



**Mémoire de fin de formation à la méthode Mézières**

## **LA METHODE MEZIERES CHEZ UNE PATIENTE FIBROMYALGIQUE**



Franck Margerin (8)

**« Mieux connaître pour mieux traiter »**

## **GLOSSAIRE :**

|      |                                   |
|------|-----------------------------------|
| C    | vertèbre cervicale                |
| ELAS | épine iliaque antéro supérieure   |
| HAS  | haute autorité de santé           |
| MI   | membre inférieur                  |
| MS   | membre supérieur                  |
| OMS  | Organisation mondiale de la santé |
| RI   | rotation interne                  |
| RE   | rotation externe                  |
| SCOM | sterno Cleido occipito mastoïdien |

## **REMERCIEMENT**

Je tiens à remercier tous les enseignants de l'AMIK pour leur dynamisme et leur plaisir à partager leur savoir sur la méthode Mézières et leur pratique professionnelle.

Merci beaucoup à Madame L, ma patiente pour sa collaboration dans ce travail.

Merci enfin à mes collègues et mon mari pour leurs échanges d'idées et leur patience.

# PLAN

## **A. PRESENTATION DE LA FIBROMYALGIE** **Page 4**

1. La définition selon OMS 1990 :
2. L'épidémiologie
3. Description de la maladie
4. Les répercussions sur la vie professionnelle et personnelle
5. Les critères de diagnostic

## **B. PRESENTATION DE LA PATIENTE** **Page 7**

- 1 La présentation de la patiente
- 2 Les antécédents
- 3 L'anamnèse
- 4 La demande de la patiente
- 5 - Les médicaments et l'hygiène de vie
- 6 Les activités professionnelles et les loisirs
- 7 Les douleurs
- 8 Le profil psychologique
- 9 La fatigue et le sommeil
- 10 Les radios

## **C. LE BILAN KINESITHERAPEUTIQUE** **Page 11**

- 1 Observation debout position normale
- 2 Profil droit et gauche
- 3 La respiration
- 4 Dos
- 5 Observation debout pieds joints
- 6 Penché en avant
- 7 Position couché
- 8 Mise en tension des membres
- 9 Mon diagnostic kinésithérapique et mes objectifs

## **D. LA PREMIERE SEANCE** **Page 13**

## **E. BILAN DES SEANCES ET MES RESSENTIS** **Page 14**

## **F. CONCLUSION** **Page 16**

## **G. BIBLIOGRAPHIE** **Page 17**

# **A. PRESENTATION DE LA FIBROMYALGIE**

Du latin *Fibra* (fibre), et du grec *myo* (muscle) et *algo* (douleur)

## **1. La définition selon Organisation Mondiale de la Santé 1990**

La fibromyalgie ou syndrome polyalgique idiopathique diffus est une maladie caractérisée par un état douloureux musculaire chronique (myalgie diffuse) étendu ou localisé à des régions du corps diverses. Elle se manifeste notamment par une allodynie (la survenue d'une douleur déclenchée par un stimulus qui est normalement indolore) tactile et une asthénie (fatigue) persistante.

En 1992 la fibromyalgie est reconnue comme une maladie rhumatismale non spécifique alors qu'elle était auparavant considérée comme une maladie psychiatrique par les médecins.

## **2. L'épidémiologie**

En France, selon HAS, une étude (1) de 1986 montre que la prévalence du syndrome fibromyalgique est de 2.2% de la population générale soit environ 680 000 personnes. Il est à noter que la prévalence d'une maladie rare est de 1/1000, nous sommes donc en présence d'un syndrome beaucoup plus présent qu'une maladie rare. La fibromyalgie touche principalement les femmes entre 30 et 50 ans.

## **3. Description de la maladie :**

Ces manifestations n'ont à ce jour pas d'explications physiopathologiques et ne s'accompagnent pas d'anomalies biologiques. Plusieurs facteurs sont susceptibles de déclencher la fibromyalgie comme une susceptibilité génétique, une vulnérabilité psychologique, des troubles du métabolisme de la sérotonine ou encore une infection, des microtraumatismes musculaires, un traumatisme cervical, des événements affectifs (divorce, décès...). Avant de faire le diagnostic, le médecin écarte des causes traumatiques, rhumatismes et d'affections endocriniennes, cancéreuses ou infectieuses.

- a) **Principalement la douleur** : (2) « La douleur, toujours étendue et diffuse, peut débuter au cou et aux épaules, pour s'étendre ensuite au reste du corps, notamment, au dos, au thorax, aux bras et aux jambes. Elle est permanente mais aggravée par les efforts, le froid, l'humidité, les émotions et le manque de sommeil, et s'accompagne de raideur matinale. La distinction entre douleur articulaire et musculaire est d'autant plus difficile que les patients ont l'impression d'un gonflement des zones douloureuses et de paresthésies des extrémités en l'absence de tout signe objectif d'atteinte articulaire ou neurologique »
- b) **La fatigue** (asthénie) : Elle est constante et quotidienne. Elle provoque chez le patient une intolérance à l'effort physique ou intellectuel.
- c) **Des troubles du sommeil** : Ceux-ci se caractérisent par des nuits courtes non réparatrices. Le patient présente des difficultés à s'endormir et des réveils nocturnes.

- d) **Des troubles anxieux et dépressifs : « Mal-être »** Nous ne savons pas à ce jour s'ils sont la cause ou la conséquence de la maladie. Mais le stress, la nervosité, l'émotivité, voire aussi le repli sur soi et la déprime sont des symptômes fréquents.
- e) **Le colon irritable:** le patient présente des ballonnements, des perturbations du transit intestinal et douleurs abdominales
- f) **Les autres Symptômes fréquents :(3)**
- ✓ Maux de tête, évocateurs s'ils sont d'apparition récente,
  - ✓ La vessie irritable avec envie fréquente d'uriner,
  - ✓ Les règles douloureuses et irrégulières,
  - ✓ La sensibilité exagérée au froid avec quelquefois un syndrome de Raynaud,
  - ✓ La nécessité d'un déverrouillage matinal,
  - ✓ L'impression subjective de gonflement des points douloureux,
  - ✓ Les fourmillements des mains et des pieds,
  - ✓ Les bourdonnements d'oreilles (acouphènes),
  - ✓ Le syndrome des jambes sans repos,
  - ✓ Les crampes des mollets,
  - ✓ Une frilosité,
  - ✓ L'hypoglycémie,
  - ✓ Les engourdissements,
  - ✓ Les troubles de l'équilibre,
  - ✓ Les problèmes sexuels,
  - ✓ Les douleurs de type sciatique,
  - ✓ Une transpiration exagérée,
  - ✓ Un manque de souffle survenant par accès,
  - ✓ Une bouche sèche.

#### **4. Les répercussions sur la vie personnelle et professionnelle (3)**

Sur le plan professionnel, le patient est vite fatigué et présente des douleurs ; son travail devient pénible malgré des arrêts répétés durant la journée, d'où une difficulté à se maintenir dans l'emploi. Sur le plan familial, les patients souffrent essentiellement de la méconnaissance et de l'absence de reconnaissance de la maladie par les proches. Etant donné une vie professionnelle et personnelle très perturbée, le patient finit par s'isoler malgré lui.

#### **5. Les critères de diagnostic :**

L'examen physique est généralement normal. Il n'existe pas encore de test courant, spécifique et fiable à 100% pour la validation de la fibromyalgie. Le diagnostic repose donc sur un diagnostic différentiel.

Nous retrouvons donc

- Une douleur diffuse dans le corps (les quatre quadrants) de façon symétrique depuis plus de trois mois.
- Selon l'OMS (1) des points douloureux, au nombre de 18.(points gachettes) Durant le diagnostic, le médecin doit exercer une force de 39 newtons sur ces points. Ses points peuvent varier de localisation selon l'état de la patiente. Nous devons en retrouver 11 pour poser le diagnostic de Fibromyalgie.

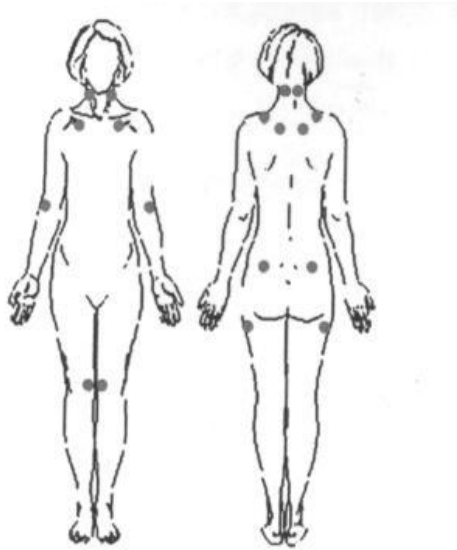


Schéma 1 : La situation des points douloureux spécifiques(gachettes)  
à la fibromyalgie au nombre de 18. (4 )

## **B. PRESENTATION DE LA PATIENTE:**

Je décide pour ce travail de mémoire, de choisir un cas clinique présentant une fibromyalgie. Tout d'abord pour approfondir mes connaissances sur la fibromyalgie qui reste à mes yeux un syndrome encore bien complexe et avec beaucoup d'incompréhension autour de moi. Ensuite, cette prise en charge est aussi un défi par rapport à cette patiente qui consulte beaucoup de thérapeutes. Enfin cette étude est l'occasion pour moi de mettre en pratique ma formation sur la méthode Mézières et de l'associer à une pathologie moins courante.

### **1. La présentation de la patiente :**

Une patiente de 69 ans, souriante et bavarde avec une marche dynamique arrive à mon cabinet. Un grand sac rempli de radios, d'exams et de commentaires l'accompagne. Elle se présente avec une prescription de 20 séances de rééducation selon la méthode Mézières pour Fibromyalgie

### **2. Les antécédents :**

- Une clavicule gauche cassée dans sa jeunesse
- Un accouchement difficile d'une fille (40 ans) par césarienne pas d'autre enfant
- L'ablation de l'utérus il y a 20 ans

### **3. L'anamnèse:**

La fibromyalgie est diagnostiquée vers 1995-2000 malgré des symptômes douloureux depuis l'âge de 35 ans. La patiente parcourt plusieurs centaines de kilomètres pour rencontrer des professionnels : Tous les spécialistes médicaux ou non : Rhumatologue, Gastroentérologue, Nutritionniste, Homéopathe, Acuponcteur, Pharmacien, Masseur-kinésithérapeute.....

Son généraliste « plus sensible à la fibromyalgie » est à 200km de son domicile, et madame L effectue une cinquantaine de kilomètres pour venir en séance de kinésithérapie.

Elle a pratiqué de la gymnastique type musculation intensive en club il y a une dizaine d'années sur les conseils des médecins. Cela s'est traduit par un épuisement plus intense et une augmentation de la douleur.

Nous pouvons voir ainsi la forte motivation de Madame L pour se soigner.

### **4. La demande de la patiente :**

- Ecouter sa douleur, et ses plaintes.
- Soulager et espacer les périodes de grosses douleurs et de fatigues.
- Rechercher un Masseur-kinésithérapeute qui masse.

## 5. Les médicaments et l'hygiène de vie

### Médicaments :

- En cas de crise : Dafalgan 1g régulièrement associé à ½ anxiolytique pour détente ses muscles si nécessaire
- Quotidiennement : ½ hypnotique par soir pour dormir car elle dort peu et mal

### Hygiène de vie:

Modification de l'alimentaire : suppression des laitages, prise d'oligoéléments et de probiotiques. Sieste une à deux fois par jour pour se détendre et se reposer.

## 6. Les activités professionnelles et les loisirs :

Ancienne secrétaire à la retraite, la patiente quitte son emploi pour suivre son époux il y a une trentaine d'année. Depuis elle n'a jamais repris son travail, la maladie s'installant. Madame L vit avec son mari dans la campagne angevine, et marche régulièrement (deux fois par semaine minimum, durant une bonne heure).

## 7. Les douleurs :

La douleur chez Madame L est présente en permanence avec des périodes de crises. Cette dame ressent des brûlures, des tensions ou des douleurs en étaux. Elles se situent essentiellement au Membre Supérieure droit et au Membre Inférieur gauche ainsi que dans l'ensemble de l'abdomen.

Ci-dessous, les points douloureux (gâchettes) de la patiente localisés sur le schéma 2 :

- maux de tête à la base de l'occiput
- omoplate droite (le long du rhomboïde) et trapèze supérieur
- côtes supérieures à la fourchette sternale
- côtes inférieures sous l'appendice xiphoïde.
- les deux ms le long de l'insertion basse du deltoïde et les deux épicondyles majoration MS gauche. De même majoration des douleurs lors de l'élévation supérieure des MS.
- brûlure à la cuisse gauche avec des sensations moins fine de la face latérale de la cuisse (Fascia Lata)
- face interne des deux genoux (patte d'oie)

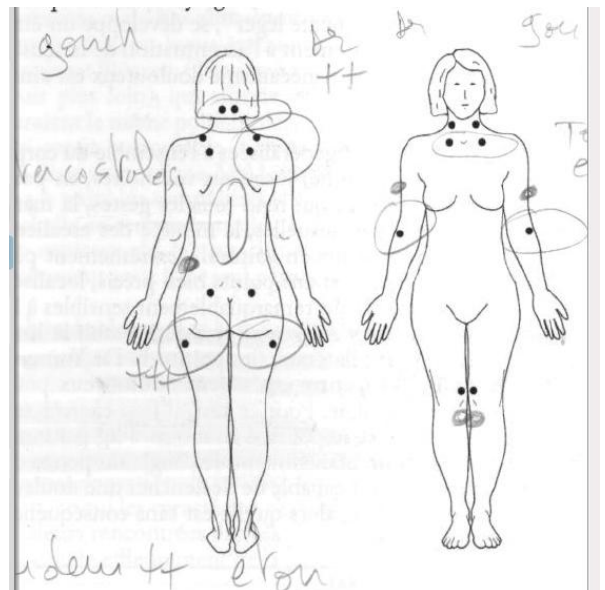


Schéma 2 : les points douloureux de la patiente Madame L



## 8. Le profil psychologique :

Je suis en présence d'une patiente très bavarde. Elle échange aisément sur son parcours médical, ses examens, ses spécialistes rencontrés et ses essais de traitements.

## 9. La fatigue et le sommeil, la qualité de vie:

Je réalise deux questionnaires pour mieux comprendre l'impact du syndrome sur la qualité de vie de ma patiente.

- Questionnaire Moldofsky (Fribromyalgia Moldosky Questionnaire FMQ) (3)

Dans ce questionnaire, le patient remplit une grille sur la fréquence du syndrome décrit. Associé à des chiffres, cette grille permet de mesurer l'impact de la pathologie et de confirmer le diagnostic de la fibromyalgie. La patiente décrit l'état dans lequel elle s'est sentie au cours des 30 derniers jours. Si le total est égal ou supérieur à 12, le diagnostic de Fibromyalgie est alors évoqué

|                                                         | Jamais | Quelquefois | Souvent | Toujours |
|---------------------------------------------------------|--------|-------------|---------|----------|
| Présence de douleurs dans la plupart des zones du corps | 0      | 1           | 2       | ● 3      |
| Sensibilité aux tensions et aux pressions               | 0      | 1           | 2       | ● 3      |
| Se sentir plein d'énergie                               | 3      | ● 2         | 1       | 0        |
| Avoir un sommeil récupérateur                           | ● 3    | 2           | 1       | 0        |
| Se sentir triste ou nerveux                             | 0      | 1           | ● 2     | 3        |
| Être content de sa vie                                  | 3      | ● 2         | 1       | 0        |

Source : Quotidien du Médecin n° 6463 du 20/11/08

Nous obtenons un résultat de 15 sur 18 qui confirme le diagnostic.

- Le test de la qualité de vie (QIF) (3)

Il s'agit d'un questionnaire permettant d'évaluer l'importance des symptômes présentés et de voir leur répercussion sur le rythme de vie. Le renouvellement de ce test permet aussi de juger de l'évolution de la maladie et de l'efficacité des traitements entrepris.

Voici les questions du test :

- Durant la dernière semaine, pouviez-vous ?

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| a. Faire le marché,            | 1  |
| b. Faire la cuisine            | 0  |
| c. Faire la lessive,           | 0  |
| d. Faire la vaisselle          | 1  |
| e. Passer l'aspirateur         | 1  |
| f. Faire les lits              | 1  |
| g. Marcher plus d'un kilomètre | 1  |
| h. Rendre visite à des amis,   | 1  |
| i. Faire du jardinage          | 2  |
| j. Conduire une voiture        | 1. |

**L'évaluation allant de :**

0 : Oui, pas de problème  
1 : Avec un peu de difficultés  
2 : Avec de grandes difficultés  
3 : Non, cela m'est impossible

- Combien de jours vous êtes-vous senti mal pendant la semaine qui vient de s'écouler ? (0 à 7) 2
- Combien de jours vous êtes-vous absenté du travail, sur la semaine qui vient de s'écouler ? 0

- Questionnaire sur les symptômes:

|                                                       |   |
|-------------------------------------------------------|---|
| a. La gêne dans le travail que procure votre douleur. | 0 |
| b. Le degré de votre douleur                          | 5 |
| c. Le degré de votre fatigue                          | 3 |
| d. Votre forme au lever le matin                      | 3 |
| e. Votre degré de raideur                             | 1 |
| f. Votre degré d'anxiété et de stress                 | 1 |
| g. Le degré de votre dépression                       | 2 |

**La cotation doit aller de 0 à 10**

0 : Pas de problème  
10 : Grande difficulté.

**RESULTATS :**

Selon les calculs, Madame L obtient une note de 47 ce qui monte une qualité de vie très moyenne et donc la présence d'un handicap pour la vie quotidienne.  
Ce test est à refaire régulièrement pour évaluer la qualité de vie.

**10.Les radios :**

Les clichés radiologiques montrent une arthrose des cervicales étagées C3C4 C6C7 et scoliose lombaire.

## **C.BILAN KINESITHERAPIQUE :**

### **1. Observation debout position normale face :**

La patiente est à première vue symétrie

- Je retrouve une peau marbrée sur l'ensemble du corps
- Son appui sur les pieds semble plus important coté gauche : un appui sur les orteils sauf le pouce en légère extension avec une voûte interne plus effondrée. A droite le pied semble plus creux et en rotation externe avec toujours l'appui sur le pouce allégé.
- Il a noté des chevilles fines sans œdème et des Jambiers Antérieurs bien saillants
- En remontant, je retrouve des crêtes tibiales plutôt symétriques.
- Par contre les deux genoux sont différents en effet la rotule droite semble ascensionnée par un quadriceps contracté. La rotule gauche regarde plus à gauche (Rotation Externe de hanche ?).
- Les cuisses sont symétriques ainsi que les EIAS

Du point de vue du buste, je retrouve une épaule gauche plus haute et plus enroulée. La ligne mamelonnaire suit l'inclinaison des épaules. Nous retrouvons cette attitude dans les MS avec une main gauche plus haute, et plus en RI donc plus proche du thorax. A l'image des épaules, le SCOM gauche paraît plus court. Par contre la tête est relativement droite avec une rotation vers la gauche.

### **2. Profil droit et gauche :**

Ce qui me surprend dans un premier temps est la rectitude générale de la patiente.

Le bassin est situé en regard des orteils avec des genoux en léger récurvatum. Ce bassin est en rétroposition avec un sacrum vertical suivi d'une petite lordose dorsolombaire accompagnée d'une cyphose dorsale.

Le rachis cervical est en quasi rectitude. Je retrouve des SCOM bien visibles

La tête est située à l'aplomb du bassin, en regard des os du médio tarse.

### **3. La respiration :**

La respiration est lente et peu profonde.

Le sternum de la patiente est plutôt horizontal avec une respiration costale basse.

Je retrouve un centrage latéral des côtes qui montre une activité des abdominaux.

### **4. Dos :**

Je suis en présence d'une patiente d'allure générale asymétrique cette fois-ci. Du point de vue des MI, je retrouve toujours une symétrie relative jusqu'au pli sous fessier avec un MI droit en RE alors que le MI gauche est en rotation neutre. Le buste est incliné vers la droite et en rotation droite. Je retrouve toujours l'épaule gauche plus haute et plus enroulée. Je retrouve un pli sous costale beaucoup plus marqué à droite. La tête semble rattraper l'inclinaison du buste en s'inclinant à gauche.

## 5. Observation debout pieds joints :

La patiente semble bien en appui et à l'aise sur ses deux pieds joints.  
Le déséquilibre entre les deux épaules s'amplifie.

## 6. Penché en avant :

La patiente l'exécute sans difficulté d'équilibre. Je remarque dans un premier temps que la patiente est en chaîne postérieure par le recul des segments jambiers et la raideur des ischio-jambiers. Je retrouve une cuvette lombaire et un méplat diaphragmatique. J'observe donc une tension globale dans les muscles postérieurs avec un rattrapage dans les muscles antérieurs. (5). Il est à noter une raideur cervicale.

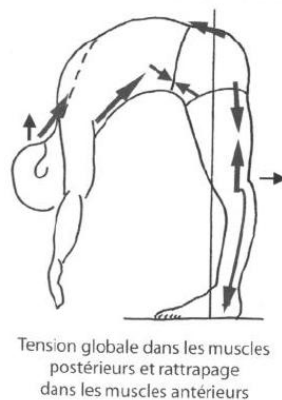


Schéma 3 : Le pencher en avant spécifique de la patiente. Selon (5)

## 7. Position Couché

Globalement la patiente s'installe symétriquement. Sa tête spontanément se tourne vers la droite et s'incline à gauche. La patiente présente une respiration costale essentiellement avec une petite participation des scalènes. Elle pose ses MS en pronation avec un enroulement des deux épaules plus marqué à gauche et plus haute. Le MI droit est plus écarté de l'axe, plus en RI que le MI gauche

## 8. Mise en tension des membres :

Pour cela, je réalise plusieurs tests :

- Test élévation MI droit : OK plutôt souple des ischio-jambiers. Je retrouve une rétroversion du bassin avec une flexion de mi gauche relativement tard.

- Test élévation MI gauche : Plus difficile, les compensations arrivent plus vite qu'à droite et une douleur en adduction de hanche est présente.
- Test mobilité articulaire MS droit : sensation de tiraillements le long du bras.
- Test mobilité articulaire MS gauche : plus facile mais élévation du moignon gauche plus marquée.
- Test mobilité cervicale : comme à la description couchée, je retrouve un SCOM gauche plus contracturé et moins extensible donc une raideur en inclinaison droite rotation gauche.

## **9. Mon diagnostic et mes objectifs de rééducation :**

Je suis en présence d'une patiente qui est en chaîne mixte : postérieure pour les MI et en chaîne postérieure et antérieure pour le buste. Il s'agit d'une dame relativement souple mais très stressée donc contracturée et douloureuse.

Mes objectifs sont:

- Calmer la douleur et espacer les périodes de crises.
- Améliorer par ce travail la détente générale et le transit.
- Travailler le corps dans sa globalité et la connaissance de son corps.
- Etirer et assouplir pour détente la musculature et donc la patiente.

## **D.LA PREMIERE SEANCE**

Durant la première séance après avoir effectué le bilan, nous commençons par travailler la respiration avec la détente du ventre. Je choisis les techniques de traits tirés le long des côtes, un massage de détente des abdominaux et un guidage de la respiration.

Pour commencer à étirer la chaîne postérieure, je réalise les postures couchées asymétriques d'élévation des MI associées à des massages des pieds et des orteils.

La patiente participe très bien à la séance, et semble attentive. Nous constatons ensemble qu'elle est plutôt souple et volontaire ce qui la rassure et la met en confiance. Selon Docteur Sichère (8) il est important de montrer au patient que son appareil locomoteur n'est pas en soi pathologique.

Je l'encourage à faire des pauses car Madame L veut réaliser rapidement les postures.

En fin de séance nous convenons d'une fréquence d'une fois par semaine, mais je lui ai précisé que le rythme pouvait être plus lent comme une fois par quinze jours si la séance la fatiguait trop.

- **LES RESENTIS DE LA PREMIERE SEANCE**

Dans la journée, la patiente ressent une grosse fatigue physique et non psychique : comme une sensation « d'être vidée ». Par contre, la patiente a un très mauvais ressenti sur l'abdomen de la zone abdominale qui se traduit par la réapparition de douleurs dans cette région.

Le lendemain, elle éprouve une envie de marcher. Elle ne ressent aucune douleur et effectue son ménage sans souci.

Les douleurs réapparaissent 48H après la séance de rééducation.

- **LES SEANCES SUIVANTES**

La patiente me demande d'insister un peu moins sur la respiration et le travail abdominal. Suite à ses réactions, je travaille sur une respiration ample et lente par guidage verbale. Ensuite nous continuons à travailler les postures avec un massage mobilisations des pieds ou des parties du corps sensibles ou contracturées. J'utilise essentiellement la posture couchée asymétrique pour étirer la chaîne postérieure, les postures croisées spiroïdes pour étirer la chaîne antérieure, les fentes en avant pour étirer la chaîne postérieure et travailler la conscience de son corps, la posture debout contre un mur toujours pour travailler la conscience du corps et enfin la posture de quadrupédie avec des pauses car c'est la plus difficile à maintenir. La recherche de compensations chez cette dame est difficile ; la patiente effectue relativement bien les postures. Elle est aussi très demandeuse de massages, et de mobilisations actives et passives.

Au bout de la cinquième séance, Madame L trouve que les séances la fatiguent beaucoup et la dérangent pour ses intestins. Nous décidons d'espacer un peu les séances en passant à une fois toutes les quinze jours durant les quatre séances suivantes. Avec les congés d'été nous finissons par une séance par mois.

Madame L effectue onze séances de rééducation selon la méthode Mézières. Elle souhaite en septembre s'arrêter pour l'instant car la fatigue est de plus en plus intense. Elle désire se reposer avant de recommencer la rééducation.

## **E.BILAN GENERAL DES SEANCES ET MES RESENTIS**

Madame L a effectué onze séances de rééducation selon la méthode Mézières à ce jour. Son colon la faisant trop souffrir et la fatigue étant présente, elle décide d'arrêter les séances pour le moment. Dans ce cas, je suis en présence d'une patiente plutôt symétrique et plutôt souple. Le choix des postures et la correction ne furent pas faciles par rapport à d'autres patients plus compensateurs et donc plus évidents.

- **MES RESENTIES :**

Ce dossier m'a permis tout d'abord de bilancer de façon très rigoureuse une patiente, de me familiariser et de pratiquer la méthode Mézières.

Dans un premier temps, j'apprends à « pauser » une posture : prendre le temps de travailler avec une patiente. En effet, dans ma pratique antérieure, j'ai l'habitude de proposer une série d'exercices de gymnastique, mais avec des postures courtes et répétées ; J'apprends donc à maintenir et faire maintenir une posture. Ce qui dans un premier temps n'est pas si évident pour moi. J'ai une sensation d'être trop lente ou de ne pas proposer suffisamment de postures ; mon côté Kinésithérapeute « active et dynamique » en prend un coup ! Une demi heure de soin est court mais une heure semble finalement long et me donne cette possibilité de patience, de pause.

« L'éloge de la lenteur » que décrit Jacques Pâté (5) est le terme bien approprié.

Une autre difficulté rentre en jeu : le bavardage. J'ai l'habitude de discuter avec mes patients, mais ces exercices de respiration dans la méthode Mézières obligent le patient à se taire et moi de même. J'apprends donc le silence et l'échange sans discussion inutile. Notre échange est sur le ressenti du patient, son vécu... Je me permets tout de même quelques « pauses bavardages ».

J'apprends aussi à être plus prudente sur l'abord du « ventre » qui chez Madame L est une « intrusion » dans son corps, elle l'a ressenti au début comme une sorte d'« agression » de ma part. Sachant que toujours dans ma pratique professionnelle antérieure je n'aborde que très peu la prise en charge de l'abdomen.

- **L'ASPECT FINANCIER :**

Sachant que ma patiente paye un dépassement d'honoraires, je ressens un devoir de résultat minimum aussi bien pour ma présence lors de la séance que pour un résultat sur ses douleurs. Je retrouve nettement moins ce point dans ma patientèle traditionnelle. Ceci est d'autant plus important que mes patients me contactent par téléphone et n'habitent pas toujours le quartier.

Cet aspect financier, comme nous l'avons abordé en cours, aide énormément à la motivation du patient ; c'est un investissement financier sur sa santé qui permet au patient d'adhérer au maximum. Je retrouve donc moins cette idée de patient « consommateur » qui obéit au médecin mais ne cherche en aucun cas la contrainte ou l'effort dans son traitement. Nous rentrons donc dans de la kinésithérapie préventive et curative.

J'apprends finalement à me vendre à un tarif supérieur à celui de la sécurité sociale. Je retrouve mes toutes premières sensations de praticienne comme l'angoisse de réussir !

## F. CONCLUSION LA METHODE MEZIERES DANS LA FIBROMYALGIE :

Je me retrouve devant une patiente très demandeuse de soin, de rééducation et de travail musculaire.

Dans ces temps de course contre la montre permanente, que ce soit au travail ou dans sa vie privée, nous nous apercevons du besoin de se poser que ce soit pour le professionnel mais encore plus pour le patient. Je pense que la méthode Mézières répond très bien à ce besoin. **Prendre le temps d'écouter, d'examiner le corps pour pouvoir soigner le patient.**

Selon HAS (6) les patients fibromyalgiques doivent effectuer des exercices de renforcement musculaire, d'amélioration de la souplesse, de diminution des contractures, de diminution de la douleur, et de réinvestissement de son corps. Ces exercices doivent être effectués en aérobic. La participation active et volontaire du patient est indispensable. La méthode Mézières répond très bien à ces demandes de HAS par une prise en charge individuelle, longue et globale. Une participation volontaire du patient avec des exercices effectués lors d'une respiration lente et profonde. Sachant que cette rééducation prend le temps d'écouter le corps et la plainte de la patiente.

Dans ce cas présenté, certainement que je dois revoir mon travail et mieux négocier avec la douleur immédiate et les douleurs réactionnelles de ma patiente.

Sur sa douleur le patient a toujours raison,  
car nul ne souffre à sa place.

« Seule douleur supportable, disait René Leriche,  
c'est la douleur des autres »

Le soulagement de la douleur sollicite une médecine  
centrée sur la personne  
et non plus seulement sur des paramètres biologiques.

La reconnaissance du malade en tant que sujet  
est une condition de l'efficacité plénière des soins reçus  
et de l'apaisement non seulement de la douleur,  
mais aussi de la souffrance.

David Le Breton, sociologue (7)



## **BIBLIOGRAPHIE :**

1. Bannwarth B, Blotman F, Roué-Le Lay K, Caubère JP, André E, Taïeb C. **Fibromyalgia syndrome in the general population of France: a prevalence study**. Joint Bone Spine 2009;76(2):184-7). “Site internet [www;Wikipédia.fr](http://www.Wikipédia.fr)”
2. Académie Nationale de Médecine, Menkès CJ, Godeau P. **La fibromyalgie**. Rapport. Bull Acad Natle Méd 2007;191(1):143-8). “Site internet [www.Wikipédia.fr](http://www.Wikipédia.fr)”
3. Alison Fraser « **Guide pratique du fibromyalgique** » édition publibook.
4. Docteur L Bodin « **La fibromyalgie et le syndrome de fatigue chronique** »  
De l’édition dauphin P33
5. Jacques Patté « **La méthode Mézières** » édition sport et santé p 82
6. HAS :**syndrome fibromyalgique de l’adulte** / Service des maladies chroniques et des dispositifs d’accompagnement des malades / Juillet 2010 « Site internet :[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) »
7. U.F.A.F.*Union Française des adhérents Fibromyalgiques* Carole S. Robert « **Fibromyalgie les malades veulent comprendre** » édition publibook
8. Dr Patrick Sichere « **syndrome fibromyalgique mieux connaitre pour mieux traiter** » KA n°1233 14 avril 2011 Illustration de la première page dessin de Franck Margerin