, d'ailleurs.

Ne nagez ni le crawl ni la brasse.

On veut ainsi éviter de courber la région lombaire, ce qui est censé comprimer les nerfs rachidiens et provoquer de la douleur. J'ai encouragé plusieurs de mes patients à pratiquer ces styles de nage, ce qu'ils ont fait sans douleur, contribuant ainsi à infirmer cette hypothèse.

Ne vous couchez ni sur le dos ni sur le ventre.

On veut toujours éviter de courber la région lombaire.
Rien à rajouter.

L'embonpoint est mauvais pour le dos.

Si je comprends bien, l'excès de poids augmente la pression que subit la colonne vertébrale, ou bien c'est le ventre proéminent qui augmente la courbure lombaire. Quoi qu'il en soit, on n'a aucune preuve que l'embonpoint engendre ou augmente les maux de dos.

Les pieds plats causent le mal de dos.

On n'en a aucune preuve.

Vous avez une jambe plus courte que l'autre; il va falloir compenser ça.

Un des plus vieux mythes veut que l'écart entre la longueur des deux jambes engendre le mal de dos. Il est normal qu'une jambe soit plus courte que l'autre et cette différence peut aller jusqu'à un centimètre. Mais on dit aussi que cela fait pencher le bassin, d'où le mal de dos. Ce n'est qu'un mythe.

Pas de course quand on a mal au dos.

Puisque la course à pied a récemment gagné en popularité, une foule d'experts se sont évidemment penchés sur les problèmes liés à la pratique de ce sport. Il est clair que des blessures sérieuses peuvent survenir, soit parce que les coureurs outrepassent leurs limites, soit à cause d'accidents. Mais on se fait un grand nombre d'idées fausses sur les effets qu'a ce sport sur le dos.

Une des principales idées est que les chocs que le coureur fait subir à sa colonne sont mauvais pour celle-

ci. Cela a l'air très logique quand on est au courant de la dégénérescence naturelle des disques intervertébraux, qui perdent peu à peu la capacité d'amortir les chocs. Mon expérience me montre cependant que cela n'a rien de pathologique et que la colonne s'adapte à cette nouvelle situation. L'adaptabilité des êtres vivants est très grande.

Au fil des ans, j'ai eu à soigner des personnes auxquelles on avait interdit de courir ou de pratiquer tout sport violent à cause de maux de dos. Beaucoup d'entre elles souffraient de problèmes aux disques et on leur avait dit que ces sports pourraient avoir des effets néfastes sur leur état de santé. On craignait surtout pour leurs jambes. Quand il a été clair que ces personnes ne souffraient que du S.T.M., on les a encouragées à reprendre leurs anciennes activités sportives dès la fin du traitement. On n'a enregistré aucune rechute. Le seul obstacle à la reprise des activités sportives a été la peur, qu'il fallait prendre le temps de faire perdre aux patients. Il suffit de faire de nouveau confiance à son dos.

Je me souviens d'un jeune homme dont le mal de dos était apparu au cours d'une partie de tennis. Après le traitement, il se remit à jouer. Deux ans plus tard, il m'a dit au téléphone que tout allait très bien, qu'il jouait régulièrement au tennis, mais se demandait pourquoi il ressentait parfois quelque malaise après une partie. Pas chaque fois, mais une ou deux fois par mois. Je lui ai rappelé que sa première attaque avait eu lieu au cours d'une partie de tennis. Sans doute une légère peur inconsciente du tennis lui était-elle restée. On ne peut jamais extirper toute la peur.

On me raconte souvent que c'est le jogging qui a déclenché la douleur, bien que celle-ci ait pu apparaître plusieurs heures ou quelques jours après la course. Cela cadre très bien avec le S.T.M. On encourage donc

ces personnes à se remettre à courir dès que la douleur est disparue. En effet, la course à pied, tout comme la natation, améliore beaucoup l'endurance aérobique et constitue un excellent évacuateur de tension. Il est donc extrêmement dommageable d'interdire ces activités, d'autant plus que le mal de dos engendre encore plus de tension.

On attribue à la course à pied certaines «blessures» à la jambe et au pied. Quelques-unes sont réelles: déchirements musculaires, fractures. Mais mon expérience m'a montré que les douleurs rapportées sont le plus souvent dues à une tendinite ou à une irritation des nerfs lombaires ou sciatiques. La tendinite la plus courante se retrouve dans les ligaments de chaque côté du genou. Quelquefois aussi, il peut s'agir du tendon d'Achille ou des ligaments de la rotule. Le plus souvent, le traitement du S.T.M. amène la disparition de ces tendinites. Cela peut cependant prendre plus de temps que pour les douleurs aux muscles et aux nerfs.

Depuis dix-neuf ans, je cours tous les matins, pour un total hebdomadaire de 15 à 30 kilomètres, été comme hiver. J'ai eu mal au dos, aux jambes et aux pieds, mais cela ne m'a jamais empêché de courir. Je savais qu'il s'agissait du S.T.M.

Il y a quelque temps, j'avais couru près d'un kilomètre quand je ressentis une douleur dans le mollet gauche. Je me suis arrêté, me suis convaincu qu'il ne s'agissait ni d'une phlébite, ni d'une inflammation, en somme de rien d'important; j'ai conclu à un S.T.M. sciatique. J'ai donc couru les quatre kilomètres qui restaient. De retour chez moi, la douleur avait disparu. Il s'est passé la même chose les deux matins suivants, mais la douleur était de moins en moins forte. Le quatrième jour, pas de problème. La situation aurait été bien différente si j'avais cru que la sciatique était due à un problème discal.

J'ai consacré les deux premiers chapitres de ce livre à décrire les diagnostics et les méthodes traditionnelles de traitement du mal de dos. Je voulais ainsi répondre à l'avance aux questions qui surviendraient lors de la description du S.T.M. et de sa méthode de traitement. Pour progresser, il faut laisser tomber les vieilles idées, même si c'est parfois difficile. On reconnaît partout que les maux au dos, aux épaules et au cou sont des problèmes importants et pourtant non résolus. Je vais donc consacrer les chapitres suivants au diagnostic et au traitement du S.T.M. J'espère ainsi aider tant les médecins que les victimes du mal de dos.

Chapitre 3

Les causes du mal de dos

Les maux au cou, aux épaules et au dos ne sont pas des problèmes purement physiques qu'on doit soigner par des moyens purement physiques. Ils sont reliés aux émotions, à la personnalité et aux problèmes de la vie de chacun. Le mal de dos est surtout lié au caractère, ce qui explique pourquoi il est si répandu. Les Nord-Américains sont des gens qui travaillent fort, qui prennent la vie avec sérieux et qui ont un grand sens des responsabilités. Or, au fur et à mesure que la vie se complique, elle engendre de plus en plus de tension.

C'est au caractère qu'on doit principalement l'apparition des tensions. Il existe un profil de personnalité spécifiquement lié au S.T.M., quoique non restreint à ce dernier. On retrouve ce même profil chez des personnes souffrant de certains autres problèmes, tels les ulcères ou la colite. La personnalité S.T.M. ressemble sous plusieurs aspects à celle des individus dits de type A; dans leur livre *Type A Behavior and Your Heart*¹, les Drs M. Friedman et R.H. Rosenman ont montré que ces personnes étaient particulièrement prédisposées aux troubles coronariens. La différence avec les gens atteints de S.T.M. n'est qu'une question de degré. Les individus de type A sont obsédés par leur travail et leurs responsabilités, ils ne se reposent ni ne s'amuse jamais, et leurs ambitions n'ont pas de limites. Ceux au profil S.T.M. sont, eux aussi, consciencieux, respon-

sables, travailleurs et parfois compulsifs, mais ils sont au fait de leurs limites et du besoin de se reposer. Ils sont plus près de leurs émotions. Chez les deux groupes, cependant, la poussée motivationnelle est interne; les circonstances ne font que concrétiser le besoin de s'accomplir ou de remplir parfaitement un rôle, que ce soit celui de parent, d'étudiant ou de travailleur.

Un bon exemple est celui d'un patient qui, par un travail acharné, avait monté une affaire très prospère et était devenu le patriarche et le bienfaiteur de sa grande famille. Il aimait cette situation mais en ressentait durement les responsabilités. Tout au long de sa vie adulte, il avait souffert de douleurs lombaires, réfractaires à tout traitement. Quand je l'ai rencontré, l'habitude de la douleur était ancrée dans sa vie. Il a compris que la douleur était due à la tension mais il était incapable de changer ses habitudes de vie. D'autre part, il a acquis la certitude que son dos était physiquement sain.

Un autre patient était un homme d'une vingtaine d'années, devenu père deux mois avant d'ouvrir une succursale de la quincaillerie familiale. Chez ce jeune homme très consciencieux, l'apparition simultanée de ces nouvelles responsabilités a amené un S.T.M. dans le bas du dos. Dès qu'on eut identifié la tension comme la source de sa douleur, celle-ci disparut rapidement. Cela arrive fréquemment chez les personnes traitées pour un S.T.M. On en discutera plus longuement au chapitre 5.

Les patients dont nous venons de parler avaient en commun un sens profond des responsabilités et une grande motivation intérieure à réussir à la fois dans les affaires et dans leur vie familiale. On n'a pas à diriger de telles personnes: elles se motivent et se disciplinent elles-mêmes, et elles sont leur critique le plus sévère. Il s'agit là d'une des sources de tension les plus courantes.

À côté du rôle prépondérant du caractère, les circonstances jouent aussi un rôle dans l'apparition de la tension. Je me souviens d'un enseignant au secondaire, qui travaillait le samedi comme pompiste afin d'arrondir ses fins de mois. Un samedi, j'ai reçu un appel d'urgence: il ressentait une vive douleur à la poitrine. L'examen ne révéla aucun signe de problème cardiaque et son électrocardiogramme (É.C.G.) était normal. La douleur était sans aucun doute d'origine musculaire. Par la suite, j'ai pu m'entretenir avec lui et nous avons conclu que l'humiliation de travailler dans une station-service, où ses étudiants pourraient le voir, avait causé beaucoup de tension, avec le résultat que l'on sait. Nous nous sommes mis d'accord sur le fait qu'il lui serait préférable de trouver une autre manière d'augmenter ses revenus.

Bien que la tension due au travail soit courante et aisément discernable, la dynamique familiale engendre aussi des problèmes sérieux, plus difficiles à distinguer parce que plus subtils. J'ai eu comme patiente une femme d'origine méditerranéenne, dans la quarantaine avancée. Elle avait eu une adolescence isolée, s'était mariée jeune, puis, comme l'exigeait sa culture, elle s'était consacrée uniquement à sa maison et à sa famille. Ce que fit très bien cette femme intelligente, compétente et sensible. Mais vint un moment où elle regretta de n'avoir pu aller à l'école et fut peinée que sa famille désapprouve qu'elle veuille apprendre à conduire et que ce soient les besoins de sa famille qui aient entièrement déterminé sa vie. Parce qu'elle n'était pas vraiment consciente de son ressentiment, celui-ci engendra un mal de dos très important, qu'on tenta de soulager par une intervention chirurgicale. Mais la douleur avait persisté. Quand j'ai pris connaissance de son cas, elle était presque totalement invalide. C'est la prise de conscience de ses sentiments réprimés et la résolution de modifier sa vie qui firent que la douleur

s'effaça. Mais alors elle eut à subir des chocs psychologiques, dus autant à la désapprobation de sa famille et de ses amis qu'à ses propres habitudes bien enracinées. Elle passa alors d'une douleur physique à une douleur psychologique, plus appropriée à la situation. Mais la cessation de la douleur physique en valait la peine, disait-elle.

La combinaison de certains traits de caractère et des circonstances engendre souvent des conflits, sources habituelles de tension. Je me souviens d'une femme que j'avais guérie d'une douleur lombaire deux ans avant qu'elle ne me rappelle pour me dire qu'elle souffrait maintenant de douleurs au cou, aux épaules et aux bras. Elle était certaine qu'elles étaient dues à ses relations avec son mari et sa belle-fille adolescente. Je l'encourageai à ne pas se faire traiter. Dans les mois qui suivirent, la situation psychologique demeura inchangée, la douleur persista et ses épaules perdirent une grande partie de leur mobilité. Elle résista aux pressions de ses proches, qui lui conseillaient de subir de nouveaux tests et un traitement. Et puis, un jour, elle se décida à parler à son mari. Il en résulta un renversement de la situation et sa douleur disparut. Elle se mit à faire des exercices et ses épaules recouvrèrent peu à peu leur entière mobilité. Le lien entre le conflit psychologique et la douleur physique est évident dans ce cas. Un conflit non résolu engendre de la tension, qui se manifeste en douleur.

Parfois l'origine de la tension n'est pas évidente. Je me souviens d'une jeune femme mariée, dont la réaction au diagnostic d'un S.T.M. fut une grande surprise. Elle se défendait bien d'être tendue ou nerveuse et elle disait n'être pas particulièrement consciencieuse ni compulsive. L'ami qui l'accompagnait disait de même; il affirmait qu'on la qualifiait de personne gaie, qui prend la vie du bon côté. Ce n'est qu'après une longue discussion qu'elle a admis qu'elle résolvait ses problèmes

en les chassant de son esprit. Elle ne laissait rien lui causer des tracas. Il s'agit là d'une méthode éprouvée pour engendrer de la tension. On ne se débarrasse pas de ses problèmes en les ignorant, on les relègue alors dans l'inconscient, où ils sont tout à fait libres d'engendrer de l'anxiété. Et cette tension refoulée se manifestera sous forme de symptômes physiques, tel un S.T.M.

Quelles sont la nature et l'origine de la tension? J'ai suggéré précédemment qu'il s'agissait de la résultante de certains traits de caractère et des circonstances, mais une recherche plus approfondie montrerait d'autres facteurs liés au besoin de s'accomplir, d'être responsable ou fort. Chacun ne veut-il pas être aimé, approuvé et admiré? Ce sont là des besoins fondamentaux, habituellement inconscients, et, ce qui est plus important, souvent en conflit avec d'autres motivations inconscientes. L'homme qui veut paraître fort peut aussi se sentir vulnérable ou vouloir se faire cajoler. Mais la peur de ne pas paraître viril lui fera négliger ces besoins. Ce conflit inconscient génère de la tension. Les gens qui se démènent au travail peuvent se sentir obligés de travailler fort ou de rester toujours sous pression. Comment peuvent-ils prouver qu'ils sont quelqu'un autrement qu'en réussissant?

Même si les besoins d'amour et d'approbation semblent être universels, ils peuvent être comblés de diverses manières, parfois en conflit avec d'autres besoins. La Méditerranéenne dont j'ai parlé plus haut voulait être une bonne mère, mais elle avait aussi des besoins personnels. Ce conflit résulta en colère refoulée et en sentiment de culpabilité. Il engendra de la tension qui, à son tour, causa un mal de dos.

On ne doit pas éliminer toute tension. Une certaine dose est nécessaire à une vie normale et fournit l'énergie pour nos activités quotidiennes. C'est quand la tension est excessive que les problèmes commencent.

Karen Horney, psychanalyste célèbre, a écrit au sujet de la tyrannie du «je devrais...»². «Je devrais être un bon employé (ou un bon parent, une fille ou un garçon attentionné, un bon citoyen).» Et c'est de cette bataille, ayant cours dans le subconscient, entre les «je devrais» et les «je m'en fiche», que provient souvent la tension.

Un des pires aspects du S.T.M. est que le processus s'autogénère. Après son apparition s'installe habituellement un cercle vicieux dans lequel de nombreux éléments tendent à augmenter l'anxiété, et par conséquent la douleur. La douleur elle-même engendre de l'anxiété et donc une douleur encore plus grande. Le diagnostic même est aussi une source d'anxiété. Les personnes souffrant d'un mal de dos ont souvent rencontré de nombreux médecins et autres professionnels de la santé, chacun avec son explication. Elles ne savent finalement plus du tout quoi croire et deviennent très inquiètes: «Qu'est-ce que j'ai au dos? Qui a raison?»

Des termes comme «dégénérescence» ou «détérioration» font peur. Le malade s'imagine avec le bas de sa colonne s'émiettant peu à peu, avec les jambes paralysées, dans un fauteuil roulant. Toutes ces images terrifiantes augmentent son anxiété et, par le fait même, la douleur.

Une femme m'a raconté qu'elle était sortie du cabinet de son médecin en état de choc. Elle a failli s'évanouir dans la rue après qu'on lui ait dit que le bas de sa colonne subissait une dégénérescence. Une autre patiente avait décidé de s'informer sur la manière d'éliminer un petit malaise: après une partie de tennis, elle ressentait parfois des tiraillements dans le bas du dos. Elle aurait bien aimé savoir pourquoi. On prit une radiographie et on lui annonça que ses tiraillements étaient dus à la détérioration du disque intervertébral L5-S1. On lui recommanda de renoncer au tennis et de limiter ses activités physiques. Elle avait mené

jusqu'alors une vie tout à fait normale. Au cours des mois suivants, sa douleur s'aggrava. De plus, elle se mit à avoir mal dans la jambe gauche. De semaine en semaine, elle devenait moins active et plus craintive. Finalement, sa douleur devint généralisée, avec des crises occasionnelles de spasmes, qui la clouaient au lit deux ou trois jours. Elle était convaincue que la dégénérescence du bas de son dos s'accroissait, que ses douleurs à la jambe étaient dues à la compression des nerfs et qu'elle devrait sous peu se soumettre à la chirurgie.

Il était évident que c'était le diagnostic qui avait déclenché cette escalade. L'examen ne révéla qu'un S.T.M., et, quand on lui eut expliqué que les anomalies décelées par la radiographie étaient normales à son âge, son état s'améliora rapidement. Quelques mois plus tard, elle était revenue à sa vie normale et elle jouait de nouveau au tennis.

La peur de l'activité physique peut aussi aggraver et maintenir un S.T.M. Lors d'une attaque aiguë, on prescrit toujours de garder le lit. On considère que l'anomalie structurale a besoin de temps pour guérir ou que l'inflammation doit se résorber. Quelquefois le repos atténue la douleur, mais même dans le cas contraire, le malade n'arrive pas à garder le lit et se met à se promener. Toute activité physique cause beaucoup d'émoi. Les médecins aussi bien que les amis conseillent au malade de ne pas se pencher, de ne rien soulever, de ne pas faire le moindre effort. La personne devient peu à peu conditionnée, programmée, au point que la seule pensée de l'exercice lui fait peur. D'où un S.T.M. plus fort et plus douloureux. Il s'agit ici d'un autre cercle vicieux.

En plus, un ensemble de facteurs psychologiques ajoutent à l'anxiété. La personne finit toujours par se sentir incapable. La mère de jeunes enfants ne peut plus

les lever ou jouer avec eux comme avant. Le père n'est plus en mesure de jouer au football ou de faire du ski avec son fils. La ménagère ne peut plus passer l'aspirateur, ni faire les lits, ni travailler à l'évier: on doit se pencher un peu vers l'avant, ce qui fait très mal. On doit restreindre ses activités sociales, on ne peut plus aller au cinéma, ni recevoir, ni jouer aux quilles. Ou bien la douleur nous interdit ces choses, ou bien celles-ci engendrent de la douleur.

Bien qu'on en parle peu souvent, l'activité sexuelle peut aggraver le mal de dos. Faire l'amour est une activité physique intense; alors, la douleur et la peur de la douleur peuvent empêcher l'un ou l'autre partenaire d'être satisfait: un autre cercle vicieux.

Les travailleurs finissent toujours par s'inquiéter du temps de travail qu'ils perdent, du risque de perdre leur emploi, de leur sécurité financière et de la possibilité de devenir invalide. On voit facilement pourquoi ces gens sont désespérés et pourquoi la douleur et l'anxiété augmentent. Ils deviennent souvent irritables et déprimés, jusqu'au point de ne plus réagir à des traitements autrefois bénéfiques.

Où va cette tension excessive? Comme elle ne s'évapore pas, on doit la dissiper, l'utiliser ou la brûler. On pourrait poser l'hypothèse suivante quant à la conservation de l'énergie psychique: une fois créée, sous forme de tension, par exemple, cette énergie doit être exprimée d'une manière ou d'une autre. La voie la plus logique et directe devrait être celle des émotions. C'est sa source, après tout. On devrait alors tantôt avoir la frousse, tantôt se sentir nerveux ou tendu. Ce sont des sentiments désagréables et inacceptables, autant pour soi-même que pour son entourage. Personne n'aime perdre le contrôle de soi-même, ni être vu comme froussard ou nerveux. Parce que l'expression

émotionnelle de la tension est réprimée tant par l'individu que par la société, le cerveau choisit un autre exutoire: le corps. Avant de voir comment tout cela se passe concrètement, nous allons tenter de comprendre un peu mieux les raisons de ce processus de sublimation.

Les problèmes mentaux ou émotionnels ne sont pas toujours acceptés par la société. Bien que les choses s'améliorent, la plupart des gens éprouvent une forte réticence à admettre de tels problèmes et encore plus à chercher de l'aide auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue. Et les médecins contribuent à cette situation: ils préfèrent s'occuper de troubles physiques et sont mal à l'aise en présence de problèmes émotionnels. Habituellement, ils prescrivent un médicament en espérant que ça va passer. Les gens sont sensibles à ces attitudes. De leur côté, les personnes souffrant de problèmes physiques n'ont pas à subir de tels préjugés. Aux États-Unis, les assurances vont payer les traitements physiques les plus sophistiqués, y compris des tests diagnostiques de plusieurs milliers de dollars ou de coûteuses interventions chirurgicales; mais la plupart des polices d'assurance excluent ou limitent sévèrement les sommes remboursables quand il s'agit de psychothérapie.

En conséquence, le cerveau met au point une stratégie pour ôter au problème son aspect émotionnel en transformant tout à fait inconsciemment la tension en un problème physique, qui sert de *substitut*. Le malade n'a plus à avoir honte, sa tension est *cachée*. Ce processus est très courant et à peu près tout le monde en fait l'expérience une ou plusieurs fois au cours de sa vie. On appelle cela les maladies *psychosomatiques*: ce sont des problèmes physiques dus à des phénomènes émotionnels. On y retrouve le S.T.M.; des problèmes d'estomac, dont les brûlures d'estomac, les dérangements, la gastrite, les ulcères, la hernie hiatale; la

colite; les coliques; la céphalée de tension; la migraine; l'urticaire; l'eczéma; le rhume des foies; l'asthme, et plusieurs autres.

Il y a quelques années, alors que je commençais à soupçonner que la tension était à l'origine de la plupart des maux de dos, j'ai effectué une enquête auprès d'un grand groupe de patients souffrant de S.T.M. J'ai trouvé que 88 p. 100 d'entre eux avaient souffert d'une maladie psychosomatique au cours de leur vie; 28 p. 100 en avaient eu au moins *quatre*.

Je dois ici remercier Russell Baker, chroniqueur du *New York Time Magazine*. Dans une de ses chroniques du dimanche, intitulée «Où sont passés tous les ulcères?»³, il mentionnait que le nombre d'ulcères d'estomac semblait moindre qu'avant. Cet article m'a amené à penser que depuis que tout le monde, tant les médecins que les profanes, sait que les ulcères sont dus à la tension, ceux-ci ne camouflent plus rien. Ils sont donc plus rares. Serait-ce la raison du récent accroissement du nombre de cas de maux au cou, aux épaules et au dos?

Un autre élément tend à prouver que la cause des maux de dos est psychologique et pas structurale. Les douleurs nocturnes, qui réveillent soudainement les malades d'un sommeil profond, sont courantes. On se dit qu'on a dû se retourner en dormant. On trouve cela très étrange, surtout que l'on présente le repos au lit comme un traitement adéquat; il a sans doute pour but de reposer la colonne de son travail de soutien du poids corporel. Alors pourquoi tant de personnes éprouvent-elles leurs douleurs les plus aiguës en dormant?

C'est dans l'inconscient que réside la tension, et l'inconscient ne se repose jamais. Il semble que certaines personnes souffrant de S.T.M. voient le niveau de leur tension augmenter pendant leur sommeil, d'où

un accroissement de la douleur. J'ai observé, aussi bien sur moi-même que chez mes patients, qu'il y a une correspondance directe entre le niveau de tension et l'intensité de la douleur. J'ai moi-même un caractère compulsif et perfectionniste. J'ai donc souffert au cours des années de plusieurs malaises physiques dus à la tension, y compris des S.T.M. aux épaules et dans la région lombaire. Pendant deux étés, j'ai souffert d'une sciatique aiguë. Ce n'est qu'à la fin du deuxième été que je me suis rendu compte qu'elle était liée au tennis. Je venais de commencer à pratiquer ce sport dans l'espoir de devenir tout de suite un champion, d'où beaucoup de tension. La douleur se manifestait surtout la nuit, ce qui est courant chez moi.

J'ai observé attentivement des cas de S.T.M. en milieu hospitalier, et il est clair que l'intensité de la douleur reflète le niveau de tension. Par exemple, un patient bouleversé par un appel téléphonique d'un membre de sa famille souffrait le martyre deux heures plus tard.

En bref, c'est le niveau de tension qui détermine le moment et l'intensité de la douleur. On ne sait toujours pas pourquoi la tension est plus forte la nuit seulement chez certaines personnes. Le S.T.M. va d'une douleur très faible à l'invalidité complète. La plupart des cas se situent entre ces deux extrêmes.

Il y a quelques années, alors que mes recherches commençaient à mettre au jour le S.T.M., j'ai effectué une recension d'écrits médicaux afin de trouver une confirmation à mes hypothèses. Je ne pouvais croire être le premier à décrire ce désordre. J'ai été rassuré de trouver, dans une édition de 1946 du *New England Journal of Medicine*⁴, un article du major Morgan Sargent, médecin originaire de Boston. Il était alors en poste à un centre de convalescence de l'Aviation, à Saint-Petersburg, en Floride. Dans son article, il traitait des problèmes de maux de dos chez d'anciens soldats

de l'Aviation. Il a examiné de nombreux jeunes gens se plaignant de maux de dos; c'est seulement dans 4 p. 100 des cas que l'on pouvait attribuer la douleur uniquement à des causes structurales. Tous les autres cas étaient dus uniquement ou principalement à des facteurs psychologiques. C'est avec une émotion de plus en plus vive que je me suis rendu compte qu'il décrivait exactement le S.T.M. Il parlait de la tension musculaire comme d'une manifestation physique d'une grande tension nerveuse. Il décrivait de nombreux cas typiques de S.T.M. et montrait que les patients attribuent le plus souvent leurs douleurs à une blessure, souvent ancienne; il mentionnait que les problèmes commençaient souvent lors d'une situation tendue; il affirmait que les symptômes étaient très variés. Il a rapporté qu'un de ses patients déclarait avoir ressenti de l'anxiété lorsque son mal de dos a disparu. Cet article a été important pour moi: j'avais besoin d'être encouragé par le fait de savoir que quelqu'un avait observé les mêmes phénomènes que moi.

J'ai par la suite trouvé un autre article des D^{rs} Holmes et Wolff, pionniers célèbres du domaine de la douleur, où ils mettaient en relation les événements, les émotions et le mal de dos⁵. C'est cet article qui m'a suggéré l'hypothèse que le fondement physiologique de la douleur pourrait être la diminution de la circulation sanguine.

Les fondements physiologiques de la douleur

Le cerveau est à la fois l'organe le plus complexe du corps humain et celui que nous connaissons le moins. Il est le siège de ce qui nous caractérise comme êtres humains: la pensée, la parole, les émotions. Il est beaucoup plus simple de comprendre les fonctions que nous partageons avec les autres animaux, comme le mouvement, la digestion et l'excrétion. Mais les fonctions qui nous rendent uniques sont les plus

complexes et sont encore mal connues. C'est ainsi que nous ne pouvons pas décrire ce qui cause le S.T.M.; mais cela ne veut pas dire que nous ne connaissons rien du processus lui-même. Nous savons que le S.T.M. a son origine dans le cerveau; allons donc y voir un peu.

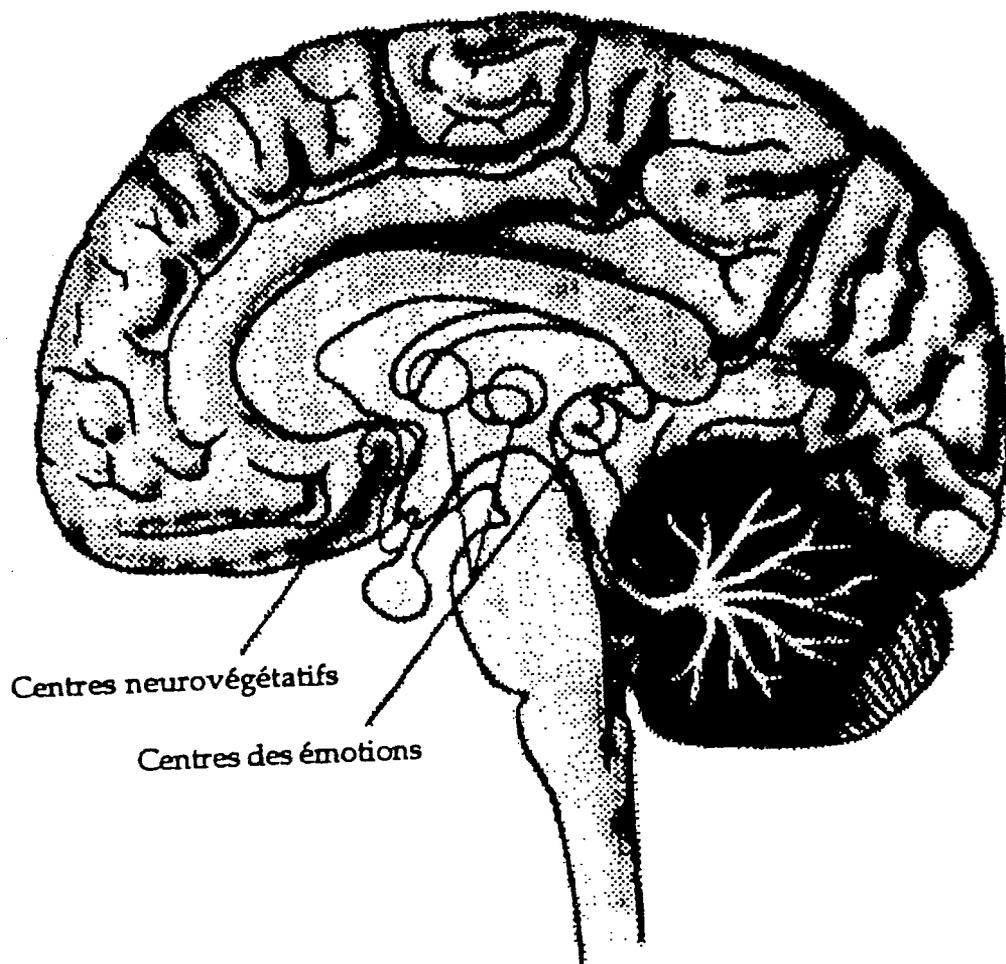


Figure 5.
Centres des émotions et centres neurovégétatifs.

On appelle «système limbique» un groupe de cellules nerveuses situées assez profondément dans le cerveau. Les émotions sont reliées à ce système. La figure 5 montre où se situe ce «centre des émotions». On trouve tout près un autre groupe de cellules qui régissent les fonctions inconscientes du corps, telles la sécrétion des

larmes et de la salive, la respiration, la régulation du rythme cardiaque, les fonctions digestive, urinaire et sexuelle, et – ce qui nous intéresse particulièrement – l'irrigation sanguine des diverses parties du corps. On appelle ce système «neurovégétatif». On peut aussi en voir l'emplacement à la figure 5.

La figure 6 montre la transmission des messages, à partir du centre neurovégétatif, dans le cerveau, le long de la moelle épinière, puis, grâce à un réseau de nerfs, jusqu'aux divers organes. Le but de ce système est de maintenir un fonctionnement optimal du corps dans diverses circonstances, que ce soit la vie quotidienne ou des situations exceptionnelles. Dans ce but, le système neurovégétatif réagit à des stimuli très variés. Par exemple, quand il fait froid, le centre neurovégétatif réduira l'irrigation sanguine de la peau, de manière à conserver la chaleur. Au contraire, quand il fait chaud, ces régions seront beaucoup plus irriguées, pour dissiper la chaleur corporelle.

Bien que la plupart des stimuli auxquels réagit le système neurovégétatif soient physiques, par exemple la chaleur, le froid, la faim et la fatigue, les émotions sont aussi d'importantes sources de stimuli. Quand on est triste, un liquide salé coule des glandes lacrymales; quand on est en colère, les yeux s'ouvrent très grand, le rythme cardiaque s'accélère et les muscles se tendent; quand on a peur, le corps tout entier se prépare à fuir ou à lutter. Cela arrive chez tous les animaux. Mais les êtres humains sont plus compliqués et jouissent d'un plus grand éventail d'émotions, parmi lesquelles se trouve la tension. Si certains animaux peuvent montrer de la tension et de l'anxiété dans des situations artificielles, la tension fait partie de la vie quotidienne des humains, et un excès de tension peut engendrer des problèmes physiques, parmi lesquels le S.T.M. est sans doute maintenant le plus répandu.

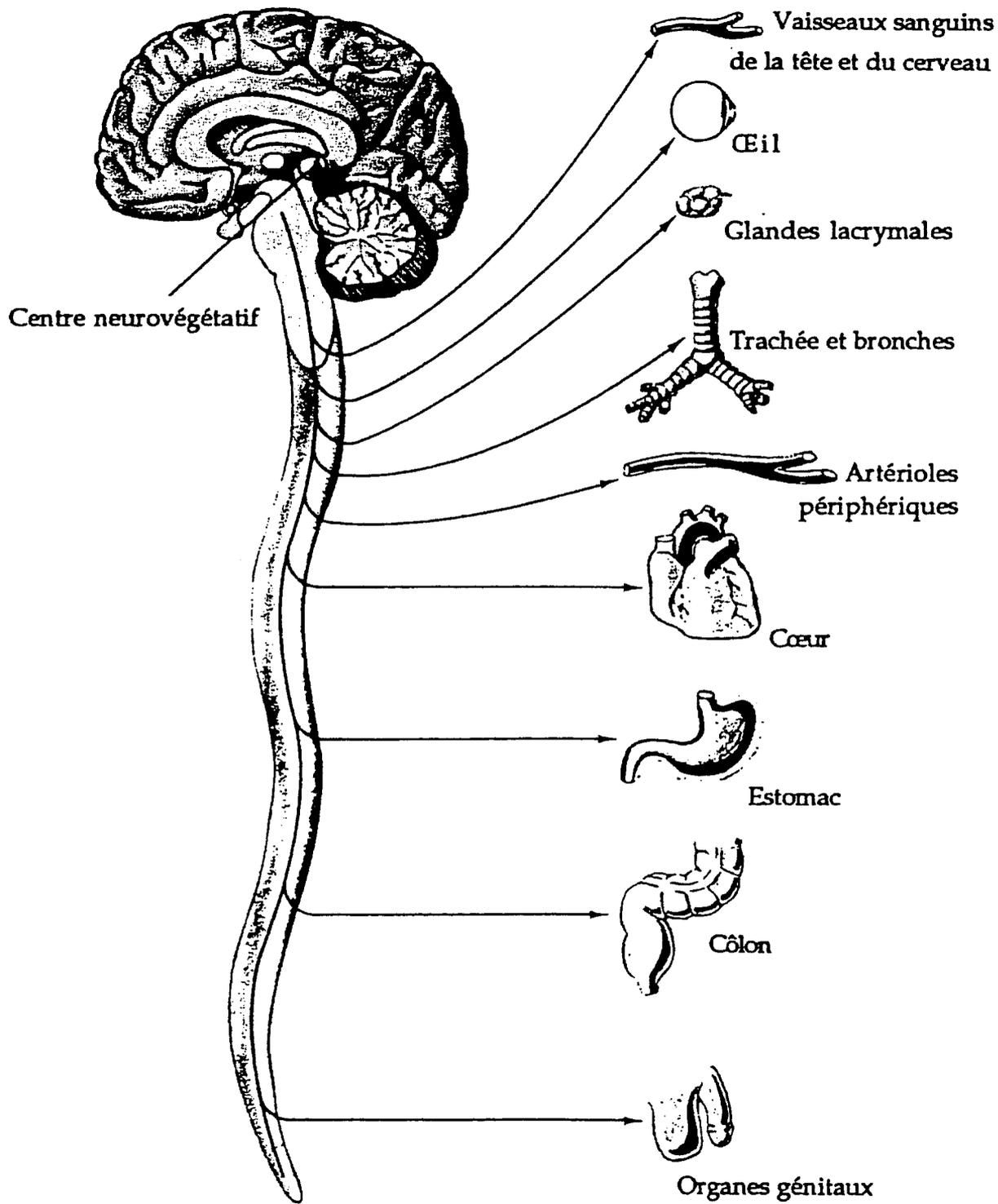


Figure 6.

Le système neurovégétatif est relié à plusieurs organes, dont les artéριοles. C'est dans les artéριοles que la tension induit un changement dans la circulation sanguine, provoquant la douleur.

Après cette introduction, nous sommes prêts à aborder la physiologie du syndrome de tension musculaire. Le système neurovégétatif contrôle la circulation du sang dans tout le corps. Grâce au cœur, le sang est pompé dans un réseau de vaisseaux de grande taille, les artères, qui se subdivisent en vaisseaux de plus en plus petits, jusqu'aux artérioles, qui irriguent l'ensemble des tissus. C'est le système neurovégétatif qui décide si une partie donnée du corps – les muscles des fesses, par exemple – va recevoir, à un instant donné, une quantité de sang normale, plus grande qu'à l'accoutumée, ou plus faible. Ces modifications peuvent être causées par le chaud ou le froid, par l'activité physique, ou par la peur ou l'anxiété. C'est le système neurovégétatif qui coordonne tous ces changements.

Le S.T.M. est le résultat d'une diminution du débit sanguin dans une région donnée, à cause de la tension. On appelle *ischémie* une telle diminution. La tension réduit le diamètre des artérioles – c'est la vasoconstriction – ce qui ralentit la circulation sanguine, privant les tissus de leur alimentation normale en sang. Bien que tous les muscles du cou, des épaules et du dos puissent être touchés, on note un ordre de préférence des sites atteints. La partie supérieure externe des fesses vient en premier lieu, suivie du haut des épaules et des côtés du cou.

La baisse du débit sanguin *n'est pas* suffisante pour endommager les muscles et les nerfs, sauf de rares exceptions. C'est pourquoi on relie toujours le mal de dos à des anomalies structurales. L'exposition du corps à une basse température induit un état similaire, avec vasoconstriction et diminution de l'apport sanguin, mais il s'agit dans ce cas d'une réaction normale. Si la température augmente, l'apport sanguin fait de même; si la tension diminue, les artérioles vont se rouvrir.

La figure 7 montre la moitié interne de la fesse normalement alimentée en sang alors que la moitié externe est privée de son apport nécessaire à cause d'une constriction de l'artère la desservant. Cela se manifeste sous forme de douleur, en premier lieu à cause de l'accumulation de déchets chimiques dans le

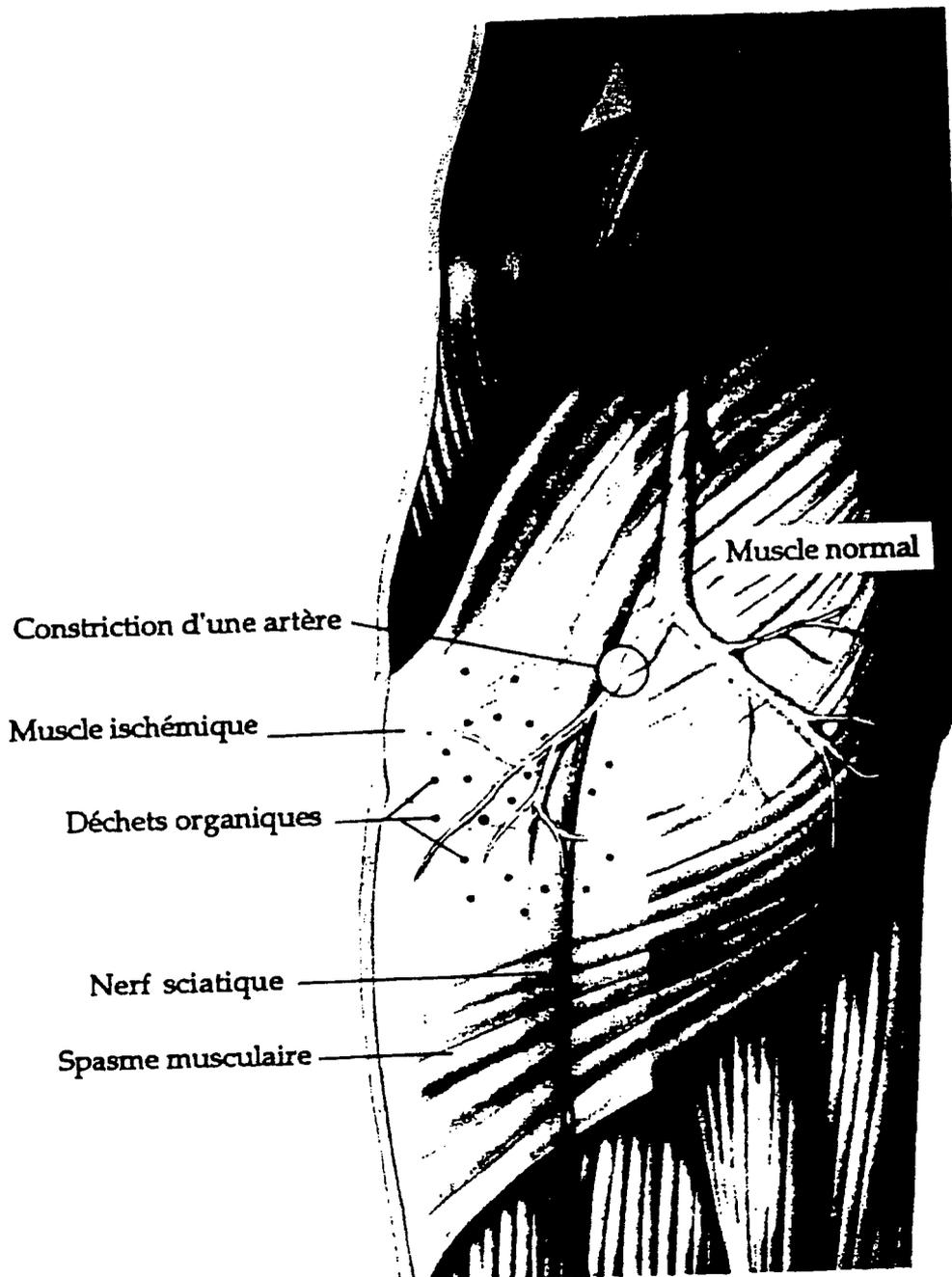


Figure 7.
On peut voir les trois manières dont une ischémie peut engendrer de la douleur: spasme musculaire, accumulation de déchets organiques et névralgie.

muscle. Ceux-ci sont habituellement emportés dans le sang pour être éliminés ailleurs dans l'organisme; mais parce que la circulation est lente et insuffisante, ils peuvent maintenant s'accumuler. Sur le schéma, on les a représentés par des points noirs.

En second lieu, la réduction de la circulation sanguine empêche de nourrir convenablement les muscles à cause d'un apport d'oxygène insuffisant, ce qui provoque des spasmes. Ceux des muscles du dos ressemblent aux crampes du mollet, que nous connaissons tous. Mais les spasmes du dos ou du cou sont durables. Les crises de S.T.M. débutent souvent par des spasmes qui peuvent clouer le malade au lit.

En troisième lieu, les nerfs aussi manquent d'oxygène, en particulier le nerf sciatique – dans la fesse –, les nerfs rachidiens – dans le dos et le cou –, et le plexus brachial; ce sont des nerfs périphériques. Ce manque provoque de la douleur. Lorsque l'apport d'oxygène est encore plus faible, on ressent des fourmillements, et les muscles peuvent s'affaiblir. Ce dernier symptôme est rare dans les cas de S.T.M.: il signifierait que les fibres nerveuses motrices, qui transmettent les messages du cerveau aux muscles, sont touchées.

À cause de leur position particulière dans la fesse, les nerfs périphériques les plus sujets au manque d'oxygène sont les nerfs sciatiques (un par jambe). Ils desservent la majeure partie des jambes. Si les nerfs rachidiens du cou et le plexus brachial sont atteints, on aura des douleurs dans les bras et les mains.

Les nerfs transmettent les messages à partir du cerveau et vers celui-ci, pour toutes les parties du corps. Quand un nerf est irrité ou endommagé – par manque d'oxygène, par exemple – on ressentira une douleur à l'endroit où se dirige le nerf, ou, si l'on préfère, dans la région desservie par le nerf. En bref, dans les cas de

S.T.M., le manque d'oxygène dans les nerfs engendre les douleurs aux bras et aux jambes.

On doit répéter que la tension peut se manifester, par l'intermédiaire du système neurovégétatif, par de multiples malaises physiques, dont le plus courant est le S.T.M. Il semble que toutes ces manifestations se valent, ce qui fait que quelqu'un pourra souffrir de brûlures d'estomac ou de céphalées au lieu de S.T.M. Nous allons voir que le traitement doit dépendre de la manière dont se manifeste la tension.

En résumé, on peut dire que la plupart des maux au cou, aux épaules et au dos sont dus au S.T.M., désordre physique bénin, dont la cause la plus immédiate est la réduction de l'irrigation des tissus. Ce problème circulatoire provient de la vasoconstriction des petits vaisseaux qui alimentent les tissus concernés. Cette constriction est provoquée par la tension. Quant à cette dernière, elle est la conséquence de certains traits de caractère, parfois exacerbés par les circonstances.

Bien que la lutte pour la survie et pour le progrès ait toujours engendré de la tension chez les êtres humains, la vie actuelle est particulièrement stressante. On peut difficilement changer la société; mais grâce à une façon intelligente d'aborder le problème, on peut empêcher que la tension ne se transforme en malaises physiques.